

Rapport

Pakketadvies 2011

Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **296**

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010136176
<i>Afdeling</i>	Zorg Advies
<i>Auteur</i>	Marianne den Haan en Johan de Wit
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 05 / 797 87 97

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	
1	1. De context van pakketbeheer	
1	1.a. Inleiding	
1	1.b. Dynamiek in de zorg	
2	1.c. Consequenties voor pakketbeheer	
5	2. Pakketbeheer in de Zvw	
5	2.a. Inleiding	
5	2.b. Wat is risicogericht pakketbeheer	
6	2.c. Systeemrisico's	
6	2.c.1. Open en gesloten systeem	
6	2.c.2. Uitvoeringstoets geneesmiddelenbeleid	
8	2.d. Voorwaardelijke financiering	
8	2.d.1. Inleiding	
9	2.d.2. Dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen	
10	2.d.3. Doel van het instrument van voorwaardelijke financiering	
12	2.d.4. Nader advies CVZ: strategie en besluitvorming	
14	2.d.5. Selectie onderwerpen 2012	
17	2.e. Gepast gebruik in de Zvw	
18	2.e.1. Gezamenlijk traject	
19	2.e.2. Belemmeringen en voorbeelden	
21	2.e.3. Vervolgtraject	
22	3. Pakketbeheer in de AWBZ	
22	3.a. Inleiding	
22	3.b. De zorgketen in de AWBZ	
24	3.c. Systeemrisico's in de AWBZ	
27	3.d. Risicogericht duiden in de AWBZ	
29	3.e. Gepast gebruik in de AWBZ	

29	3.e.1.	De indicatiestelling
30	3.e.2.	De zorgverzekeraars en de NZa
31	3.e.3.	De zorgaanbieders
32	3.e.4.	De verzekerden
33	3.e.5.	Andere domeinen
33	3.e.6.	Het ministerie van VWS
34	3.e.7.	Conclusie
35	3.f.	De contouren van een nieuwe visie op de langdurige zorg
35	3.f.1.	Centrale vraag
36	3.f.2.	Veranderende eisen, nieuwe oplossingen
37	3.f.3.	Uitwerking
38	3.f.4.	Publiek debat en adviezen
40	4.	Methodiek van pakketbeheer
40	4.a.	Inleiding
40	4.b.	Ziektelast
42	4.c.	Medische tests
43	4.d.	Internationaal
43	4.d.1.	Inleiding
44	4.d.2.	EUnetHTA
46	4.d.3.	MEDEV
47	4.d.4.	Overige activiteiten
48	5.	Adviezen
48	5.a.	Inleiding
48	5.b.	Instroom-, geen instroomadviezen en nadere voorwaarden
51	5.c.	Systeemadviezen
51	5.c.1.	In de Zvw
53	5.c.2.	In de AWBZ
54	5.c.3.	Zvw en AWBZ
56	6.	Standpunten
56	6.a.	Inleiding
56	6.b.	Het belang van standpunten
57	6.c.	Standpunten CVZ: (deels) te verzekeren zorg

57	6.c.1.	In de Zvw
65	6.c.2.	In de AWBZ
70	6.c.3.	Zvw en AWBZ
71	6.d.	Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg
71	6.d.1.	In de Zvw
78	6.d.2.	In de AWBZ
79	7.	Financiële gevolgen van adviezen en standpunten
79	7.a.	Kostenontwikkeling algemeen
79	7.b.	Het financiële effect van standpunten en uitstroomadviezen in algemene zin
81	7.c.	De financiële effecten van standpunten in dit Pakketadvies
81	7.c.1.	Opbrengsten
84	7.c.2.	Kosten
87	8.	Reacties belanghebbende partijen
87	8.a.	Geconsulteerde partijen
88	8.b.	Ontvangen reacties
88	8.b.1.	Risicogericht pakketbeheer – langetermijnbeleid geneesmiddelen
89	8.b.2.	Gepast gebruik in de Zvw
91	8.b.3.	Voorwaardelijke financiering
92	8.b.4.	Ziektelast
93	8.b.5.	Gepast gebruik in de AWBZ
96	8.b.6.	Visie op de langdurige zorg
97	8.b.7.	Internationaal
99	9.	Adviescommissie Pakket
101	10.	Besluit CVZ

Bijlage(n)

1. Reactie minister van VWS op het Pakketadvies 2010
2. Overzicht pakket 2011
3. Afkortingenoverzicht
4. Taak en samenstelling adviescommissies CVZ
5. Overzicht van adviezen en standpunten
6. Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie met reactie CVZ

Samenvatting

<i>Pakketadvies 2011</i>	Het Pakketadvies bevat beschouwingen over de ontwikkelingen op het gebied van de zorg, de consequenties daarvan voor het pakketbeheer en het belang van gepast gebruik van het verzekerde pakket. Daarnaast presenteert het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg en gaat het in op het belang van voorwaardelijke financiering van (innovatieve) zorg. Ten slotte bevat het Pakketadvies een bundeling van alle adviezen en standpunten die sinds het vorige Pakketadvies zijn uitgebracht.
<i>Verantwoord pakket en gepast gebruik</i>	Het CVZ streeft naar een <i>verantwoord</i> basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarmee bedoelen we: een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat.
<i>Gepast gebruik</i>	Het CVZ benadrukt opnieuw het grote belang van gepast gebruik: het voorkomen van over- en onderbehandeling. De mate waarin verzekerden op gepaste wijze gebruik maken van het pakket van verzekerde zorg wordt beïnvloed door de inhoud en omvang ervan, maar óók door hun eigen wensen, het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Die keuzes staan onder invloed van allerlei factoren waaronder de omschrijving van de aanspraken, financiële prikkels, informatievoorziening, en toezicht. De verantwoordelijkheid voor deze factoren ligt bij verschillende uitvoerende, besturende en toezichthoudende partijen. Betere samenwerking tussen de die verschillende partijen is onmisbaar voor het realiseren van gepast gebruik. Dat leidt tot kostenreducties gepaard aan kwaliteitswinst en kan zo bezuinigingen in het basispakket voorkomen.

Gezamenlijk document

Ter bevordering van gepast gebruik heeft het CVZ een aantal rondetafelbijeenkomsten gehouden met onder meer de NZa, ZN, patiënten/consumenten en beroepsgroepen. In de tweede helft van 2011 zullen zij een gezamenlijk document presenteren met aanknopingspunten voor mogelijke acties en samenwerkingsverbanden.

Gepast gebruik en standpunten

Het CVZ stimuleert gepast gebruik ook via zijn standpunten. Meer dan voorheen maakt het CVZ hierin expliciet welke zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, bij welke indicatiegebieden de zorg bewezen effectief is welke plaats de betreffende interventie in een stepped care benadering verdient. Het CVZ ondersteunt zo richtlijnconforme zorgverlening door zorgaanbieders en risicogericht toezicht door zorgverzekeraars en de NZa. In het oog springende voorbeelden hiervan zijn de standpunten die het CVZ heeft ingenomen over de Continue glucose monitoring en de behandeling van spataderen (zie hoofdstuk 6).

Uitvoeringstoets toelatingsdrempels Zvw

Het CVZ zal in de *Uitvoeringstoets langetermijnbeleid geneesmiddelen* uitwerken bij welke zorgvormen het wettelijk systeem vanuit de risicogerichte benadering meer of juist minder toelatingsdrempels moet bevatten. Het CVZ beperkt zich in die uitvoeringstoets dus niet alleen tot het gesloten deel van de Zvw, maar bekijkt ook de open omschreven prestaties zoals de medisch-specialistische zorg.

Voorwaardelijke financiering

Voor onder meer bepaalde innovatieve zorg bepleit het CVZ de introductie van een regime van voorwaardelijke financiering onder de conditie van gerichte evaluatie. Zo'n regime versnelt de definitieve besluitvorming tot opname in of uitstroom uit het pakket. Het CVZ adviseert de minister van VWS in dat kader om per 1 januari 2012 een viertal pilots te starten.

Pakketbeheer en de AWBZ

Met de advisering over de beleidsregels, de indicatiestelling en indicatiegeschillen geeft het CVZ richting aan de inhoud en omvang van het AWBZ-pakket. Verder zijn de omschrijvingen van de inhoud van de zorg in de AWBZ dermate open, dat het CVZ ook op dat gebied regelmatig uitspraken doet over de

effectiviteit van die zorg. Daarbij vormt de verdere ontwikkeling van een beoordelingssystematiek voor de care sector een belangrijke uitdaging voor de komende jaren.

Langdurige zorg

De houdbaarheid van de AWBZ staat ter discussie. Voor de langdurige zorg presenteert het CVZ de contouren van zijn toekomstvisie. Centraal daarin staat de vraag: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Bij de beantwoording van die vraag hanteert het CVZ de activerende verzorgingsstaat als uitgangspunt. Aan de hand van nog te voeren publieke debatten zal het CVZ een aantal adviezen uitbrengen waarin de toekomst van de langdurige zorg concreet gestalte krijgt.

Methodiek en pakketcriteria

In samenwerking met verschillende universiteiten gaat het CVZ door met de ontwikkeling van de methodiek van pakketbeheer. Met betrekking tot het pakketcriterium effectiviteit heeft het CVZ vastgesteld op welke manier medische tests beoordeeld kunnen worden. Daarnaast werkt het CVZ op Europees niveau aan de ontwikkeling van het criterium kosteneffectiviteit. Voor het criterium ziektelast heeft de minister van VWS het CVZ recent verzocht om begin januari 2012 een uitvoeringstoets uit te brengen. Deze uitvoeringstoets is gerelateerd aan het voornemen van het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen, een maatregel die met ingang van 2015 moet leiden tot een structurele besparing van € 1,3 miljard.

Financiële effecten standpunten

Het CVZ benadrukt dat standpunten, net als uitstroomadviezen, een reëel beperkend effect kunnen hebben op de kosten van de verzekerde zorg. Aan de hand van een aantal in dit Pakketadvies opgenomen standpunten, illustreert het CVZ een beperking van de kosten(-stijging) met € 100 tot € 135 miljoen per jaar. Voor zowel pakketwijzigingen als voor duidingen geldt niettemin dat de beoogde besparingen alleen gerealiseerd kunnen worden bij een sluitende invoering en adequaat toezicht.

***Geneesmiddelen-
beoordeling***

Het CVZ heeft in 2010 43 beoordelingen uitgevoerd op in totaal 37 geneesmiddelen. Vijf TNF-alfa-blokkers werden beoordeeld voor twee of drie indicaties per product ten behoeve van opname in het geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS) en/of uitbreiding van de geregistreerde indicatie. Drie middelen werden beoordeeld voor de behandeling van de zeldzame aandoening 'pulmonale arteriële hypertensie'. Het CVZ beoordeelde zeven middelen tegen verschillende vormen van kanker.

Bijlage 1A en 1B

Naar aanleiding van verzoeken tot opname van geneesmiddelen in het GVS adviseerde het CVZ 11 keer het geneesmiddel te clusteren op bijlage 1A en zes keer om een aparte vergoedingsstatus toe te kennen op bijlage 1B. Vijf keer adviseerde het CVZ een geneesmiddel niet op te nemen in het GVS.

***Dure en wees-
geneesmiddelen***

Naar aanleiding van verzoeken tot opname van geneesmiddelen in de Beleidsregels Dure Geneesmiddelen en Weesgeneesmiddelen adviseerde het CVZ bij vier middelen positief en bij twee middelen negatief.

Systeemadviezen

Het CVZ geeft in dit Pakketadvies zeven adviezen om de zorgverzekeringen te kunnen laten functioneren zoals beoogd, de zogenoemde systeemadviezen. Het betreft:

- De gecombineerde leefstijlinterventie (Zvw);
- Behandeling bovenoogleden (Zvw);
- AWBZ-zorg in en om ADL-clusterwoning (AWBZ);
- Verpleging 'in de wijk' (Zvw en AWBZ);
- Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg:
 - hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie;
 - hulpmiddelen voor stoornissen in het spijsverteringsstelsel;
 - hulpmiddelen voor beperking in het spreken.

Standpunten Zvw

Het CVZ oordeelde dat de volgende 11 zorgvormen geheel of gedeeltelijk tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren:

- aanvraag MRI door een huisarts;
- prestatiebeschrijving farmaceutische zorg;
- Preïmplantatie Genetische Diagnostiek (PGD) met exclusietest bij de ziekte van Huntington;
- proefplaatsing CPAP;
- endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices;
- continue glucose monitoring;
- hulpmiddelen voor airstacken;
- begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten;
- multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering;
- autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het kniegewricht;
- casemanagement.

***Geen te verzekeren
prestatie Zvw***

De volgende 13 zorgvormen behoren niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw:

- multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus (behandelprogramma Adelante);
- vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek;
- cochleair implantaat bij tinnitus;
- orthopedische behandelingen bij enkelartrose door middel van hyaluronzuur injecties;
- zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken;
- Fear Fighter, een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek;
- genexpressie test Mammaprint bij de behandeling van mammacarcinoom;
- target training bij cerebrale parese;
- nesovic operatie met adductorenrelease bij pubalgie;
- deep brain stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis, depressie en Gilles de la Tourette;
- Descemet Membrane Endothelial Keraoplasty (DMEK);
- invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices;
- behandeling van chronische aspecifieke rugklachten door middel van injectie- en denervatietechnieken.

Standpunten AWBZ Het CVZ heeft twee standpunten ingenomen over AWBZ-uitvoeringsregels en 10 algemeen geldende standpunten naar aanleiding van AWBZ-geschillen.

Het betreft:

- van grondslagen naar cliëntprofielen;
- aanvullende dienstverlening;
- herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg;
- indicatiestelling in verband met overheveling ADL-assistentie naar AWBZ;
- bevoegdheidsverdeling Bureau Jeugdzorg en CIZ;
- tijdelijk verblijf en toepassing van de 18-dagdelenregel uit de beleidsregels;
- indicatie voor verblijf van Bureau Jeugdzorg;
- bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg bij indicatiestelling voor jeugdigen;
- relevante criteria respijtzorg en Begeleiding ter vervanging van school en kinderopvang;
- indicatie voor verblijf bij kinderen;
- begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten;
- indicatie voor AWBZ-verblijf in geval van dakloosheid.

1. De context van pakketbeheer

1.a. Inleiding

***CVZ:
pakketbeheerder***

In dit Pakketadvies gaat het CVZ nader in op drie actuele onderwerpen rond de verzekerde zorg, namelijk gepast gebruik, de toekomst van de langdurige zorg en voorwaardelijke financiering. Daarnaast geeft het CVZ met het Pakketadvies een overzicht van de eerder uit gebrachte adviezen tot wijziging van het pakket per 1 januari 2012 en een aantal systeemadviezen. Verder vindt u in dit Pakketadvies een overzicht van de standpunten die het CVZ heeft ingenomen.

***Verantwoord
pakket***

Met zijn advisering over de gehele breedte van het pakket streeft het CVZ naar een verantwoord basispakket voor de Zvw en de AWBZ. Onder een verantwoord pakket verstaat het CVZ een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat.

Met ingang van 2011 zijn de adviezen en standpunten op het terrein van de hulpmiddelenzorg integraal opgenomen in het Pakketadvies. De aparte uitgave van het jaarlijkse deelrapport Hulpmiddelenzorg, als onderdeel van het Pakketadvies, is hiermee vervallen.

1.b. Dynamiek in de zorg

***Zorg ontwikkelt
voortdurend***

Vraag en aanbod, inhoud en organisatie van zorg ontwikkelen zich voortdurend in hoog tempo. Nieuwe technologie biedt nieuwe kansen en heeft daarmee effect op de plaats van oudere technologie, op de volgorde in zorgpaden en op de organisatie. Het heeft ook effect op de vraag naar zorg, want wat mogelijk is, wordt ook snel als noodzakelijk ervaren. De plaats van langer bestaande behandelingen in het therapeutisch arsenaal verandert daarmee. Soms verdwijnen die, maar lang niet altijd; en daarmee gaat het simpele “nieuw voor oud” adagium lang niet altijd op. Nieuwe beeldvormende

technieken maken de vertrouwde röntgenfoto niet overbodig, maar hebben wel invloed op de plaats ervan in de diagnostiek. Dus moet de pakketbeheerder niet alleen beoordelen of nieuwe zorg in aanmerking komt voor vergoeding, maar ook of vergoeding van sommige bestaande zorgvormen nog wel nodig is. En als er een rationele plek overblijft voor de bestaande technologie dan is de vraag aan de orde wat het nieuwe 'evidence based' toepassingsgebied is. Dit verandert namelijk met de komst van een nieuwe techniek.

Belangen van bedrijven en overheid

Er is veel te doen rond innovaties. Patiënten, behandelaars en producenten vragen om snelle beschikbaarheid zodra er aanwijzingen zijn voor werkzaamheid. Ook de overheid wil nieuwe zorg snel beschikbaar maken voor de patiënt. Maar daarnaast heeft de overheid een verantwoordelijkheid voor de besteding van de collectieve middelen die voor zorg beschikbaar zijn. Die middelen moeten gaan naar zorg die veilig, effectief en doelmatig is.

Beide soorten belangen en waarden zijn legitiem; beide spelen ook voor de overheid een rol¹. De overheid heeft valide argumenten voor snelle introducties maar ook voor een kritische toets. Tegen die achtergrond moet de overheid haar positie bepalen en haar instrumenten inrichten en richten, waaronder het beheer van het basispakket.

1.c. Consequenties voor pakketbeheer

Beschikbaarheid en kosten

Keuzes over welke zorg al dan niet moet worden verzekerd, hebben directe consequenties voor de beschikbaarheid en de kosten van zorg. De grote belangstelling van alle partijen in de zorg voor keuzes in het pakket is daarvoor het bewijs. Bij de keuzes gaat het altijd om het vinden van de balans tussen toegankelijkheid van zorg, de kwaliteit van zorg en de kosten ervan. Naarmate het beschikbare budget voor zorg beperkter is, is de spanning tussen toegang tot kwalitatief goede zorg en de beheersing van kosten groter. Bij elke keuze moet de

¹ Dit spanningsveld is herkenbaar in het regeerakkoord, waarin enerzijds een meer stringent pakketbeheer wordt aangekondigd maar anderzijds een snellere toegang van innovaties.

pakketbeheerder zich de vraag stellen of het gerechtvaardigd is om de kosten van een zorgvorm of behandeling ten laste te brengen van de collectief gedefinieerde solidariteit.

De dynamiek in de zorg en de toenemende druk op de beschikbare middelen voor de zorg, hebben tot een bezinning geleid op de wijze waarop het CVZ het pakket beheert. Het CVZ heeft daaruit de volgende conclusies getrokken.

***Risicogericht
pakketbeheer***

1. Het CVZ gaat zich richten op het identificeren en aanpakken van risico's bij zijn pakketbeheer (zie hoofdstuk 2 en 3 voor Zvw en AWBZ). Het verzekeringssysteem zit nu zo in elkaar dat risico's voor de toegankelijkheid en/of voor kosten op nogal ongelijke manier worden beheerst. De farmacie is zeer nauwgezet geregeld met een toets en plaatsbepaling van elk nieuw middel. De ziekenhuiszorg is zeer globaal geregeld en er vindt geen systematische toetsing plaats. Deze onevenwichtigheid in regeling loopt zeker niet parallel aan de risico's voor toegang en kosten. Het CVZ werkt aan een meer rationele wijze van omschrijving van het pakket en beoordeling van zorgvormen, die rekening houdt met de aan een bepaalde zorgvorm verbonden risico's.

***Voorwaardelijke
financiering***

2. Voorlopige, geconditioneerde vergoeding van zorg onder doorgaande evaluatie (zie paragraaf 2.d.). Het CVZ heeft eind 2009 de minister geadviseerd om een systeem mogelijk te maken van voorwaardelijke vergoeding van zorgvormen onder de conditie van gerichte evaluatie die een later, meer definitief besluit mogelijk moet maken. Daarmee wordt het probleem van de bestaande spanning tussen beschikbaarheid van zorg, beschikbaarheid van bewijs van effectiviteit van die zorg en het moment waarop over vergoeding wordt besloten, voor een groot deel opgelost.

Gepast gebruik

3. Meer focus op gepast gebruik van het pakket. (zie paragrafen 2.e. en 3.e. voor Zvw en AWBZ). In zijn advies van vorig jaar heeft het CVZ aangekondigd concreet werk

te maken van meer gepast gebruik van de zorg. Samen met andere partijen werkt het CVZ aan het terugdringen van onnodige kosten die samenhangen met inadequate indicatiestelling voor zorg die veelal leidt tot “overservicing”. Door daarop in te grijpen gaan kwaliteitsbevordering en kostenbeheersing hand in hand. In het voorliggende advies geeft het CVZ een aantal eerste bevindingen en resultaten aan.

***Toekomst
langdurige zorg***

4. Het verminderen van ‘oneigenlijke’ elementen in de zorgverzekeringen. Op dit moment worden verschillende diensten vergoed via de zorgverzekeringen die eigenlijk niet tot de gezondheidszorg kunnen worden gerekend. Dit heeft onder andere bijgedragen aan de toenemende kosten in de AWBZ en de ervaren onbeheersbaarheid hiervan (zie hoofdstuk 3). Op dit moment wordt vooral via het instrument van de bekostiging en een nauwgezette, complexe indicatiestelling geprobeerd de groei in toom te houden, terwijl de aanspraken open en tamelijk ongelimiteerd zijn geformuleerd. Het CVZ is van oordeel dat de basale vraag welke langdurige zorg verzekerd zou moeten zijn in alle beschouwingen op de toekomst van de AWBZ tot nu toe onderbelicht is, terwijl dat de kernvraag is. In het voorliggende rapport presenteert het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg (zie paragraaf 3.f.).

2. Pakketbeheer in de Zvw

2.a. Inleiding

Verskillende verantwoordelijkheden

De Zvw gaat uit van een decentraal georganiseerd stelsel van geregleerde concurrentie. Partijen in de zorg hebben vrijheden en verantwoordelijkheden gekregen, zodat zij onder gelijkwaardige condities hun rol kunnen vervullen.

Binnen de Zvw behoudt de overheid de systeemverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Om het op private leest geschoeide stelsel goed te laten functioneren, heeft de overheid een drietal publieke randvoorwaarden geformuleerd, namelijk de zorgplicht, de acceptatieplicht en de verzekeringsplicht:

Publieke randvoorwaarden

- het basispakket moet alle noodzakelijke zorg van goede kwaliteit bevatten (zorgplicht);
- iedereen moet een zorgverzekering afsluiten en dus premie betalen (verzekeringsplicht);
- zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering (acceptatieplicht).

CVZ: pakketbeheerder

Als pakketbeheerder adviseert het CVZ over de samenstelling van het basispakket en verduidelijkt wat daartoe behoort door het innemen van standpunten.

2.b. Wat is risicogericht pakketbeheer

Opsporen en benoemen risico's

Bij het beheer van het pakket is de spanning tussen toegang tot kwalitatief goede zorg en de beheersing van kosten voelbaar. Ook de vraag of het gerechtvaardigd is om de zorgvorm of behandeling ten laste te brengen van de collectief gedefinieerde solidariteit is een fundamentele. Voor het CVZ zijn deze afwegingen de grondslag voor risicogericht pakketbeheer. Risicogericht pakketbeheer concentreert zich op het opsporen en benoemen van risico's. Risico's kunnen zich voordoen op het terrein van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Risico's komen tot uiting op drie niveaus: het

systeem van de zorgverzekering, de verzekerde zorg en de zorg die in de praktijk wordt geleverd. Het CVZ zal zich bij het beheer van het pakket gaan richten op die risico's, hetgeen zal leiden tot wijzigingen in het systeem.

2.c. Systeemrisico's

2.c.1. Open en gesloten systeem

Open systeem

Verzekeringsprestaties die grotendeels generiek zijn omschreven, leveren doorgaans een open systeem van te verzekeren prestaties op. Er vindt als het ware automatische in- en uitstroom plaats. Voor medisch-specialistische zorg kennen we bijvoorbeeld een generieke omschrijving. Zorg die medisch-specialisten plegen te bieden en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk valt onder de verzekeringsdekking. Innovatieve zorg die (op een gegeven moment) aan die voorwaarden gaat voldoen (onder die generieke noemer valt), gaat als vanzelf tot de te verzekeren prestaties behoren. Voorafgaande toetsing en aanpassing van regelgeving zijn daarvoor niet nodig; een systematische toetsing ontbreekt. Zorg die op enig moment als obsoleet moet worden beschouwd en geen toepassing meer vindt in de medisch-specialistische praktijk, zal uit het te verzekeren pakket verdwijnen. De gekozen wettelijke formulering zorgt er als het ware voor dat er altijd een actueel, de laatste ontwikkelingen volgend, verzekeringspakket bestaat.

Gesloten systeem

Vergaande specifieke (gedetailleerde) omschrijvingen (zoals positieve lijsten) vormen een gesloten systeem van te verzekeren prestaties. Een voorbeeld hiervan is de farmacie. Er vindt in dat geval geen automatische in- en uitstroom plaats. Een wijziging in het te verzekeren pakket kan alleen door middel van wijziging van regelgeving worden gerealiseerd.

2.c.2. Uitvoeringstoets geneesmiddelenbeleid

Langetermijnvisie minister

In april 2010 heeft de minister van VWS het CVZ om een uitvoeringstoets gevraagd over het geneesmiddelenbeleid. Deze uitvoeringstoets past binnen de langetermijnvisie van de

minister om over te gaan van een gedetailleerde omschrijving van de aanspraak op farmaceutische zorg naar een meer algemene omschrijving, waarin ook richtlijnen van de beroepsgroep een rol spelen. De minister vindt namelijk dat het huidige geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) niet flexibel genoeg is als het gaat om de instroom van innovaties. Daarom vraagt de minister het CVZ te onderzoeken of het mogelijk is over te gaan naar een systeem, waarin sommige interventies vooraf en andere slechts incidenteel achteraf worden getoetst. Ook vraagt de minister hoe de overgang naar dit systeem kan plaatsvinden en wat de uitvoeringsconsequenties zijn voor de betrokken partijen. Tot slot vraagt de minister wat de rol van een voorwaardelijke financiering of aanspraak in dit systeem kan zijn en of het opnemen van farmaceutische zorg in de keten consequenties kan hebben voor het regelen van de te verzekeren prestatie.

Waar is centrale sturing gewenst

Het CVZ gaat na op welke manier het stelsel zo kan worden ingericht dat hij als pakketbeheerder de focus kan leggen op de zogenoemde hoog risicogebieden. Dit zijn die zorgvormen waar centrale sturing is gewenst. Centrale sturing op zorg in zijn algemeenheid kan bijvoorbeeld plaatsvinden door middel van een meer gesloten omschrijving van de te verzekeren prestaties, beoordeling vooraf, door tarifieringsmaatregelen of door bepaalde zorgvormen onder de werkingssfeer van de Wet bijzondere medische verrichtingen te brengen. In laag risicogebieden is minder sturing nodig en kan meer verantwoordelijkheid bij partijen worden gelegd. De verdeling van deze risico's over de zorg staat dwars op het onderscheid tussen open en gesloten vormen van verzekerde zorg. Met andere woorden: het kan zijn dat onderdelen van een gesloten regeling een zeer laag risico kennen (voor toegang of voor kosten), terwijl onderwerpen in de open regelingen meer sturing zouden vereisen vanwege risico's voor toegang en/of kosten. In de uitvoeringstoets geneesmiddelenbeleid brengt het CVZ de risico's van de verschillende sturingssystemen in beeld. Het CVZ heeft besloten deze uitvoeringstoets zodanig uit te voeren dat de uitkomsten ervan zorgbreed hun toepassing kunnen vinden.

Conceptueel raamwerk

Om dit waar te kunnen maken, moeten we weten wat die risico's zijn en of het mogelijk is deze risico's bij voorbaat in te schatten. Immers dan pas is het zinvol een besluit te nemen over al dan niet expliciet regelen. Het CVZ is daarom gestart, om samen met mensen uit de praktijk, de risico's voor de zorg in kaart te brengen.

Dit zal in het tweede kwartaal van 2011 resulteren in een conceptueel raamwerk voor het risicogericht pakketbeheer. Als de minister zich in dat raamwerk kan vinden, zal het CVZ dit uitwerken aan de hand van een casus.

2.d. Voorwaardelijke financiering

2.d.1. Inleiding

Eerder rapport CVZ Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009² de minister van VWS geadviseerd het instrument van voorwaardelijke financiering te introduceren in de Zvw en de AWBZ. Dat instrument zou volgens het CVZ ingezet moeten kunnen worden voor:

- 'bestaande zorg': zorg die al vanuit de (basis)verzekering wordt vergoed³, maar waarbij twijfels bestaan/zijn ontstaan over de effectiviteit of veiligheid van de zorg, waardoor deze zorg niet (langer) voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee niet langer wordt aangemerkt als een te verzekeren prestatie (standpunt of uitstroomadvies CVZ);
- 'innovatieve zorg': zorg die geen deel uitmaakt van het basispakket, omdat voor een positieve beslissing over 'de stand van de wetenschap en praktijk' essentiële gegevens ontbreken respectievelijk onvoldoende zijn. Voorwaardelijke financiering maakt het ook mogelijk een innovatieve zorgvorm op beheerste wijze te introduceren.

² CVZ. Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket. Diemen, 2009. Rapportnr. 283. Beschikbaar via www.cvz.nl.

³ Vanwege de open omschrijving van geneeskundige zorg is deze zorg als 'vanzelf ingestroomd in het verzekerde pakket'.

Pakketadvies 2010 In het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ er nogmaals bij de minister van VWS voor gepleit het instrument van voorwaardelijke financiering te realiseren. Het kan er immers aan bijdragen dat verantwoorde (innovatieve) zorg tijdig beschikbaar komt voor verzekerden en dat definitieve besluitvorming over de vraag of die zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ wordt bespoedigd. Ook kan onderzoek naar zorg die (wellicht al enige tijd) uit de basisverzekering wordt betaald maar waarover twijfel is ontstaan over de effectiviteit, met deze financiering worden gefaciliteerd, hetgeen kan leiden tot uitstroom als te verzekeren prestatie.

2.d.2. Dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen

Beleidsregels NZa Op het gebied van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen vindt op dit moment al een bijzondere vorm van voorlopige financiering met evaluatie plaats. Beleidsregels van de NZa maken mogelijk dat dure- en weesgeneesmiddelen die een bepaalde kostendrempel overschrijden en waarvan de therapeutische waarde is aangetoond, gedurende maximaal vier jaar kunnen worden gefinancierd, in aanvulling op de intramurale budgetten. Na deze periode moet er informatie zijn verzameld over de kosteneffectiviteit van het geneesmiddel en de toepassing in de praktijk. ZonMw heeft hiervoor een onderzoeksprogramma in het leven geroepen. Het CVZ formuleert vervolgens op basis van deze gegevens een advies aan de NZa over continuering van de aanvullende financiering.

Nieuw DBC-systeem, beleidsregels worden overbodig Deze beleidsregels zullen per 1 januari 2012 worden gewijzigd of mogelijk zelfs komen te vervallen: de kosten van dure- en weesgeneesmiddelen zullen dan in het DBC-systeem worden opgenomen. Daarmee dreigt een nuttig instrument, waarmee onderbouwde besluitvorming over wel of niet aanvullend financieren van deze geneesmiddelen wordt bevorderd, te verdwijnen.

Mogelijkheid handhaven Het CVZ adviseert daarom om voor de dure- en weesgeneesmiddelen een systeem van voorwaardelijke financiering in stand te houden, zodat het verzamelen van gegevens over

kosteneffectiviteit kan worden gecontinueerd. Daarnaast zal het kunnen voorkomen dat er ook gegevens over de therapeutische waarde ('de stand van de wetenschap en praktijk') ontbreken.

2.d.3. Doel van het instrument van voorwaardelijke financiering

Verskil beleidsregel NZa en CVZ-beoordeling

Het instrument voorwaardelijke financiering zoals het CVZ dat voor ogen heeft, richt zich vooral op het bevorderen van onderbouwde besluitvorming over 'de stand van de wetenschap en praktijk' en over kosteneffectiviteit ten opzichte van gebruikelijke zorg. Dit komt niet helemaal overeen met de doelstelling van de NZa beleidsregels, deze zijn namelijk primair financieel van aard. De beleidsregels zijn bedoeld om dure geneesmiddelen, die uit het ziekenhuisbudget worden betaald, in principe voor iedereen toegankelijk te maken, en dit niet meer te laten afhangen van de financiële belasting voor het ziekenhuis (dat leidde tot zogenoemde 'postcodegeneeskunde'). Concreet betekenen de beleidsregels dat de instellingen bovenop hun budget de behandeling met dure geneesmiddelen grotendeels krijgen gecompenseerd, mits aan enkele voorwaarden is voldaan. Het CVZ adviseert daarbij aan de NZa over toelating tot/continuering van de financiering, maar doet geen formele uitspraak over de vraag of de zorg tot het basispakket behoort. In de praktijk worden deze geneesmiddelen gedeclareerd bij en betaald door de zorgverzekeraars ten laste van de basisverzekering.

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie, die ontstaat zodra de beleidsregels zijn gewijzigd of vervallen, zullen de dure geneesmiddelen in het DBC-systeem worden opgenomen, ofwel binnen een DBC, ofwel als add-on. De intramurale geneesmiddelen vallen in de Zvw onder 'geneeskundige zorg'. Dit is zorg die open is omschreven: alle zorg die conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' is en 'pleegt te worden geboden', maakt deel uit van het basispakket, enkele uitzonderingen daargelaten. De wetgever gaat ervan uit dat zorgaanbieders uitsluitend dergelijke zorg zullen aanbieden en ten laste van

de basisverzekering brengen, er vindt dus geen beoordeling vooraf plaats.⁴

<i>Kosteneffectiviteit</i>	Een ongunstige kosteneffectiviteitsratio bij dure geneesmiddelen kan voor het CVZ aanleiding zijn om de minister te adviseren zorg die wel effectief is, uit het basispakket te verwijderen. Vaak zijn deze gegevens er niet, en dit staat doelmatig en 'stringent' pakketbeheer in de weg. Het is dus zaak om het verzamelen van gegevens over kosteneffectiviteit zoveel mogelijk te bevorderen.
<i>Belang van voorwaardelijke financiering</i>	Voor bepaalde nieuwe en dure vormen van zorg vindt het CVZ gegevens die uitsluitend de effectiviteit betreffen onvoldoende voor een verantwoorde besluitvorming over opname in het pakket. De vergoeding van dergelijke zorg legt een onevenredige druk op de betaalbaarheid van de zorgverzekeringen. Voor die vormen van zorg moet er in de ogen van het CVZ de mogelijkheid komen tot voorwaardelijke toelating tot het pakket, waarbij de voorwaarde bestaat uit het opleveren van gegevens over de kosteneffectiviteit. Dit geldt uitdrukkelijk niet alleen voor geneesmiddelen, maar ook voor toepassing van diagnostiek, hulpmiddelen, inwendige protheses en andere interventies. Dit betekent kort gezegd dat het instrument voorwaardelijke financiering gebruikt kan worden voor twee verschillende doelen: a) financiering op voorwaarde dat er gegevens worden verzameld over de effectiviteit (wettelijke term: 'de stand van de wetenschap en praktijk'); b) financiering op voorwaarde dat er gegevens worden verzameld over de kosteneffectiviteit. Over de manier waarop dit instrument wettelijk wordt verankerd, vindt verder overleg plaats tussen VWS en het CVZ.

⁴ ter vergelijking: de extramurale geneesmiddelen worden alle vooraf getoetst, o.a. op stand van de wetenschap en praktijk. Dit is dus in de Zvw een 'gesloten systeem', leidend tot een positieve lijst van toegelaten geneesmiddelen.

Nader advies

2.d.4. Nader advies CVZ: strategie en besluitvorming

Uit het Regeerakkoord VVD-CDA⁵ valt af te leiden dat inderdaad overwogen wordt het instrument van voorwaardelijke financiering te introduceren.

Het CVZ stelt hierover, voortbouwend op zijn eerdere advies, het volgende voor. Het CVZ bepaalt jaarlijks of zorg in aanmerking zou kunnen komen voor voorwaardelijke financiering. Het gaat dan om zorgvormen waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de (kosten)effectiviteit (nog) niet bewezen is. Enkele voorbeelden:

- zorg waarvan het CVZ heeft vastgesteld (door middel van een duiding) dat deze niet tot het basispakket behoort, omdat niet voldaan is aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' door het ontbreken van voldoende gegevens. In dat geval zal aanvullende informatie over effectiviteit verzameld moeten worden;
- zorg die nu vergoed wordt, maar waarover twijfels zijn gerezen over de effectiviteit;
- zorg die weliswaar voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' en die daarmee in principe deel uitmaakt van het basispakket, maar waarbij gegevens ontbreken over de kosteneffectiviteit ten opzichte van de gebruikelijke zorg. In dit geval zullen gegevens over kosteneffectiviteit verzameld moeten worden. De gegevens kunnen leiden tot een advies aan de minister: ofwel dat de zorg deel blijft uitmaken van het pakket en dat de voorwaarden vervallen, ófwel tot het advies om de zorg uit het basispakket te verwijderen (uitstroomadvies).

In het pakketadvies adviseert het CVZ jaarlijks over de geselecteerde onderwerpen die per 1 januari van het jaar daarop voor voorwaardelijke financiering in aanmerking zouden moeten komen. Besluitvorming hierover is aan de minister van VWS.

⁵ Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA. Den Haag, 2010. Beschikbaar via www.rijksoverheid.nl.

**Selectiecriteria
onderwerpen**

Volgens het CVZ kunnen de volgende overwegingen respectievelijk punten een rol spelen bij de selectie van onderwerpen:

- de interventie is het experimentele stadium ontstegen;
- er is consensus binnen de relevante beroepsgroepen over nut en noodzaak van voorwaardelijke financiering van de desbetreffende interventie;
- er bestaat duidelijkheid over de ontbrekende gegevens (bijvoorbeeld blijkend uit een systematische review);
- er is een (concept)onderzoeksvoorstel (op hoofdlijnen) dat erop gericht is om binnen redelijke termijn de vraag te kunnen beantwoorden of voldaan wordt aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (o.a. welk soort onderzoek is nodig, welke uitkomsten zijn relevant);
- er is een tarief of er zal voorzien worden in een tarief waarmee de voorwaardelijk te financieren interventie kan worden afgerekend;
- andere mogelijkheden om de zorg, waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen zijn niet mogelijk gebleken.

**Vormgeving
voorwaardelijke
financiering**

De manieren waarop het instrument van voorwaardelijke financiering vorm kan krijgen, heeft het CVZ in zijn rapport van 2009 besproken. De voorkeur van het CVZ gaat uit naar het inzetten van de al bestaande mogelijkheid om op grond van de Zvw (of de AWBZ) een subsidieregeling te treffen.⁶ Vanwege de afwijkende financiering die een subsidieregeling met zich meebrengt, lijkt bij het ministerie van VWS de voorkeur uit te gaan naar een constructie waarbij via aanpassing van regelgeving een tijdelijke afwijking van het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' in de wetgeving wordt gerealiseerd.

Als het gaat om voorwaardelijke financiering ten behoeve van de kosteneffectiviteitsvraag (waarbij het dus in principe gaat om zorg die al wel aan het effectiviteitscriterium voldoet), zal eveneens de regelgeving moeten worden aangepast.

⁶ Zie artikel 68 Zvw en artikel 44 AWBZ.

Over de technisch-juridische vormgeving van de
voorwaardelijke financiering vindt nog verder overleg plaats.

2.d.5. Selectie onderwerpen 2012

Geselecteerde onderwerpen

Het CVZ heeft op basis van de hiervoor genoemde
overwegingen/punten van aandacht een aantal onderwerpen
geselecteerd die in aanmerking kunnen komen om te
experimenteren met voorwaardelijke financiering vanuit de
Zvw per 1 januari 2012. Deze staan hieronder kort beschreven.

Het gaat om een innovatieve interventie, een interventie die nu
vergoed wordt maar waarover twijfels zijn, een kwestie waarbij
de vraag is of er überhaupt nog hogere evidence is te
genereren en om een alternatief voor een bestaande regeling
voor voorwaardelijke financiering.

Pilots

De nu voorliggende onderwerpen zullen dienen als pilots, om
na te gaan of het instrument voorwaardelijke financiering
levensvatbaar is. Ervaringen opgedaan in het buitenland zullen
hierbij worden betrokken. In de komende maanden zal het
CVZ de selectiecriteria verder ontwikkelen: welke onderwerpen
komen al dan niet in aanmerking en hoe prioriteer je die
onderwerpen.

Minimaal invasieve pijnbehandelingen

- **Injectie- en denervatie technieken bij chronische
aspecifieke lage rugklachten** (zie ook 6.d.1.)

Het gaat hierbij om minimaal invasieve pijnbehandelingen,
meestal uitgevoerd door de anesthesioloog.
Deze technieken zijn onvoldoende evidence-based als
behandeling van patiënten met chronische aspecifieke lage
rugklachten. Hierover is het CVZ al lange tijd in gesprek met
de beroepsgroepen; het gaat om 'bestaande zorg' waarvoor
een degelijke onderbouwing omtrent effectiviteit ontbreekt.
Het lijkt echter wel goed mogelijk om patiënten te
identificeren die wél baat zullen hebben bij deze
behandelingen, mits zorgvuldig geselecteerd en mits de
behandeling is ingebed in een multidisciplinair traject.

Onderzoeksvoorstel ingediend bij ZonMw Hiernaar is echter nog geen onderzoek van voldoende kwaliteit gedaan. Inmiddels is een multidisciplinair (neurochirurgie, orthopedie, anesthesiologie, epidemiologie) onderzoeksvoorstel ingediend bij ZonMw. In dit onderzoeksvoorstel worden de te onderzoeken technieken (gerandomiseerd) toegevoegd aan state-of-the-art multidisciplinaire behandeling en wordt de effectiviteit hiervan vergeleken met de multidisciplinaire behandeling alleen. Met een dergelijk onderzoek, waarbij de zorg voorwaardelijk wordt gefinancierd en het onderzoek door ZonMw wordt bewaakt, worden naar verwachting de gegevens opgeleverd die een definitief antwoord geven op de vraag of deze behandelingen meerwaarde hebben.

- **Renale denervatie bij therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk)**

Hypertensie Het gaat hierbij om een minimaal invasieve behandeling, waarbij via een catheter in de nierarterie de autonome zenuwen rondom de arterie worden uitgeschakeld. Deze zenuwen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van hoge bloeddruk. In het verleden werden in geval van therapieresistente hypertensie deze zenuwen chirurgisch doorgenomen; een grote ingreep met veel bijwerkingen. Nu er een minimaal invasieve methode is ontwikkeld is de drempel om deze behandeling uit te voeren, veel lager geworden, en zijn er potentieel veel in aanmerking komende patiënten. Hypertensie wordt nu vrijwel altijd medicamenteus behandeld. Medicamenteuze behandeling is echter maar beperkt effectief (lage compliantie), heeft bijwerkingen en duurt levenslang.

Veelbelovende Innovatie Het gaat hierbij dus om innovatieve zorg, die veelbelovend, éénmalig en mogelijk kosteneffectief is en potentieel een groot volume betreft. Enerzijds willen we snel duidelijkheid over de effectiviteit, anderzijds staan we een 'beheerste introductie' voor, aangezien er zeker een risico bestaat op niet-passend gebruik. Gezien het open karakter van de zorgverzekering en het niet herkenbaar zijn van deze zorg in de DBC's bestaat er grote kans op (te) ruime toepassing van deze behandeling, zonder goede selectie van patiënten of het verzamelen van klinische gegevens.

Bevorderen van gegevens-verzameling én beheerste introductie

Met de beroepsgroepen (cardiologen, internisten, epidemiologen) is het CVZ hierover sinds kort in gesprek. Er is een onderzoeksvoorstel in behandeling genomen door ZonMw.

***Doofheid op de
kinderleeftijd***

- **Bilateraal cochleair implantaat bij jonge kinderen met congenitale doofheid**

Het betreft hier de plaatsing van een tweede cochleair implantaat bij jonge kinderen met bilaterale congenitale doofheid. Er zijn aanwijzingen dat een tweede cochleair implantaat het richtingshoren verbetert. Hiervoor is echter geen evidence van voldoende kwaliteit beschikbaar. Er wordt op dit moment gewerkt aan een onderzoeksvoorstel waarin twee groepen (gerandomiseerd, prospectief) worden vergeleken, één unilateraal en één bilateraal behandelde groep. Na twee jaar kunnen gehoor en taal-spraak-ontwikkeling met elkaar worden vergeleken.

Het CVZ is over dit onderwerp in gesprek met de beroepsgroep. Wellicht kan ook deze interventie voor voorwaardelijke financiering in aanmerking komen. Dan zal er wel consensus moeten zijn binnen de beroepsgroep en bereidheid bij ouders om aan een dergelijk onderzoek mee te werken.

***Intramurale
geneesmiddelen***

- ***Dure en weesgeneesmiddelen***

Dit betreft intramurale geneesmiddelen (vaak oncolytica) die een groot beslag leggen op de ziekenhuisbudgetten. De vraag hoe het gesteld is met de kosteneffectiviteit van deze middelen, is relevant: het zijn vaak dure geneesmiddelen die aan het eind van het leven worden toegepast.

De huidige NZa-beleidsregels hebben als voorwaarde dat er gegevens over kosteneffectiviteit worden verzameld. Deze beleidsregels zullen echter binnenkort komen te vervallen en daarmee dus de regeling voor voorwaardelijke financiering. Het CVZ wil graag deze gegevensverzameling continueren, en de informatie te zijner tijd gebruiken bij het advies aan de minister van VWS over handhaving in het pakket of uitstroom uit het pakket.

***Aanspraak
handhaven of
uitstroom***

In concreto betekent dit dat alle geneesmiddelen met een budget impact van meer dan € 2,5 miljoen die nu op de

beleidsregels staan (behalve diegene waarvan de beoordeling dit jaar wordt afgerond), in het voorwaardelijke financieringsprogramma zullen instromen. In de komende maanden zal verder worden overlegd over toekomstige selectie van geneesmiddelen voor het voorwaardelijke financieringsprogramma.

2.e. Gepast gebruik in de Zvw

Gepast gebruik betekent dat de burger die zorg vergoed krijgt waarop hij, gelet op zijn indicatie, is aangewezen. Er vindt een onder- en overbehandeling plaats.

Stepped care

Het toepassen van stepped care geldt hierbij als uitgangspunt. Dit houdt in dat een bepaalde volgorde in de inzet van zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste aangeboden, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling. Een voorbeeld uit de praktijk, beschrijft het CVZ in zijn rapport 'Robotprostaatchirurgie: vanzelfsprekend?' (www.cvz.nl). Het CVZ signaleert in dit rapport dat de introductie van de Da Vinci-robot bij prostaatchirurgie gemakkelijk tot overbehandeling kan leiden.

Expliciet duiden

Bij het innemen van standpunten bepaalt het CVZ welke zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, bij welke indicaties en op welk moment in de stepped care-benadering die zorg een plaats verdient als verzekerde zorg. Een goed voorbeeld hiervan is het standpunt dat het CVZ heeft ingenomen over de Continue glucose monitoring (CGM). Het CVZ heeft daarbij expliciet geduid voor welke groepen diabetespatiënten CGM effectief is. Daarnaast is door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), in samenspraak met het CVZ, een indicatieprotocol opgesteld waardoor CGM is ingepast in de stepped care-benadering van diabetes. Gepast gebruik betekent dat CGM alleen wordt toegepast bij de aangeduide indicaties.

Het bevorderen van gepast gebruik is van belang, omdat hierdoor niet alleen de kwaliteit van zorg verbetert, maar ook

de toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan.

2.e.1. Gezamenlijk traject

Veel partijen betrokken

Veel partijen zijn betrokken bij een gepaste uitvoering van de zorg en het stelsel van publieke zorgverzekering. Dit zijn de beroepsgroepen waar het gaat om het ontwikkelen van richtlijnen, de zorgverzekeraars op het gebied van de zorginkoop, de NZa voor wat betreft het toezicht op het rechtmatig verhalen van zorgkosten op de risicoverevening en het CVZ via het innemen van standpunten. Deze organisaties hebben op verschillende gebieden raakvlakken. De onderlinge afstemming en de timing van de uitvoering is niet altijd goed. Ook lopen de belangen van diverse partijen niet parallel. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de toegankelijkheid, de kwaliteit of de betaalbaarheid van de zorg.

Rondetafel-bijeenkomsten

Omdat het bereiken van gepast gebruik alleen maar lukt als dat in gezamenlijkheid gebeurt, heeft het CVZ voor een gemeenschappelijke aanpak samenwerking gezocht met de NZa, DBC-Onderhoud, de Regieraad Kwaliteit van Zorg, de KNMG, de NPCF, ZonMw, ZN en het ministerie van VWS. Dat heeft geleid tot een serie rondetafelbijeenkomsten.

Bevorderen gepast gebruik

Het doel van deze besprekingen is gezamenlijk gepast gebruik te bevorderen om zodoende te voorkomen dat de inhoud en omvang van de Zvw en de AWBZ verkleind moeten worden om de kosten van de sociaal verzekerde zorg in de hand te houden. Daarnaast levert gepast gebruik een positieve bijdrage aan de kwaliteit van zorg.

Samenwerking is de enige manier

De gesprekken zijn gestart vanuit het besef dat partijen alle op bepaalde onderdelen invloed hebben op gepast gebruik, maar nog onvoldoende met elkaar samenwerken. Het moet mogelijk zijn om de effectiviteit van de afzonderlijke werkzaamheden beter te coördineren, zodat zorgverlening en zorgverzekering tegelijkertijd gepast gebruik van zorg bevorderen, zonder dat hiervoor nieuwe wettelijke en/of juridische instrumenten nodig zijn.

2.e.2. Belemmeringen en voorbeelden

De deelnemers aan de rondetafelbijeenkomsten hebben 14 projecten ingebracht en de volgende belemmeringen voor het bereiken van gepast gebruik geanalyseerd.

<i>Kwaliteit van zorg</i>	Belemmeringen op het gebied van gepast gebruik in relatie tot de kwaliteit van zorg: • er is onvoldoende bewijs over de effectiviteit van zorgvormen; • er is sprake van een verruiming of beperking van het indicatiegebied van effectieve zorgvormen (over- en onderbehandeling); • er is onvoldoende informatie over de kwaliteit van zorg; • de effectiviteit van de zorgvorm staat ter discussie.
<i>Toegankelijkheid van zorg</i>	Op het gebied van toegankelijkheid zijn de volgende belemmeringen: • de (juiste) zorg wordt niet ingekocht; • de kwaliteit en indicatie worden bij de zorginkoop niet benoemd; • de registratie van de indicatiegebieden is beperkt; • er is onvoldoende toezicht op (wettelijke) indicatiebeperkingen.
<i>Betaalbaarheid van zorg</i>	In de relatie tussen gepast gebruik en betaalbaarheid zijn de volgende belemmeringen benoemd: • er is geen (tijdige) bekostigingstitel of tarief; • de financiële prikkels 'staan de verkeerde kant op'; • het is niet duidelijk onder welke bekostigingstitel of tarief de zorg valt; • de bekostiging moet worden aangepast.
<i>Toezicht</i>	Tot slot zijn op het gebied van toezicht de volgende belemmeringen onderkend: • zorgverzekeraars maken te weinig gespecificeerde afspraken in de overeenkomsten met zorgaanbieders en zorgverleners; • zorgverzekeraars kunnen declaraties moeilijk controleren op feitelijk geleverde zorg en op de individuele

- omstandigheden van verzekerde;
- het toezicht is makkelijker te richten op de vraag of verzekerden minder zorg krijgen dan waarop zij recht hebben dan op de vraag of verzekerden meer zorg krijgen dan waarop zij recht hebben.

Voorbeelden

Enkele voorbeelden van de hierboven geconstateerde belemmeringen.

- vanuit het kwaliteitsperspectief is het werken volgens richtlijnen, die gestoeld zijn op goed onderzoek en evidence based principes, een gezamenlijk doel van zorgverleners, onderzoekers en zorgverzekeraars. Alleen effectieve zorg valt onder de zorgverzekering. Bij innovaties is het echter vaak moeilijk het bewijs van effectiviteit rond te krijgen omdat het onderzoeksbudget meestal uitsluitend bedoeld is voor het onderzoek en niet voor de kosten van de behandeling zelf;
- vanuit het kwaliteitsperspectief is het vermijden van overbehandeling en van onderbehandeling zowel voor zorgverleners, zorgverzekeraars als voor patiënten van belang. Het leveren van de zorg is echter voor zorgverleners een inkomstenbron en voor zorgverzekeraars een uitgavenbron;
- vanuit het perspectief van betaalbaarheid is beheersing van de kosten van belang. De tarifiering van de verschillende zorgprestaties is bedoeld om de geleverde zorg op reële wijze te honoreren. Sommige vormen van tarifiering hebben echter onbedoelde neveneffecten, waardoor bijvoorbeeld bepaalde combinaties van zorg toch minder reëel worden gehonoreerd. Dit kan tot gevolg hebben dat onder- of overhonorering plaatsvindt, hetgeen ongewenste gevolgen kan hebben voor de keuzen in de spreekkamer.

De wetgever heeft op de vlakken waar de belangen uiteenlopen de nodige waarborgen ingevoerd in de Zvw en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit zijn onder meer de acceptatieplicht en de vereveningssystematiek, het verplichte basispakket en het rechtmatigheidstoezicht en de

tarifieringsregels. De vraag is of deze waarborgen voldoende zijn om de belangen zodanig te richten en te beheersen dat gepast gebruik wordt bevorderd.

2.e.3. Vervolgtraject

De partijen, die betrokken zijn bij de rondetafelbijeenkomsten over gepast gebruik, zullen in de tweede helft van 2011 gezamenlijk een document publiceren.

Dit document zal het verloop en de resultaten van de ingebrachte projecten weergeven. Ook zal dit document een verkenning bevatten van factoren die gepast gebruik bevorderen of belemmeren. Deze analyse moet aanknopingspunten bieden voor mogelijke acties en samenwerkingsverbanden tussen verschillende partijen, die gepast gebruik in de toekomst kunnen bevorderen. Voorts streven de betrokken partijen naar het identificeren van nieuwe onderwerpen waarbij zij door onderlinge samenwerking gepast gebruik beter kunnen bevorderen.

3. Pakketbeheer in de AWBZ

3.a. Inleiding

In paragraaf 3.f. presenteert het CVZ zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg. In de paragrafen 3.b. tot en met 3.e. gaat het CVZ in op de manier waarop de zorgketen binnen de huidige AWBZ is georganiseerd en op de rollen die de betrokken partijen daarin vervullen.

Context

Doel hiervan is niet om te laten zien dat er van de huidige AWBZ en de manier waarop partijen daarin opereren niets deugt. Integendeel, binnen de AWBZ werken partijen en zorgverleners hard aan een goede zorgverlening. Veel mensen maken tot hun tevredenheid gebruik van de geboden zorg, al dan niet door middel van een PGB en met behulp van de inzet van mantelzorgers.

Waar het in onderstaande paragrafen wel over gaat, is dat er binnen de AWBZ-systematiek onvoldoende prikkels zijn voor gepast gebruik, waardoor geen optimaal gebruik van de zorgketen wordt gemaakt. Daarnaast worden op dit moment verschillende diensten vergoed vanuit de AWBZ die eigenlijk niet tot de gezondheidszorg behoren. Dit heeft onder meer een bijdrage geleverd aan de toenemende kosten en de ervaren onbeheersbaarheid ervan. Vanuit dat perspectief, waarbij het CVZ grote waarde hecht aan de eigen regie en verantwoordelijkheid van verzekeren, en met het oog voor de beleidsdoelstellingen die de staatssecretaris van VWS heeft beschreven in haar brief aan de Tweede Kamer 'Vertrouwen in de zorg', presenteert het CVZ zijn toekomstvisie.

3.b. De zorgketen in de AWBZ

Stappen in de zorgketen

De zorgketen in de AWBZ onderscheidt de volgende logische stappen:

- de aanspraken zijn vastgelegd in het Bza;
- het CVZ legt aard en inhoud van de aanspraken uit;
- het indicatieorgaan bepaalt op welke zorg de verzekerde is

- aangewezen;
- de zorgverzekeraar (het zorgkantoor) koopt zorg in bij aanbieders op grond van tariefprestaties die de NZa vaststelt;
- de zorgverzekerden wenden zich tot een gecontracteerde aanbieder die zorg levert;
- de verzekeraar betaalt de geleverde verzekerde prestaties;
- de NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ en Wmg door zorgkantoren.

Onvoldoende aansluiting

Toch zijn deze elementen van het verzekeringssysteem niet altijd voldoende op elkaar aangesloten. In de AWBZ is de aansluiting tussen de aanspraken, indicatiestelling en bekostiging niet goed geregeld. Het systeem start met een open omschrijving van de aanspraken, waarin niet bij voorbaat beperkingen zijn aangebracht. De aanspraken van de verzekerden worden in de praktijk door middel van indicatiestelling geüniformeerd, waarbij de individuele vragen van de verzekerden onvoldoende centraal staan, de vraagverheldering ontbreekt hier. De gevolgen van onduidelijke aanspraken of het ontbreken van een volledige indicatiestelling worden door de NZa via aanvullende bekostigingstoeslagen achteraf opgevangen. Binnen het verzekeringssysteem hebben de verschillende elementen (actoren) dus te maken met verschillende sturingsmechanismen. Dat bemoeilijkt een goede onderlinge afstemming.

Bij de invoering van de zorgzwaartepakketten werd de regelgeving voor de aanspraken (Bza) en de indicatiestelling niet aangepast. Bij de uitleg van de aanspraken moest het CVZ zich baseren op de bestaande functies, terwijl de bekostiging werd geformuleerd in ZZP's, die het indicatieorgaan moest indiceren.

Prikkels werken anders uit

Het CVZ constateerde in eerdere rapporten dat de prikkels in het AWBZ-systeem om de zorgketen optimaal passend te gebruiken, regelmatig anders uitwerken. Hieronder gaat het CVZ dieper in op een aantal structurele systeemfouten, die het

risico op niet-gepast gebruik vergroten. Ook zal het CVZ laten zien dat er binnen de AWBZ onvoldoende prikkels zijn om te komen tot innovaties die met eenzelfde inzet van middelen meer effect sorteren.

3.c. Systeemrisico's in de AWBZ

a. Aanspraken binnen de AWBZ

Functiegerichte omschrijving

Bij de modernisering van de AWBZ (2003) zijn de aanspraken functiegericht omschreven. Er is bewust gekozen voor een ruime omschrijving van de aanspraken. Deze keuze is ook in het Bzv gemaakt. Wat binnen die ruime omschrijving gepast gebruik is, wordt in de Zvw voor een belangrijk deel ingevuld door richtlijnen van de beroepsgroepen.

Bij de AWBZ-zorg ontbreken die richtlijnen vrijwel. Waar precies de grenzen van de aanspraak liggen, is daarom niet duidelijk. Dat geldt niet alleen voor de inhoud van de aanspraken, maar ook voor de omvang ervan.

Spanningsveld

Met de invoering van de functiegerichte aanspraken heeft de wetgever expliciet bedoeld de aanspraken niet in detail te regelen. Partijen moeten de mogelijkheid hebben om de zorg aan te passen aan de individuele vraag. Dat zorgt bij de uitleg van de aanspraken voor een spanningsveld. Een al te strikte en gedetailleerde uitleg belemmert de vrijheid van het veld, maar de geschillen en vragen zijn vaak juist wel gedetailleerd. In de praktijk dreigt dat de aanspraken steeds verder worden dichtgetimmerd door een strikte uitleg. En al snel werden vanwege de noodzaak tot beheersing andere schakels in de zorgketen (indicatiestelling, bekostiging) tot in detail geregeld.

Aanspraken geen logisch geheel

In de loop der jaren zijn de aard en inhoud van de aanspraken van de AWBZ gewijzigd. Wisselende beleidsdoelen hebben ertoe geleid dat de aanspraken niet meer een logisch geheel vormen. Naast de oorspronkelijke zorgvormen (langdurige intramurale zorg) zijn ook kortdurende zorgvormen onderdeel van de AWBZ geworden.

***Indicatie is
afdwingbaar recht***

b. Indicatie

Het indicatieorgaan (CIZ of Bureau Jeugdzorg) bepaalt op welke zorg de verzekerde is aangewezen en in welke omvang dat het geval is. Die vaststelling is een besluit dat de verzekerde een afdwingbaar recht op de geïndiceerde zorg geeft tegenover de zorgverzekeraar/het zorgkantoor. De zorgverzekeraar heeft geen invloed op de omvang van de te leveren zorg. De Centrale Raad van Beroep heeft daarover geoordeeld, dat de verzekeraar (gezien de strikte scheiding tussen bevoegdheden die de wetgever heeft aangebracht) geen belanghebbende is bij een indicatiegeschil. Als de indicatie volgens de verzekeraar (zorgkantoor) te hoog is, kan die daartegen geen bezwaar en beroep instellen.

***Doorlooptijden en
uniformiteit***

Het indicatieorgaan wordt in de politiek en de pers vooral afgerekend op de doorlooptijden van de indicatiestelling en de uniformiteit. Te hoge indicaties leiden nauwelijks tot commotie, maar te lage wel. Ook is er een grote druk om de indicatiestelling terug te leggen bij de aanbieders. Deze druk van buiten af bevordert niet dat de zorgaanspraak passend geïndiceerd wordt. Daarnaast leidt een sobere indicatiestelling tot meer bezwaar- en beroepszaken, die het indicatieorgaan veel tijd en geld kosten.

***Passende indicatie
bevordert gepast
gebruik***

De nadruk op uniformiteit en snelheid van de indicatiestelling leidt er toe dat bij de indicatiestelling normtijden, geautomatiseerde algoritmen, beslisbomen en aanmeldfaciliteiten bepalend zijn en niet de individuele vraag van de verzekerde. Een passende indicatie impliceert juist dat de persoonlijke (on)mogelijkheden en omstandigheden bepalend moeten zijn voor de te verlenen zorg. Dit bevordert een gepast gebruik van de verzekerde zorg.

Thuis of verblijf?

Bij de vraag of een verzekerde thuis kan blijven, of dat verblijf nodig is, speelt doelmatigheid een rol. In de toelichting bij het Bza staat dat er omslagpunten komen om te bepalen of verblijf om doelmatigheidsredenen nodig is. Die omslagpunten zijn er nooit gekomen. Het CVZ is van mening dat het indicatieorgaan

desondanks een doelmatigheidsafweging moet maken op grond van een vergelijking van de intramurale en extramurale kosten. Het indicatieorgaan stelt echter dat het daartoe niet in staat is, zodat die doelmatigheidsafweging niet plaatsvindt.

c. PGB

***Zelf zorg
organiseren***

Het persoonsgebonden budget (PGB) stelt mensen in staat zelf hun zorg te organiseren. Het PGB kan worden besteed voor verpleging, persoonlijke verzorging of begeleiding. Dat is in veel gevallen een groot goed. Directe naasten kunnen worden gecontracteerd als zorgverlener. Dit zijn ook degenen die, als er alleen zorg in natura beschikbaar zou zijn, de zorg als mantelzorger zouden bieden. Binnen de marges van het PGB heeft de verzekerde er alle belang bij de zorg optimaal in te kopen, gelet op zijn verleende budget. Er is echter geen prikkel om minder te besteden dan het PGB, immers niet besteed budget moet worden terugbetaald aan het zorgkantoor.

***Controle op
besteding lastig***

De controle op de besteding van het PGB is tijdrovend en moeilijk uitvoerbaar. De regeling is daarom gevoelig voor oneigenlijk gebruik en fraude, door budgethouders of derden. Hierover zijn verschillende signalen beschikbaar. Op korte termijn komen de resultaten van een onderzoek hierover van VWS, in samenwerking met budgethoudersvereniging Per Saldo, beschikbaar.

Het PGB heeft een enorme vlucht genomen. In haar brief aan de Tweede Kamer van 30 november 2010 gaat de staatssecretaris in op het voornemen het recht op PGB wettelijk als een aanspraak te verankeren, en benoemt daarbij een aantal problemen dat in dat verband om nadere maatregelen vraagt.

De staatssecretaris signaleert dat de keuze voor een PGB soms wordt ingegeven door een gebrek aan (passende) zorg in natura. Ook blijkt dat het PGB ertoe leidt dat personen een beroep doen op het PGB die anders niet of later een beroep op AWBZ-zorg zouden hebben gedaan. Bij de budgetstop in de tweede helft van 2010 bleek dat 80% van de mensen die op de

wachtlijst staan niet kiezen voor zorg in natura.
Tenslotte blijkt een PGB niet altijd een overwogen keuze te zijn. Voor sommige budgethouders is de regie en de verantwoordingsplicht een te zware verantwoordelijkheid.

3.d. Risicogericht duiden in de AWBZ

Rol CVZ

Het CVZ heeft de wettelijke taak de inhoud en omvang van de AWBZ-aanspraken te duiden. Dat doet het CVZ bij de uitleg van de effectiviteit van zorgvormen, bij de advisering aan het CIZ bij indicatiegeschillen en in het AWBZ-kompas. Voor de effectiviteit van AWBZ-zorg is meestal minder evidence voorhanden dan in de curatieve zorg. De aard van de zorg, maar ook het ontbreken van een onderzoekscultuur zijn daar debet aan. Het benoemen van duidelijke kwaliteitscriteria is veel lastiger.

Beoordeling effectiviteit

Effectiviteitsbeoordeling

Omdat ook in de AWBZ alleen aanspraak bestaat op zorg die effectief is, beoordeelt het CVZ ook de effectiviteit van zorgvormen. Deze effectiviteitsuitspraken zijn over het algemeen gebaseerd op gegevens van een lagere evidence dan in de Zvw. Effectiviteitsbeoordeling van begeleiding en persoonlijke verzorging is bijvoorbeeld nauwelijks mogelijk. Dat komt omdat er minder wetenschappelijk onderzoek op dit gebied plaatsvindt en omdat in de care een goede uitkomstmaat ontbreekt.

Goede uitkomstmaat ontbreekt

De centrale effectmaat in de cure is 'gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven' (QALY). In de care sector zijn interventies in belangrijke mate gericht op het reguleren of reduceren van het effect van beperkingen op het dagelijks leven van mensen en daardoor op het behouden of het bevorderen van welzijn. Het CVZ onderzoekt de mogelijkheden om tot een uitkomstmaat voor de care te komen.

Bij de functie behandeling zijn effectiviteitsuitspraken beter mogelijk. Het CVZ heeft bijvoorbeeld de effectiviteit van behandeling op het gebied van verstandelijke handicaps en autisme in kaart gebracht.

<i>Duiding in algemene termen</i>	<i>Duidingen en indicatiegeschillen</i> Het feit dat algemene uitspraken over de effectiviteit van zorgvormen in de AWBZ minder makkelijk te geven zijn, betekent dat voor de beheersing van de aanspraken het uitleggen van de omvang van de aanspraken van meer belang is. Het CVZ duidt de AWBZ-aanspraken in algemene termen, zoals in het rapport over interventies bij kinderen met een verstandelijke handicap en/of een autistische stoornis, maar ook aan de hand van concrete indicatiegeschillen.
<i>CVZ: wettelijke taak</i>	Het doel van de wettelijke adviestaak van het CVZ bij geschillen is: uniformering⁷, signalering⁸ en zeefwerking⁹ te bereiken.
<i>Meer accent op richtinggevende uitspraken</i>	Gezien de toename van het aantal geschillen heeft het CVZ in de loop der jaren het accent bij deze advisering verlegd van de meer individuele bescherming (zeeffunctie) naar meer richtinggevende uitspraken (uniformering en signalering). De uitleg van de inhoud en omvang van de aanspraken heeft een belangrijker accent gekregen. Het CVZ adviseert daarom met name bij die geschillen waar de algemene lijn kennelijk onduidelijk is of waar de indicatiestelling regelmatig op verkeerde grond of op onzorgvuldige wijze plaatsvindt. Het CVZ ziet af van advisering, als het geschil gaat over een onderwerp waarvan de algemene lijn al eerder is uitgelegd en daarmee kenbaar is voor het CIZ en verzekerden. Het CVZ kiest er ook vaker voor per onderwerp een algemeen standpunt in te nemen op basis waarvan vergelijkbare geschillen eenvoudiger geadviseerd kunnen worden. Een

⁷ Uniformering: De adviesprocedure zorgt ervoor dat alle uitvoeringsorganisaties de omvang van de verzekerde prestaties, de indicatievoorwaarden en de doelmatigheidsbeoordeling op eenzelfde eenduidige manier uitleggen.

⁸ Signalering: De adviesprocedure geeft inzicht in de knelpunten en hiaten van het huidige pakket. Het CVZ kan deze signalen samen met informatie uit andere bronnen doorgeven aan VWS.

⁹ Zeefwerking: De adviesprocedure zorgt ervoor dat verzekerden van een onafhankelijke organisatie een oordeel krijgen over het handelen van de ziektekostenverzekeraar, het uitvoeringsorgaan AWBZ of het indicatieorgaan.

voorbeeld daarvan is het standpunt over de herindicatieproblematiek voor ADL-assistentie. Op deze manier kan geschillenadvisering efficiënter plaatsvinden, terwijl het CVZ de inhoud en omvang van de aanspraak wel duidelijk vaststelt.

***Tegengaan
detaillering***

Daarnaast wil het CVZ de trend om de aanspraken op wettelijk niveau vergaand te detailleren tegengaan. De individuele omstandigheden van verzekerden bepalen uiteindelijk op welke AWBZ-zorg verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Dat betekent dat betrokkenen de ruimte moeten hebben om die individuele omstandigheden te wegen en zorg op maat te kunnen bieden. Het rapport over aanvullende diensten dat het CVZ in januari 2010 uitbracht, is hier een voorbeeld van.

3.e. Gepast gebruik in de AWBZ

Verschil met Zvw

Binnen het systeem van de AWBZ spelen veel verschillende actoren een rol. De dynamiek tussen die partijen verschilt met die van partijen binnen de Zvw, omdat de uitvoeringsstructuur binnen de AWBZ wezenlijk anders is, en ook de aard van de zorg en de doelgroep verschilt.

Rollen van partijen

Het CVZ gaat hierna verder in op de rollen die de partijen in het systeem zijn toebedeeld, en de omstandigheden en sturingselementen (prikkelers) waarmee zij te maken hebben.

3.e.1. De indicatiestelling

Op de indicatiestelling is reeds eerder ingegaan.

***CIZ of Bureau
Jeugdzorg***

Als sprake is van een psychiatrisch probleem bij jeugdigen, indiceert niet het CIZ, maar het Bureau Jeugdzorg (BJZ) voor de AWBZ-zorg. Als sprake is van zowel een verstandelijke handicap als van een psychiatrisch probleem, zijn dus twee verschillende organen verantwoordelijk voor de indicatiestelling. CIZ en BJZ hadden werkafspraken gemaakt, dat in dergelijke gevallen het CIZ de volledige indicatie zou verzorgen. De Centrale Raad van Beroep heeft echter bepaald dat deze werkafpraak in strijd is met de wet. Omdat de verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek

interfereert, is de zorgvraag inhoudelijk niet te scheiden, waardoor (de optelsom van beide) indicaties hoger kunnen uitvallen dan strikt noodzakelijk.

3.e.2. De zorgverzekeraars en de NZa

Regionale zorgkantoren

Verzekeraars hebben de uitvoering van de AWBZ per regio gemandateerd aan één van hen, over het algemeen de verzekeraar die in de regio dominant is: het zorgkantoor. De achtergrond daarvan is dat het regionale zorgkantoor beter in staat is de AWBZ-zorg af te stemmen op de lokale infrastructuur.

Risicoloze uitvoering

Omdat de verzekeraar die een zorgkantoor exploiteert niet de risico's kan dragen van verzekerden van andere verzekeraars, is besloten de AWBZ-zorg risicoloos uit te voeren. Alle kosten worden nagecalculeerd. Daarmee ontbreekt voor het zorgkantoor een belangrijke prikkel om zo doelmatig mogelijk in te kopen. Er ligt wel een prikkel in het zogenoemde regiobudget, waarbinnen het zorgkantoor zorg moet inkopen. Een dergelijke maatregel verhoudt zich echter slecht met het principe van een verzekering. De verzekering geeft aanspraak op levering van de zorg, ongeacht de vraag of de verzekeraar daarvoor budget beschikbaar heeft.

NZa

De NZa heeft een rol bij het bevorderen van doelmatige inkoop. De NZa houdt toezicht op de doelmatige uitvoering van de AWBZ door concessiehouders en geeft daarbij zonodig aanwijzingen aan zorgkantoren om hun doelmatigheid te vergroten.

De zorgkantoorconstructie betekent een relatieve monopoliepositie van het zorgkantoor ten opzichte van de regionale aanbieders. Die zijn voor een overeenkomst aangewezen op een enkel zorgkantoor.

Voornemen: uitvoering AWBZ door verzekeraars

Het voornemen van het kabinet is de uitvoering van de AWBZ bij de individuele verzekeraars te leggen. Daarbij worden de verzekeraars echter (nog) niet risicodragend. Er is dan geen prikkel tot het leveren van passende zorg. Integendeel: de verzekeraar heeft belang bij een goed imago bij zijn (eigen)

verzekerden. Daarnaast bestaat het risico dat de verzekeraar de risico's die hij in de Zvw loopt, afwentelt op de AWBZ.

3.e.3. De zorgaanbieders

Zorgplan

De aanbieder moet de geïndiceerde zorg leveren. Binnen de ruimte die de indicatie biedt, maakt de aanbieder samen met de verzekerde een zorgplan. Voor extramurale zorg is de bekostiging gekoppeld aan de geleverde functie. De uitkomstmaat daarvan is tijd. Voor aanbieders ontbreekt een financiële prikkel om met minder tijd eenzelfde resultaat te boeken. Integendeel. Als de aanbieder bijvoorbeeld een innovatieve manier van wassen introduceert, die met een geringe investering (speciale wasdoekjes) een substantiële tijdsbesparing realiseert, krijgt hij minder betaald (hij krijgt alleen de werkelijk geleverde tijd betaald) en moet extra kosten maken. De doekjes komen ten laste van de aanbieder. De zorgverlener kan op een dag meer cliënten helpen, maar relatief nemen daardoor de reistijd en andere improductieve (administratieve) activiteiten toe.

De bekostigingsstructuur zou juist innovaties moeten stimuleren, bijvoorbeeld door de outcome van de zorg voorop te stellen in plaats van de geleverde uren zorg. Om de aansluiting tussen aanspraken, indicatiestelling en bekostiging in stand te houden, zou ook de indicatiestelling meer zijn gericht op de beoogde effecten dan op de geleverde uren. Het CVZ begrijpt dat dit een tamelijk ingrijpende exercitie is, die de nodige tijd vergt. Op kortere termijn zijn echter wel stappen mogelijk. Zo wordt gesuggereerd de bekostiging te baseren op (week)budgetten, waarbinnen de aanbieder en verzekerde concrete afspraken over de te verlenen zorg kunnen maken.

Zorgzwaartepakketten

De intramurale bekostiging is gebaseerd op de zogenoemde zorgzwaartepakketten (ZZP's). Binnen de ruimte die het ZZP biedt, levert de aanbieder zorg. De te leveren zorg leggen aanbieder en verzekerde vast in een zorgplan. Anders dan bij extramurale zorg is niet per functie bepaald hoeveel zorg in het ZZP zit. Wel is er een totaalijd benoemd. Het risico dat

vooral op tijd en niet op uitkomst (outcome) wordt gestuurd, is daarom nog steeds aanwezig, maar wel minder dan bij extramurale zorg.

Zorg bij verblijf

Bij verblijf is de verzekerde voor al zijn dagelijkse behoeften afhankelijk van de aanbieder. De vraag is dan, welke zorg vanuit de wettelijke verzekering (AWBZ) moet worden geleverd, en welke zorg de aanbieder aanvullend kan aanbieden. Scherpe lijnen zijn niet mogelijk, en niet wenselijk, omdat dit afhankelijk is van lokale factoren. Het CVZ geeft de algemene kaders van de wettelijke verzekering aan. De cliëntenraad bepaalt in overleg met de aanbieder wat binnen die kaders concreet wordt aangeboden, wat het aanvullende aanbod is en de prijs daarvan. Het zorgkantoor moet bewaken dat de cliëntenraad voldoende wordt betrokken bij de afspraken en dat die binnen de gestelde kaders blijven.

3.e.4. De verzekerden

Goede zorg van belang

Verzekerden hebben belang bij goede verzekerde zorg. Vooral bij persoonlijke verzorging en begeleiding is het de vraag wat gepast gebruik is. Anders dan bij medische ingrepen gaat het hier om activiteiten van alledag, waarbij de verzekerde vaak gebaat is bij een grotere omvang. Een intrinsieke prikkel (zoals pijn bij een medische ingreep) om niet teveel zorg af te nemen, ontbreekt.

Werking eigen bijdrage

De gedachte dat de eigen bijdrage gepast gebruik van zorg bevordert, is niet juist. Voor kinderen geldt geen eigen bijdrage. Extramuraal is de hoogte van de eigen bijdrage gemaximeerd, zodat hiervan boven een bepaalde omvang geen remmende werking uitgaat. Intramuraal is er (voor volwassenen) een vaste eigen bijdrage die niet samenhangt met de afgenomen zorg.

Gebruikelijke zorg

Extramuraal is de inbreng van informele zorg erg belangrijk om de omvang van de afgenomen zorg te beperken. Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met de zogenoemde gebruikelijke zorg. Dat is zorg die directe naasten elkaar geacht worden te geven. Ouders horen tot op

zekere hoogte voor hun kinderen te zorgen, ook als die meer dan normaal zorg nodig hebben. Ook van partners onder elkaar wordt verwacht dat zij elkaar verzorgen. Voor persoonlijke verzorging geldt die verplichting slechts voor drie maanden. Als de verzekerde langer dan drie maanden zorg nodig heeft, kan hij daarvoor een indicatie vragen.

Mantelzorg

Veel mensen die in een persoonlijke relatie met een ander staan, zijn bereid om kosteloos zorg te leveren, ook al zijn ze dat niet verplicht: de zogenoemde mantelzorg. Omdat mantelzorg onverplicht is, kan de verzekerde voor die zorg ook een indicatie krijgen. Als de verzekerde die indicatie omzet in een PGB (zie hierna), kan hij daarmee zijn mantelzorger betalen: monetarisering van de mantelzorg.

3.e.5. Andere domeinen

Een behoefte aan AWBZ-zorg gaat vaak gepaard met een zorgvraag op een ander domein, zoals in de Wmo, onderwijs, arbeid of jeugdzorg. Omdat de beheersinstrumenten op die andere domeinen sterker zijn ontwikkeld dan die in de AWBZ, en het daar (i.t.t. de AWBZ) niet gaat om afdwingbare rechten maar om een voorziening, is er een prikkel voor afwenteling van zorg naar de AWBZ.

3.e.6. Het ministerie van VWS

Mogelijkheden beperkt

Omdat de sturingsmechanismen in het systeem niet 'automatisch' tot gepast gebruik leiden, ligt de druk om de kosten te beheersen vooral bij het ministerie van VWS. De mogelijkheden om de kosten te beheersen zijn voor VWS echter beperkt. Het zijn maatregelen aan het eind van de keten. Met andere woorden de plaats van de maatregelen in het proces is fout.

Regiobudgetten

Het instellen van regiobudgetten moet ertoe leiden dat zorgkantoren beheerst inkopen, maar een dergelijk budget past feitelijk niet in een verzekeringssysteem. Een ander middel is het beperken van de tarieven voor geleverde zorg. De mogelijkheid om de tarieven steeds maar te verlagen zonder ook de (verzekerings)prestatie neerwaarts bij te stellen,

zijn uiteraard beperkt. Tarieven die niet meer kostendekkend zijn leiden ofwel tot financiële problemen bij aanbieders, ofwel tot verschraling van de zorg.

Beleidsregels

Direct sturen op gepast gebruik van zorg kan alleen via het aansturen van het indicatieorgaan door middel van beleidsregels. De beleidsregels indicatiestelling kunnen de aanspraak zelf niet beperken. Dat kan alleen door het Bza aan te passen. Pakketmaatregelen zijn op zich echter geen maatregelen die gepast gebruik bevorderen.

Verzekerden die gebruik moeten maken van AWBZ-zorg zijn vaak langdurig afhankelijk van die zorg om een enigszins normaal leven te leiden. Dat maakt dat de politieke betrokkenheid bij deze zorg groot is. Met enige regelmaat ziet het ministerie zich genoodzaakt om inzet van AWBZ-zorg mogelijk te maken, waar dat gezien de regelgeving eigenlijk niet mogelijk is.

3.e.7. Conclusie

***AWBZ mist
intrinsieke
mechanismen***

Op grond van het bovenstaande is het CVZ van oordeel dat de AWBZ in zijn huidige vorm intrinsieke mechanismen mist die tot een helder en eenduidig gebruik van gepaste zorg leiden. Het gaat om een open systeem, waarin de omschrijving van de aanspraken veel meer lijkt te omvatten dan wat in de praktijk haalbaar is. De praktijk is weerbarstig doordat de prikkels in het systeem niet altijd de juiste kant opstaan. Dat betekent dat de beheersinstrumenten niet aan de voorkant (aanspraken) van het systeem worden ingezet, maar aan de achterkant, bij de zorglevering en bekostiging. Anders gezegd, worden in de aanspraken verwachtingen gewekt die door de kostenbeheersende financieringswijze onder druk komen te staan.

***Structurele
wijziging***

Deze conclusie noopt tot ingrijpende en structurele wijzigingen van het systeem voor AWBZ. Het CVZ vraagt hierbij in eerste instantie de aandacht voor de langdurige zorgbehoefte. Het CVZ start deze discussie vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid als pakketbeheerder. In de volgende

paragraaf geeft het CVZ een aanzet tot de discussie over de toekomst van de langdurige zorg.

3.f. De contouren van een nieuwe visie op de langdurige zorg

3.f.1. Centrale vraag

Noodzakelijk te verzekeren zorg

De vraag die voortvloeit uit de voorgaande analyse is: “Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte?”.

Deze vraag gaat vooraf aan de vraag hoe noodzakelijk te verzekeren zorg beter uitvoerbaar en beheersbaar kan blijven. We moeten deze vraag beantwoorden om te komen tot een concrete invulling van de adviezen uit eerder verschenen rapporten van de SER (*Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*), de RVZ (*Beter zonder AWBZ*) en het CVZ (*Toekomst AWBZ 2004*, *Signalement AWBZ: tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan 2004* en *Uitwerking Toekomst AWBZ; Zorg en participatie gegarandeerd in 2005*). De RVZ heeft benadrukt dat er voor een groep patiënten met een indicatie voor zwaar verblijf een aparte regeling moet blijven bestaan. De SER stelt dat de cliënt meer keuzevrijheid, regiemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid moet krijgen.

Veranderende opvatting verzorgingsstaat

Voor het CVZ is de centrale vraag wat de reikwijdte van de collectieve verantwoordelijkheid voor zorg moet zijn. Dit vraagstuk kunnen we alleen maar bezien in het licht van veranderende opvattingen over sociale zekerheid en de rol van de verzorgingsstaat. Het CVZ heeft daarom opdracht gegeven tot een achtergrondstudie naar de omslag van beschermende naar activerende verzorgingsstaat, zoals die zich de afgelopen decennia in Nederland en de meeste andere West-Europese verzorgingsstaten heeft voltrokken. Deze studie, getiteld *De toekomst van de langdurige zorg*, door Prof. dr. R. van der Veen, zal naar verwachting medio 2011 gepubliceerd worden.

Beleidsparadigma Wanneer we de AWBZ naast de kenmerken van het oude, beschermende en het nieuwe, activerende beleidsparadigma leggen, is de conclusie onvermijdelijk dat de AWBZ vooral de kenmerken van het oude paradigma vertoont. Alleen waar het gaat om ontwikkelingen in de richting van privatisering van de dienstverlening en de introductie van het PGB sluiten de ontwikkelingen in de AWBZ aan bij de kenmerken van het nieuwe paradigma.

Steun voor universele regeling Kijkend naar de opvattingen van de Nederlandse bevolking over de sociale rechten en plichten van burgers is de conclusie in de eerste plaats dat de steun voor een universele regeling van de zorgbehoefte van ouderen en kwetsbare groepen hoog is.

Wederkerigheid in sociaal beleid Tegelijkertijd is er echter ook steun voor een bepaalde mate van wederkerigheid. Dat betekent dat als mensen in staat zijn om een zekere eigen verantwoordelijkheid te nemen er steun is voor meer op preventie gericht beleid en voor selectiviteit binnen de voorziening van de langdurige zorg.

Binnen de randvoorwaarden van een activerend beleidsparadigma en een brede steun voor wederkerigheid in sociaal beleid zal de te verwachten herziening van de AWBZ vorm krijgen. De herziening zal ook plaats vinden vanuit het besef dat er grenzen worden gesteld aan de collectief verzekerde langdurige zorg.

3.f.2. Veranderende eisen, nieuwe oplossingen

Beginnelsen activerende verzorgingsstaat Door de ontwikkelingen in de sociale zekerheid te leggen naast de zorg, kunnen we ontwikkelingen in de zorg en in het verzekeringssysteem interpreteren. Van der Veen vat het algemene beginsel van de activerende verzorgingsstaat – vanuit perspectief sociale zekerheid – in de conceptstudie als volgt samen:

- mensen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor hun levensonderhoud;
- die verantwoordelijkheid strekt zich uit tot de sociale omgeving van de burger;

- wanneer de burger en zijn omgeving niet zelfstandig kunnen voorzien in het levensonderhoud is ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk;
- de collectieve ondersteuning dient zo te zijn ingericht dat het beroep zo gering mogelijk is en zo kort mogelijk duurt;
- hiertoe worden 'remmen' ingebouwd in het systeem die de perverse werking van het systeem moeten verminderen, en
- hiertoe zijn voorzieningen niet alleen gericht op ondersteuning, maar ook op herstel van autonomie en op preventie.

Activering niet voor allen

Activering kan niet voor iedereen het doel zijn. Voor bepaalde groepen blijft bescherming het centrale doel. Voor iedereen is het belangrijk dat zorg kwalitatief goed is. Dat betekent dat zorg zoveel mogelijk maatwerk is, waar nodig continu en in samenhang met andere levensterreinen. De groep gebruikers van langdurige zorg is zeer divers en daar zal de verzekerde zorg ook bij aan moeten sluiten. Dat betekent dat meer responsiviteit in het systeem gebracht moet worden.

3.f.3. Uitwerking

Uitgangspunten voor toekomst langdurige zorg

De volgende stap voor het CVZ is de eerdere adviesrapporten over de AWBZ/langdurige zorg en de bovenstaande uitgangspunten van de activerende verzorgingsstaat te vertalen naar concrete adviezen over de inhoud en omvang van de collectief gefinancierde zorg. Het CVZ doet dat in het besef dat over de richting minder discussie bestaat dan over wat er concreet moet gebeuren om verder te komen. In het algemeen is de houdbaarheid van een stelsel van collectief verzekerde zorg gebaat bij zo helder mogelijke regelgeving en duidelijke systeemkeuzes. Het CVZ heeft hiertoe een aantal uitgangspunten geformuleerd waarover het een publiek debat zal voeren:

Activerend

- Het systeem (vorm en inhoud) van collectief verzekerde langdurige zorg draagt bij aan een activerende verzorgingsstaat. Dit betekent dat maatwerk moet worden geleverd waarbij de nadruk komt op ondersteunen van

mensen en niet op het overnemen van zorg (en verantwoordelijkheid).

Alleen zorg

- De collectief verzekerde zorg omvat alleen zorg. De zorgverzekering maakt de collectief te verzekeren zorg toegankelijk en wordt niet ingezet ter ondersteuning van niet-zorg zoals wonen of begeleiding.

In samenhang

- De noodzakelijke samenhang binnen de zorg en tussen de zorg en aangrenzende domeinen als welzijn, wonen, onderwijs, werk, forensische zorg en jeugdzorg is gewaarborgd.

***Soms bescherming
i.p.v. activering***

- Voor een beperkt aantal mensen staat bescherming centraal en niet activering. Wij noemen dit de zwaarste te verzekeren zorgbehoefte. Bij deze zwaarste te verzekeren zorgbehoefte hoort allesomvattende zorg in de zorgverzekering. Deze omvat zowel op gezondheidszorg gerichte activiteiten als op sociale interactie gerichte activiteiten als de woon- en toezichtfunctie.

3.f.4. Publiek debat en adviezen

***Consequenties in
beeld***

Bovenstaande uitgangspunten vragen om invulling en concrete uitwerking. Wat betekenen zij voor zorgvrager en zorgprofessional, wat verandert er voor zorgverzekeraar of gemeente? Om de consequenties ervan in beeld te brengen, organiseert het CVZ een publiek debat met betrokken partijen.

Centrale vragen

In het debat staan de volgende vragen centraal:

- Hoe ziet toekomstbestendige langdurige zorg eruit in de dagelijkse praktijk?
- Kan dat nu al?
- Onder welk systeem en onder welke voorwaarden kan de noodzakelijk te verzekeren zorg het best worden vormgeven?
- Welke veranderingen zijn daarvoor nodig?

Randvoorwaarden

In het debat zullen ook de noodzakelijke randvoorwaarden, waaronder de beheersbaarheid van het systeem en de

betaalbaarheid en financiering ervan, onderwerp van gesprek zijn.

Adviezen

Het CVZ zal op basis van de uitkomsten van dit debat concrete adviezen uitbrengen over opsplitsing en herverdeling van functies met als doel het activerende karakter én de houdbaarheid van het systeem te stimuleren. De houdbaarheid van een systeem is gebaat bij directe sturing zoals in de ZVW en Wmo.

Onderwerpen die in CVZ-adviezen over de langdurige zorg aan bod zullen komen zijn:

1. de definitie van de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte, de nieuwe kern van de langdurige zorg in de verzekerde zorg;
2. de positionering van extramurale verpleging en verzorging in de Zvw;
3. de overheveling van de functie behandeling van de AWBZ naar de Zvw;
4. de overheveling van de functie begeleiding uit de AWBZ naar de Wmo met de bedoeling om een duidelijke grens te trekken tussen zorg en ondersteuning;
5. het scheiden van wonen en zorg. De fysieke plaats van verblijf is niet langer automatisch onderdeel van de verzekerde zorg.

Bij het uitwerken van bovenstaande onderwerpen zal het CVZ expliciet aandacht besteden aan de verschillende zorgvragen en doelgroepen van zorggebruikers.

Verpleging in de wijk

Het rapport *Verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd*, dat het CVZ in december 2010 uitbracht, past in de lijn van de hiervoor beschreven visie. De conclusie van het CVZ is dat het beleidsmatig wenselijk is om de verpleging in de eigen omgeving volledig onder te brengen in één wettelijk systeem, de Zvw.

4. Methodiek van pakketbeheer

4.a. Inleiding

In dit hoofdstuk besteedt het CVZ aandacht aan de verdere ontwikkeling van zijn beoordelingssystematiek. We gaan dieper in op het criterium ziektelast en het onlangs gepubliceerde beoordelingskader voor medische tests. Ten slotte besteedt het CVZ aandacht aan het pakketbeheer in internationaal perspectief.

4.b. Ziektelast

Kwaliteit van leven

Een kwaliteit van leven (KvL) wegingsfactor van een ziekte is een maat voor de ernst van de gevolgen van die ziekte voor het fysiek, psychisch en sociaal functioneren van patiënten. De invloed van de ziekte op de KvL kan op verschillende manieren worden vastgesteld. Meestal gebeurt dit met behulp van gestandaardiseerde en gevalideerde KvL vragenlijsten in een dwarsdoorsnede van de algemene populatie. Dit begrip lijkt eenvoudig maar er zijn nog veel punten van discussie. Bijvoorbeeld: hoe passen we dit toe bij preventieve interventies; in welke populatie meten we (gezonde mensen of zieke mensen); is leeftijd een factor waarmee rekening gehouden wordt; hoe specifiek moeten we zijn. Van dat laatste een voorbeeld: 'de' ziektelast voor de aandoening mammacarcinoom is haast niet te bepalen. Deze aandoening kent diverse stadia (wel of niet metastasen bijvoorbeeld). Moeten we dan voor ieder stadium een KvL wegingsfactor hebben om ermee te kunnen werken? Als je een gemiddelde KvL wegingsfactor hanteert voor de aandoening als geheel kun je waarschijnlijk wel goed rekenen (op populatieniveau), maar niet afkappen. Een laatste, hier relevant probleem is dat er nauwelijks gegevens bestaan over lage ziektelast. Daar is het begrip immers niet voor ontwikkeld. Als we in de lage regionen het ziektelast getal gaan gebruiken als afkappunt, zullen we dat eerst moeten gaan bepalen.

<i>Verdere uitwerking</i>	Het CVZ werkt, in samenwerking met het iMTA, aan de operationalisatie van het begrip 'ziektelast'. Bij de beoordeling van 'noodzakelijkheid' gaat het in de huidige systematiek van pakketbeheer om twee verschillende aspecten. Het gaat om de ernst van de ziekte ofwel de ziektebelasting en over de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. In deze paragraaf gaan we verder in op het begrip ziektebelasting.
<i>Wat is ziektebelasting</i>	Ziektebelasting is de mate van verlies van gezondheid als gevolg van een aandoening. Dit kan worden uitgedrukt in een getal: een kwaliteit van leven gewicht. Zo'n getal maakt het mogelijk om bijvoorbeeld de ziektebelasting van aandoeningen met elkaar te vergelijken of om afkappunten te benoemen, wanneer we een besluit willen nemen over opname of verwijdering van een interventie in het pakket (mede) op basis van gegevens over de ziektebelasting van de aandoening waarop deze interventie is gericht.
<i>Lage ziektebelasting</i>	Het verwijderen van behandelingen voor aandoeningen met een lage ziektebelasting uit het basispakket kan bijdragen aan een gepast gebruik van dat basispakket en daarmee aan een verantwoord pakketbeheer. Vanuit deze optiek zijn de voornemens in het Regeerakkoord om op basis van lage ziektebelasting behandelingen uit het pakket te halen, niet slechts te beschouwen als een incidentele bezuinigingsmaatregel, maar passen zij binnen een coherente beoordelingssystematiek. Daarom kan het CVZ zich vinden in de redenering dat behandelingen van aandoeningen met een lage ziektebelasting niet collectief moeten worden verzekerd. Maar de uitvoering ervan is ingewikkeld.
<i>Heroverweging curatieve zorg</i>	Dat bleek al bij een haalbaarheidstoets die het CVZ heeft uitgevoerd op een voorstel van de Werkgroep heroverwegingen curatieve zorg (maart 2010). In dat voorstel maakte de werkgroep een eigen inschatting van de ernst van aandoeningen op basis van gegevens uit het DBC systeem ¹⁰ .

¹⁰ Indeling ernst van ziekte in een zelf ontwikkelde schaal van 1 tot 5. Dit is een andere indeling dan die in de wetenschappelijke literatuur wordt toegepast.

Verwijdering van met minimale ziektelast gemarkeerde DBC's uit het basispakket zou tot een besparing van meer dan 2 miljard kunnen leiden. Analyse van de gedane aannames leidde tot de conclusie dat dit voor hoogstens een kwart van het bedrag "mogelijk realistisch" was. De inschatting van de ziektelast bleek niet zorgvuldig én het DBC-systeem is hiervoor niet geschikt.

4.c. Medische tests

Het CVZ wordt in toenemende mate geconfronteerd met vragen over de toelating van medische tests tot het basispakket. Met de term medische tests bedoelt het CVZ alle interventies die worden gebruikt voor diagnose, prognose, voorspelling of vervolg van ziekte bij een persoon. Deze kunnen van uiteenlopende aard zijn; van vragenlijsten of chirurgische exploraties tot en met geavanceerde beeldvorming.

Uitgangspunt in de Zvw is dat 'de stand van de wetenschap en praktijk' mede bepalend is voor de beantwoording van de vraag of zorg is aan te merken als een te verzekeren prestatie. Alleen zorg die effectief is, kan deel uitmaken van het basispakket. Het CVZ heeft in 2007 in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (www.cvz.nl) aangegeven welke werkwijze het toepast om te bepalen of zorg voldoet aan genoemd criterium. De in dat rapport beschreven uitgangspunten gaan in beginsel ook op voor medische tests.

Expliciete uitwerking

Het CVZ geeft in het rapport Medische Tests echter meer expliciet een uitwerking van het toetsingskader voor medische tests. Dit is enerzijds noodzakelijk omdat de methodologie voor de evaluatie van tests wetenschappelijk volop in ontwikkeling is en het CVZ hierbij wil aansluiten. En anderzijds heeft het uitbrengen van het rapport Medische Tests ook als doel aan het veld te laten zien welke uitgangspunten en methoden het CVZ hanteert bij de beoordeling van die tests.

Test-plus-behandeling-

In de kern gaat het er om dat voor een positieve beoordeling het gebruik van de medische test aantoonbaar positieve

strategie

effecten moet hebben op de aan de gezondheidgerelateerde uitkomsten bij degenen die getest worden. Over het algemeen wordt uiteraard na een test een vervolgtraject (de behandeling) ingezet op geleide van de testuitslag en gaat het niet om de directe effecten van de test zelf. Het complete traject, 'de test-plus-behandeling-strategie', wordt dan ook beoordeeld. De term 'behandeling' wordt hier in brede zin bedoeld. Het gaat om alle interventies die op basis van de test toegepast worden en die invloed hebben op de uiteindelijke uitkomst voor de patiënt. Deze interventies kunnen zeer divers zijn en bijvoorbeeld bestaan uit therapeutische ingrepen, medicatie, aanvullende tests of wachtperiodes.

Klinisch nut

Bij de beoordeling van de effectiviteit van een test wordt dus dit hele traject - de test-plus-behandeling-strategie - beoordeeld op effectiviteit, ook wel omschreven als klinisch nut. Door het beoordelen van vergelijkend onderzoek tussen de gebruikelijke ('oude') en de voorgestelde ('nieuwe') test-plus-behandeling-strategie kan het klinisch nut van de nieuwe strategie worden bepaald. Helaas ontbreekt dergelijk onderzoek vaak. Wanneer dit rechtstreekse bewijs ontbreekt, gaat het CVZ door middel van de constructie van een vergelijkend analyseraam na of indirect bewijs behulpzaam kan zijn voor beantwoording van de vraag naar het klinisch nut.

Het CVZ past de in dit rapport beschreven werkwijze toe. Mogelijk is dat, op basis van ervaringen hiermee of op basis van wetenschappelijke ontwikkelingen, de geschetste werkwijze op termijn (op onderdelen) aanpassing/verfijning behoeft. Het CVZ heeft het rapport Medische Tests op zijn website geplaatst (www.cvz.nl).

4.d. Internationaal***4.d.1. Inleiding******Samenwerkingsverbanden***

De inhoud en omvang van de sociale ziektekostenverzekeringen is een nationale aangelegenheid. Elk land in Europa beslist dus zelf over opname en uitsluiting

van zorg in de sociale ziektekostenverzekering of een daarmee vergelijkbaar systeem. Toch is elk land met min of meer dezelfde beoordelingen bezig en worstelt ook met vergelijkbare methodologische problemen. Vanuit Brussel, maar ook vanuit mondiale en bilaterale internationale contacten ontstaan samenwerkingsverbanden die beogen kennis te delen. Het CVZ ziet het belang van internationale samenwerking en besteedt dan ook aandacht aan internationale ontwikkelingen door een belangrijke rol te spelen in enkele projecten. Deze projecten vergroten de kennis en ervaring van het CVZ, waardoor de kwaliteit en efficiency van beoordelingen toenemen. Op termijn is mogelijk enig niveau van gemeenschappelijke beoordelingen te bereiken.

Het aantal internationale initiatieven is groot. CVZ kiest ervoor om op dit moment een bijdrage te leveren aan een aantal samenwerkingsverbanden, dat direct een bijdrage levert aan de positie van het CVZ en waarvan opbrengsten ook nu al bruikbaar zijn voor het beoordelingswerk. Daarnaast zal het CVZ op basis van deze activiteiten bezien aan welke andere internationale netwerken deelname noodzakelijk is om de implementatie en verwezenlijking van deze opbrengsten te vergemakkelijken.

4.d.2. EUnetHTA

EUnetHTA

Het CVZ neemt deel aan het Europese netwerk voor Health Technology Assessment – EUnetHTA – dat zich in verschillende projectgroepen richt op het delen van kennis over en het ontwikkelen van methoden voor de evaluatie van gezondheidstechnologie.

Het CVZ is leading partner van de projectgroep die zich bezighoudt met de relatieve effectiviteit van geneesmiddelen (WP5). Het doel van het project is methoden en hulpmiddelen te ontwikkelen voor het beoordelen van de relatieve effectiviteit van geneesmiddelen in Europa. Daarbij speelt voornamelijk de vraag: wat is de specifieke meerwaarde van een geneesmiddel ten opzichte van de standaardbehandeling? In het project nemen 30 andere organisaties uit 22 Europese

landen deel en het loopt van 1 januari 2010 tot december 2012. Vervolg is voorzien voor na 2012.

Het uiteindelijke doel is om eind 2012 op een internationaal congres een (Europees) model te presenteren voor de beoordeling van de relatieve effectiviteit van geneesmiddelen. Hierbij horen ook richtlijnen voor lastige methodologische vraagstukken. In 2011 zullen we binnen dit project een achtergrondstudie publiceren waarin de beoordelingmethodiek van meer dan 30 landen in kaart is gebracht. Daarnaast zullen we in 2011 een conceptbeoordeling van een (groep van) geneesmiddel(en) uitvoeren dat in 2012 moet leiden tot een verbeterd beoordelingsmodel. Het CVZ voorziet dat dit beoordelingsmodel en richtlijnen na 2012 ook kunnen worden ingezet bij de huidige nationale beoordeling van de therapeutische waarde van geneesmiddelen.

Binnen de kaders van dit project loopt ook een samenwerkingsverband met de Europese registratie autoriteit voor geneesmiddelen (European Medicines Agency: EMA) om de Europeaan Assessment Report (EPAR) geschikter te maken voor vergoedingsvraagstukken.

Het CVZ neemt ook deel aan andere activiteiten binnen EUnetHTA maar is daar geen leading partner. Het gaat om activiteiten die ook andere zorgvormen (waaronder hulpmiddelen) dan geneesmiddelen betreffen:

- een database waarin leden van EUnetHTA lopende onderwerpen bijhouden;
- het ontwikkelen van een beoordelingsmodel voor screening (HTA Core Model for Screening Technologies);
- het ontwikkelen van een online applicatie voor het HTA Core Model. Deze applicatie moet het mogelijk maken om in Europees verband een uniform online sjabloon te gebruiken voor de beoordeling van gezondheidstechnologieën;
- het ontwikkelen van een database waarin lopende onderzoeken (bijvoorbeeld registraties) voor het beantwoorden van pakketvragen op Europees niveau

- kunnen worden geregistreerd;
- methodologie die ontwikkeld wordt op basis van een aantal van deze activiteiten zal ook worden ingezet binnen het ‘academia’ project.

MEDEV

4.d.3. MEDEV

CVZ is lid van the Medicine Evaluation Committee (MEDEV) en levert tot en met 2012 het voorzitterschap van de MEDEV. Dit is een informele werkgroep met als hoofddoel het tijdig uitwisselen van informatie over lopende en geplande activiteiten met betrekking tot geneesmiddelenbeleid. Deelnemers zijn 25 zogenaamde “Competent Authorities” uit 20 landen op het gebied van het beoordelen en vergoeden van geneesmiddelen.

Resultaten:

- gezamenlijke geneesmiddelenbeoordelingen;
- input voor positionpapers van European Social Insurance Platform (ESIP);
- zes deelnemers hebben in een pilot een wetenschappelijk advies opgeleverd aan een farmaceutisch bedrijf. Een advies vóórdat het bedrijf investeert in de kapitaal intensieve fase III¹¹ studies heeft naar verwachting een positieve impact op de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen (zie ook overige activiteiten).

MEDEV werkt samen met de EMA, Europese departementen (Directorate General for Enterprise and Directorate General for Health & Consumers), koepels van industrie en patiëntenorganisaties.

MEDEV en WP5 EUnetHTA hebben een complementaire rol: methodiekontwikkeling (EUnetHTA) en snelle beoordeling en uitwisseling (MEDEV). Beide zaken moeten de productie van CVZ-beoordelingen beter en efficiënter maken.

¹¹ Fase 3 studies zijn gerandomiseerde, gecontroleerde multicenter studies met grote groepen geïncludeerde patiënten (vaak 300 – 3000 patiënten).

4.d.4. Overige activiteiten

Tapestry Networks CVZ werkt in samenwerking met collega's uit Engeland, Frankrijk en Zweden mee aan een pilot (organisatie: Tapestry Networks) waarin in een zeer vroege fase van de ontwikkeling van een geneesmiddel wetenschappelijk advies aan een fabrikant wordt gegeven over welke data wenselijk zijn om het geneesmiddel in de toekomst vanuit vergoedingsperspectief te kunnen beoordelen.

Presentaties Het CVZ geeft regelmatig internationale presentaties over zijn werk, met name in relatie tot een aantal internationale netwerken met betrekking tot pakketadvies: Health Technology Assessment International (HTAi), ISPOR¹² Health Technology Assessment Council, International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Network Meeting Competent Authorities on Pricing and Reimbursement.

¹² International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research

5. Adviezen

5.a. Inleiding

Vastgestelde adviezen

In dit hoofdstuk is een korte samenvatting opgenomen van alle adviezen die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2010 heeft uitgebracht. De integrale tekst van de adviezen vindt u in bijlage 5.

Verskillende aanleidingen

Aanleiding voor het opstellen van deze adviezen zijn onder meer: vernieuwingen in de zorg, het bevorderen van gepast gebruik, maatschappelijke ontwikkelingen en signalen uit de uitvoeringspraktijk. De methodiek die het CVZ voor zijn advisering hanteert is beschreven in hoofdstuk 4.

Nadruk

Het CVZ heeft in 2010 de extra nadruk gelegd op het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Dit heeft tot gevolg gehad dat het CVZ voornamelijk systeemadviezen heeft uitgebracht. Tevens is extra nadruk gelegd op de standpunten die zijn opgenomen in hoofdstuk 6.

5.b. Instroom-, geen instroomadviezen en nadere voorwaarden

Geneesmiddelen- beoordeling

Het CVZ adviseert de minister van VWS gedurende het hele jaar over de opname van geneesmiddelen in het te verzekeren pakket van de Zvw volgens de wettelijk vastgestelde procedures. Ook adviseert het CVZ de NZa over de opname van geneesmiddelen in de beleidsregels Dure geneesmiddelen en Weesgeneesmiddelen. Deze beoordelingen zijn gepubliceerd op de website van het CVZ (www.cvz.nl). Als voorbeeld vatten we hierna een aantal geen instroomadviezen samen.

1. Alitretinoïne (Toctino®)

Capsules voor gebruik door volwassenen met chronisch, ernstig handeczeem, dat niet verbetert bij lokaal gebruik van sterke corticosteroïden.

Alitretinoïne was niet onderling vervangbaar met ciclosporine,

omdat dat voornamelijk voor andere aandoeningen werd gebruikt. Plaatsing op bijlage 1A was dus niet mogelijk. Bij afwezigheid van een standaardbehandeling beoordeelde de CFH de therapeutische waarde van alitretinoïne ten opzichte van die van placebobehandeling. Daaruit volgde een meerwaarde. Toch kon alitretinoïne niet op bijlage 1B worden opgenomen, omdat de aanvragende fabrikant de doelmatigheid onvoldoende had onderbouwd en het middel daarmee niet voldeed aan de criteria voor opname in het GVS. Het komt niet vaak voor dat een product wordt geweigerd voor het GVS op basis van tekortkomingen in het farmaco-economische deel van het dossier.

2. Dronedarone (Multaq®)

Tabletten voor gebruik door volwassen, klinisch stabiele patiënten met niet-permanent atriumfibrilleren of een voorgeschiedenis daarvan, om het heroptreden van atriumfibrilleren te voorkomen of om de ventrikelfrequentie te verlagen.

Dronedarone was niet onderling vervangbaar met het referentiemiddel amiodaron, omdat het minder effectief was op de controle van het sinusritme. Opname op bijlage 1A kon dus niet. Vanwege de therapeutische minderwaarde kwam het middel ook niet in aanmerking voor opname op bijlage 1B. De fabrikant, de patiënten en de beroepsgroep hebben er tevergeefs op gewezen dat dronedarone wel een plaats heeft gekregen in de Europese richtlijnen voor de behandeling van atriumfibrilleren.

3. Lapatinib (Tyverb®)

Tabletten voor gebruik, in combinatie met capecitabine, door vrouwen met gevorderde of gemetastaseerde borstkanker, bij wie de tumor Her2-overexpressie heeft en de ziekte progressief is na eerdere behandeling met een antracyclinederivaat, een taxaan en trastuzumab.

Lapatinib was niet onderling vervangbaar met middelen in het GVS, omdat de referentiemiddelen niet in het GVS waren opgenomen. Plaatsing op bijlage 1A was dus niet mogelijk. Als tweedelijnsbehandeling bij trastuzumab had het middel een

therapeutische minderwaarde ten opzichte van trastuzumab-capecitabine en trastuzumab-vinorelbine. Als derdelijnsbehandeling, wanneer trastuzumab niet zinvol meer is, had lapatinib een gelijke therapeutische waarde als capecitabine en vinorelbine. De geraamde meerkosten daarvan bedroegen 3,3 miljoen euro per jaar. Daarmee genereerde het middel kosten terwijl het niet meer therapeutische waarde bood. Dat is de reden dat CVZ adviseerde het middel niet in het GVS op te nemen. Ook dit middel heeft een plaats in de richtlijnen van de beroepsgroep, maar deze plaats is niet met goed klinisch onderzoek onderbouwd.

4. Oxycodon-naloxon (Targinact®)

Tabletten ter behandeling van ernstige pijn die alleen met opioïde analgetica adequaat kan worden behandeld. De referentiebehandeling van dit combinatiepreparaat bestond uit oxycodon in combinatie met een optimaal laxansregime. Voor de beoordeling van de onderlinge vervangbaarheid met enig in het GVS opgenomen middel, was alleen oxycodon beschikbaar. Oxycodon-naloxon was hiermee niet onderling vervangbaar, omdat het gepaard ging met minder klachten van obstipatie. Bijlage 1A was dus geen optie. De therapeutische waarde was niet te beoordelen aangezien onderzoeksgegevens ontbraken over de effectiviteit in de doelpopulatie. Dat leidde tot het oordeel 'therapeutische minderwaarde' en tot het advies het middel niet op te nemen op bijlage 1B. De conclusies dat het product minder bijwerkingen heeft dan oxycodon en tegelijkertijd niet meer therapeutische waarde dan oxycodon met een optimaal laxansregime, volgen logischerwijs uit de gevolgde beoordelingsmethode. Toch besloot de fabrikant te procederen. Vooralsnog is de conclusie overeind gebleven.

5. Icatibant (Firazyr®)

Oplossing voor subcutane injectie ter symptomatische behandeling van acute aanvallen van erfelijk angio-oedeem bij volwassenen met C1-esterase-inhibitor-deficiëntie. Icatibant had een gelijke therapeutische waarde als C1-esterase-inhibitor. Omdat de referentiebehandeling niet op de

beleidsregel Weesgeneesmiddelen stond, adviseerde CVZ om icatibant ook niet op deze beleidsregel op te nemen. Het is niet eerder voorgekomen dat CVZ bij een afwijzing verwees naar de beschikbaarheid van een alternatief buiten de beleidsregels.

5.c. Systeemadviezen

Het CVZ heeft de volgende systeemadviezen met betrekking tot de Zvw en AWBZ uitgebracht:

5.c.1. In de Zvw

1. De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk (augustus 2010)

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bestaat uit advies over en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering. De interventie is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. Het CVZ is van oordeel dat de gecombineerde leefstijlinterventie als één samenhangende prestatie een plaats moet krijgen in het Besluit zorgverzekering. Nu is deze zorg grotendeels te verzekeren zorg, maar geregeld in afzonderlijke onderdelen van de Zvw (Bzv)

Het CVZ adviseert deze interventie per 1 januari 2012 integraal in de regelgeving op te nemen. De doelgroep die in aanmerking komen voor de interventie is groot en divers samengesteld. Voor een doelmatige en gepaste aanpak is het belangrijk dat richtinggevende documenten als een zorgstandaard beschikbaar zijn. De Zorgstandaard Obesitas is op 25 november 2010 vastgesteld. Het is belangrijk om zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruim tijd te gunnen om het aanbod onder de basisverzekering voor te bereiden.

Het CVZ heeft een kostenonderzoek laten uitvoeren rond de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. Naast de kosten van de GLI, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend. Het iMTA raamt het saldo van kosten

en opbrengsten in jaar 1 op ca. 51 miljoen euro. Een gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met jaar 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10 (dit saldo geldt voor kosten en opbrengsten binnen de zorg). Bij de berekening vanuit maatschappelijk perspectief raamt het iMTA de opbrengst in jaar 10 op 192 miljoen euro.

2. Behandeling bovenoogleden (juni 2010)

De klinisch medisch specialisten zijn van mening dat de pakketmaatregel uit 2005 ertoe heeft geleid dat bepaalde groepen patiënten, voor wie een bovenooglidcorrectie medisch noodzakelijk is, deze ten onrechte niet vergoed krijgen.

Op verzoek van het CVZ hebben de NVPC en het NOG gezamenlijk criteria vastgesteld wanneer een bovenooglidcorrectie medisch noodzakelijk is.

Het CVZ concludeert dat het mogelijk is om een eenduidig en toepasbaar criterium te formuleren dat kan rekenen op draagvlak bij de beroepsgroepen en ZN en waarmee de aanspraak goed zou zijn af te grenzen.

3. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg: spijsverteringsstelsel (februari 2011)

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding functiegericht te omschrijven. In functiegerichte terminologie is hierbij sprake van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel of aan ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop. Als een voedingspomp in de thuissituatie wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist is sprake van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden' en niet van 'hulpmiddelenzorg'. Omdat dit standpunt over de afbakening tussen beide te verzekeren prestaties niet overeenkomt met de uitvoeringspraktijk, stelt het CVZ voor deze functiegerichte omschrijving pas door te voeren per 1 januari 2014, zodat

partijen de gelegenheid hebben de desbetreffende DBC's en de uitvoeringspraktijk aan te passen overeenkomstig dit standpunt.

Eetapparaten zijn in de huidige regelgeving genoemd onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor het toedienen van voeding', maar zouden in feite ook onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie kunnen vallen'.

In ICF-termen is sprake van een stoornis in de functie van het bewegingssysteem. Om die reden stelt het CVZ voor de eetapparaten vanaf 1 januari 2012 alleen nog te laten vallen onder de hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.

4. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg: visuele functie (februari 2011)

Het CVZ adviseert de huidige functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie uit te breiden met die hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten, zoals lezen, schrijven, gebruik van telecommunicatieapparatuur, het om obstakels heenlopen en de oriëntatie. Het gaat daarbij om communicatiehulpmiddelen en bepaalde hulpmiddelen voor de mobiliteit. De financiële gevolgen van dit systeemadvies raamt het CVZ op € 1,2 tot 1,7 miljoen per jaar.

5. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg: spreken (februari 2011)

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die gebruikt worden ter compensatie van beperkingen in het spreken functiegericht te omschrijven. Het betreft hier de in de huidige Regeling omschreven 'spraakvervangende hulpmiddelen'.

5.c.2. In de AWBZ

6. AWBZ-zorg in en om ADL clusterwoning (september 2010)

De bewoners van ADL-clusterwoningen ontvangen op dit

moment in en om hun woning zorg op afroep die gesubsidieerd wordt uit de Regeling subsidies AWBZ. Daarnaast hebben zij de mogelijkheid om voor AWBZ-zorg op afstand van hun woning een persoonsgebonden budget (PGB) te krijgen of zorg in natura van een andere zorgaanbieder dan degene die de zorg in de ADL-clusterwoning verleent. Per 1 januari 2012 zal de subsidie vervallen. De zorg aan de bewoners van een clusterwoning (zowel in en om hun woning als daarbuiten) zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg.

Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om een bepaalde geïndiceerde zorgvorm deels in de vorm van een PGB, deels als naturazorg te krijgen. De overgang naar de AWBZ betekent dus dat de bewoners van een ADL-clusterwoning beperkt zullen worden in hun vrijheid om zelf keuzes te maken over de zorg op afstand van hun woning. Omdat de minister vindt dat de bewoners van een ADL-clusterwoning geen hinder mogen ondervinden van de overgang naar de AWBZ, heeft het CVZ op diens verzoek in kaart gebracht hoe is te bereiken dat de bewoners ook na 1 januari 2012 de mogelijkheid behouden om hun AWBZ-zorg op afstand van hun woning te regelen met een PGB of te betrekken van een naturazorgaanbieder van hun voorkeur. Het rapport beperkt zich tot uitspraken over de technische uitvoerbaarheid van de door de minister gewenste deelbaarheid van functies.

5.c.3. Zvw en AWBZ

7. Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd (december 2010)

Het CVZ adviseert over hoe de zorgvraag en het zorgaanbod in de eigen omgeving van de verzekerde zich ontwikkelen en welke rol de verpleegkundige (zorg) kan spelen bij het antwoord van de eerstelijnszorg hierop.

Dit is het vervolg op het rapport Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ, dat het CVZ in 2009 heeft uitgebracht. In dat rapport is beschreven hoe de verpleging in de eigen omgeving wettelijk is geregeld. De conclusie was dat de verpleging in de eigen omgeving nu, deels, zowel onder de

Zvw als onder de AWBZ kan vallen. Het zou wenselijk zijn om de verpleging in de eigen omgeving volledig onder te brengen in één wettelijk systeem.

Het CVZ heeft onderzocht wat er geregeld moet zijn om de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving die rol te kunnen geven en heeft de volgende vragen gesteld:

- Hoe past de verpleging in de eigen omgeving in de Zvw.
- Wat is de inhoud en omvang van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.
- Welke gevolgen zijn er voor de zorgaanspraken binnen de AWBZ.
- Welke uitvoeringsconsequenties zijn er voor zorgverzekeraars, de financiering en de bekostiging.

Het CVZ komt tot de conclusie dat het wenselijk en mogelijk is de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een welomschreven plek te geven binnen de Zvw, die uitgaat van de zorgvraag en ruimte biedt voor de professionele ontwikkeling van de beroepsgroep. Om nieuwe afbakeningsproblemen te vermijden, adviseert het CVZ om ook alle persoonlijke verzorging naar de Zvw over te hevelen. Tevens stelt het CVZ voor om de verpleegkundige en persoonlijke verzorging voor verzekerden met een verblijfsindicatie (zorgzwaartepakket) die er uitdrukkelijk voor kiezen in hun eigen woning te blijven, ten laste van de Zvw te brengen. Om deze wijzigingen te realiseren, adviseert het CVZ een wetswijziging.

Het opheffen van de kunstmatige scheidslijn tussen de Zvw- en AWBZ-verpleging in de eigen omgeving geeft een basis voor integrale zorg in de eerste lijn.

Bij het herschikken van deze zorg onder de Zvw verschuiven er lasten van AWBZ naar Zvw. Dat heeft gevolgen voor de verdeling van lasten voor de zorgverzekeringen tussen werkgevers en werknemers. Het CVZ geeft inzicht in deze consequenties.

6. Standpunten

6.a. Inleiding

In dit hoofdstuk belicht het CVZ de standpunten die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2010 heeft ingenomen. Deze standpunten zijn integraal opgenomen in bijlage 5.

Bij sommige zorgvormen komt het voor dat het CVZ van mening is dat een deel van die zorg wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een deel niet. In die situatie is het standpunt als geheel opgenomen in paragraaf 6.c.

6.b. Het belang van standpunten

Nadruk 2010

In 2010 heeft het CVZ meer nadruk gelegd op standpunten. Met het innemen van standpunten bepaalt het CVZ welke interventies al dan niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw en de AWBZ behoren. Standpunten hebben een grote impact omdat zij duidelijkheid verschaffen over de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Immers, een groot deel van de te verzekeren prestaties kent een 'open', in algemene termen gestelde, omschrijving. Dergelijke omschrijvingen laten ruimte voor interpretatie. Door daarover uitspraken te doen (een standpunt in te nemen), verschaft het CVZ duidelijkheid voor zowel verzekeraars als verzekerden.

Zvw

Het CVZ heeft bij de standpunten in de Zvw uitdrukkelijker aangeven welke zorg wel en niet voldoet aan het wettelijk criteria 'stand van de wetenschap en praktijk', 'plegen te bieden', bij welke indicatiegebieden de zorg bewezen effectief is en op welk moment in de stepped care benadering de behandeling een plaats verdient.

AWBZ

Bij de AWBZ gaat het eveneens om effectiviteitsvraagstukken, maar ook over verduidelijking van inhoud en omvang van de aanspraken en beleidsregels. Daarnaast speelt de afgrenzing

van AWBZ en overige wettelijke regelingen voor zorg en ondersteuning een rol. Standpunten worden in de AWBZ ook ingenomen bij de advisering over geschillen als het onderwerp van geschil een bredere toepassing heeft dan het onderhavige geschil zelf. Ook over uitvoeringsregels (bevoegdheidsverdeling) zijn standpunten opgenomen.

Randen van het pakket

Standpunten zijn temeer van belang omdat deze vaak betrekking hebben op 'de randen van het pakket'. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afbakening tussen zorg en (selectieve) preventie, de afbakening met andere wettelijke voorzieningen, maar ook om de vraag of de zorg nog als experimenteel moet worden beschouwd of niet. De standpunten die het CVZ inneemt verschaffen duidelijkheid over wat wel en niet tot het zorgdomein behoort.

Handreikingen aan partijen

Via het innemen van standpunten geeft het CVZ handreikingen aan verzekeraars, het CIZ, de zorgkantoren en de NZa, om alleen bewezen effectieve zorg te vergoeden vanuit het basispakket en de AWBZ, en geen zorg ten laste van de Zvw of AWBZ te brengen die tot een ander domein behoren. Dit bevordert de kwaliteit en leidt tot een efficiëntere besteding van de voor de zorg beschikbare middelen. Hierdoor leveren standpunten een belangrijke bijdrage aan gepast gebruik.

6.c. Standpunten CVZ: (deels) te verzekeren zorg

Hieronder geeft het CVZ een overzicht van de belangrijkste standpunten met betrekking tot de Zvw en de AWBZ.

6.c.1. In de Zvw

1. Aanvraag MRI door een huisarts in de Zvw (april 2010)

Een MRI voldoet als diagnostisch middel bij de indicaties zoals gesteld in richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen naar het oordeel van het CVZ aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. De uitvoering van een MRI behoort tot de zorg zoals een medisch-specialist die pleegt te bieden.

Het CVZ is van mening dat de aanvraag van een huisarts voor een MRI bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep, behoort tot het aanvaarde zorgarsenaal van huisartsen en dat dit zorg is zoals huisartsen plegen te bieden. Daarmee behoort het aanvragen van de diagnostiek en het gebruikmaken van de resultaten ervan, indien is voldaan aan de voorwaarde dat dit is omschreven in de richtlijnen en standaarden, tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Dus niet elke MRI aangevraagd door een huisarts hoeft te verzekeren zorg te zijn.

2. Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering (mei 2010)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het document prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg opgesteld. Hierin is de farmaceutische zorg ondergebracht in veertien prestaties, elk met een aantal bijhorende activiteiten. De NZa heeft het CVZ verzocht te beoordelen of deze prestatiebeschrijvingen wel of niet onder de Zorgverzekeringswet vallen.

De meeste geduide prestaties vallen onder de farmaceutische zorg in het kader van de zorgverzekering.

Als het geneesmiddel zelf geen verzekerde zorg is, dan is de advisering die daarmee gepaard gaat ook geen verzekerde zorg.

Sommige activiteiten kunnen zowel vallen onder geneeskundige zorg als onder farmaceutische zorg. Echter, handelingen die voorbehouden zijn aan artsen kunnen niet onder farmaceutische zorg worden geschaard.

Van een aantal activiteiten is een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet niet aan de orde. Het gaat onder meer om organisatorische zaken en standaardvoorzieningen die nodig zijn om de zorg te kunnen leveren.

Ook het onderdeel farmacotherapiebeleid op populatieniveau (FTO) valt hieronder. FTO is een integraal onderdeel van kwalitatieve zorg. Het CVZ is van mening dat FTO bekostigd kan worden uit premiegelden, maar niet als een eigenstandige prestatie.

3. Proefplaatsing CPAP (september 2010)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen of bij de proefplaatsing van CPAP-apparatuur sprake is van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' of dat sprake is van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

In de praktijk is het niet eenvoudig de titratieperiode en de proefperiode van elkaar te scheiden. Het CVZ heeft gekozen dit hele traject als 'proefperiode' te beschouwen. Door de continue inhoudelijke deskundige inbreng en de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist tijdens de proefperiode is het CVZ van mening dat hier sprake is van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Voor de proefperiode is een achterwachtfunctie door de medisch specialist van doorslaggevend belang om de instellingen van CPAP apparatuur met enige regelmaat te kunnen aanpassen. Dit bevordert de therapietrouw van de behandeling en daarmee de effectiviteit van de behandeling. Dit betekent dat zowel de positieve als de negatieve proefperiodes (inclusief de noodzakelijke toebehoren) geneeskundige zorg zijn en gefinancierd dienen te worden uit een DBC.

4. Endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices (oktober 2010)

In 2008 heeft het CVZ een standpunt ingenomen ten aanzien van verschillende endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices. Vragen uit de uitvoeringspraktijk zijn aanleiding om na te gaan of het standpunt uit 2008 herziening behoeft.

Op basis van recent literatuuronderzoek ten aanzien van endoveneuze laserbehandeling en radiofrequentie obliteratie,

komen geen nieuwe (vergelijkende) onderzoeken naar voren die aanleiding geven om het in 2008 ingenomen standpunt te wijzigen. Beide endoveneuze behandeltechnieken van stamvarices behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Recent literatuuronderzoek wijst uit dat Foamsclerosering als behandeling van stamvarices niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

De update leidt niet tot een wijziging van het eerder in 2008 ingenomen standpunt.

5. Continue glucose monitoring (november 2010)

Het CVZ heeft beoordeeld of continue glucose monitoring (CGM) voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en of het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of 'hulpmiddelenzorg'.

Het CVZ concludeert dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (real-time) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt. Het betreft:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol));
- zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).

Het CVZ is van oordeel dat CGM bij de bovenvermelde patiëntengroepen alleen voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' als sprake is van een geprotocolleerde indicatiestelling en toepassing van CGM, inclusief de daarbij benodigde begeleiding. Een geprotocolleerde toepassing van CGM bevordert het gepast gebruik van deze zorg.

De NDF heeft hiertoe het protocol 'Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM' vastgesteld. Het CVZ adviseert verzekeraars dit protocol bij de zorginkoop als uitgangspunt te nemen.

Omdat het hier gaat om zorg die plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een arts (medisch-specialist) en een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, concludeert het CVZ dat bij CGM sprake is van zorg die medisch specialisten plegen te bieden en niet van 'hulpmiddelenzorg'.

Ten opzichte van de traditionele meetmethode (vingerprik) leidt toepassing van CGM tot een besparing op het gebruik van teststrips en lancetten. De besparing begroot het CVZ op (afgerond) € 900 per verzekerde per jaar. Per saldo leidt het toepassen van CGM tot een bedrag aan meerkosten van € 8,7 miljoen per jaar.

6. Hulpmiddelen voor Airstacken (november 2010)

Het CVZ heeft beoordeeld of hulpmiddelen voor airstacken voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en of het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of 'hulpmiddelenzorg'.

Het CVZ concludeert dat airstacken, gevolgd door manuele hoestondersteuning, bij patiënten met zwakte van de ademhalingsspieren als gevolg van een neuromusculaire aandoening en met een voldoende bulbaire functie, een dusdanig positief effect geeft op de peak cough flow dat hiermee een effectieve hoest bereikt wordt.

Het CVZ is van oordeel dat airstacken voor bovengenoemde patiëntengroep voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Omdat het bij airstacken gaat om middelen die in de thuissituatie worden gebruikt en waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis

nodig kan zijn, betreft het toepassen van airstacken zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en geen hulpmiddelenzorg. Financiering van airstacken dient daarom plaats te vinden via de DBC-systematiek. Op jaarbasis bedragen de kosten van airstacken voor de hele doelgroep € 15.000.

7. Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten (november 2010)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over het begrip begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten en beoordeelt in hoeverre de activiteiten die schuil gaan achter zelfmanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren.

Het CVZ schaart de volgende activiteiten ter bevordering van zelfmanagement die onderdeel zijn van de behandeling van chronische ziekten, onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en para-medici die plegen te bieden:

- ziektespecifieke educatie en - voorlichting;
- het motiveren van de chronisch zieke zodat deze zo goed mogelijk met zijn chronische ziekte(n) omgaat en de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen;
- ondersteuning, gericht op de zorg aan de chronische zieke waarbij voorlichting en educatie, het formuleren van behandeldoelen, hulp en feedback (gericht op het halen van persoonlijke behandeldoelen) centraal staan, ook op afstand (telefonisch en/of elektronisch) en in acute situaties buiten de gebruikelijke kantooruren;
- het vastleggen in het medisch dossier en/of zorgplan van informatie over de ziekte, de behandeling, de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan;
- de (digitale) infrastructuur ten behoeve van de zorgverlening en de zorgorganisatie.

Voor zelfmanagement benodigde hulpmiddelen kunnen onderdeel zijn van de te verzekeren prestaties

hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg van de Zvw. Van hulpmiddelen die op dit moment nog **niet** onder de geneeskundige of hulpmiddelenzorg van de Zvw vallen, volgt het CVZ de procedure als beschreven in het rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld een computer) en hulpmiddelen die voor eigen rekening kunnen komen, worden niet beoordeeld.

Educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossende vermogen betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden **niet** onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden bij chronische ziekten.

8. Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering (december 2010)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over een gespecialiseerd behandelprogramma voor kinderen met chronische voedselweigering, uitgevoerd door Behandelcentrum Pluruyn – De Seyshuizen.

Het betreft een behandeling die is ontwikkeld in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Inmiddels heeft de behandeling een multidisciplinair karakter gekregen en maken ook niet-verstandelijk gehandicapte kinderen er gebruik van. Daardoor zou de AWBZ niet langer passend zijn. Het CVZ is van oordeel dat deze behandeling niet langer past binnen de AWBZ.

Het CVZ beschouwt deze behandeling als een eindfase in een stepped care benadering, waarvan eerdere stappen dienen plaats te vinden in een voor het kind gebruikelijke setting. Een goede indicatiestelling is daarom van belang. De zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en is een te verzekeren prestatie volgens de Zvw.

Het CVZ raamt de kosten voor het jaar 2011 op € 1,7 miljoen. Op middellange termijn verwacht het CVZ een stijgende vraag naar de aangeboden zorg. Voor de middellange termijn (2013) raamt het CVZ de kosten tussen de € 2,0 en € 3,0 miljoen, afhankelijk van eventuele uitbreidingen.

9. Autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het kniegewricht (februari 2011)

Het CVZ is van oordeel dat voldoende is aangetoond dat autologe kraakbeencelimplantatie (ACI) ten minste een vergelijkbare effectiviteit heeft als microfractuurbehandeling (MF) bij kraakbeendefecten tot 4 cm². De gevonden verbetering is een klinisch relevante verbetering. ACI voldoet daarmee aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' bij volwassenen tot ongeveer 50 jaar met symptomatische '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen in de knie (<4 cm²) (ICRS III of IV), waarbij een conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Omdat de kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met de biologische leeftijd of toestand van het gewricht is geen absolute leeftijdsgrens opgenomen.

Gezien de meerkosten van ACI ten opzichte van MF en het feit dat de meerwaarde van ACI niet is aangetoond, zijn er op dit moment geen redenen om aan behandeling met ACI een voorkeur te geven ten opzichte van MF bij kraakbeendefecten tot 4 cm².

10. Casemanagement (maart 2011)

Casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw.

Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dat is alleen het geval als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Casemanagement voor problematiek die niet primair geneeskundig van aard is, zoals bij sociaal- maatschappelijke

problematiek, of opvoedingsproblemen, valt buiten de te verzekeren prestaties.

Er zijn concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op casemanagement is aangewezen. De criteria zijn afhankelijk van de doelgroep en de lokale context. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten daarover specifieke afspraken maken.

6.c.2. In de AWBZ

11. Van grondslagen naar cliëntprofielen (november 2010)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over de problemen die in de uitvoeringspraktijk rond de grondslagen spelen.

De grondslag in de AWBZ is de soort aandoening, beperking of handicap op grond waarvan een verzekerde op zorg is aangewezen. Oorspronkelijk zijn de grondslagen bedoeld om het domein van de AWBZ-zorg aan te duiden en dienen als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ.

Ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk zelf en een aantal andere ontwikkelingen (pakketmaatregelen, de invoering van de zorgzwaarte bekostiging en de introductie van de Bureaus Jeugdzorg) hebben de functie en betekenis van de grondslagen veranderd.

Die veranderde functie en betekenis heeft geleid tot de volgende uitvoeringsproblemen:

- indicaties voor niet-passende zorgzwaarte pakketten;
- problemen bij partneropname;
- budgettaire gevolgen (extra kosten);
- onduidelijkheid bij grondslagen voor mentale problemen;
- bevoegdheidsverdeling CIZ en BJZ.

Het CVZ stelt de volgende oplossingen voor:

- de grondslagen te gebruiken zoals oorspronkelijk bedoeld, namelijk als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ;

- de oorspronkelijke definities te hanteren;
- de indicatiestelling voor intramurale zorg direct te baseren op de cliëntprofielen, en niet op de dominante grondslag.

Een structurele oplossing voor de gesignaleerde problematiek rond de bevoegdheidsverdeling tussen BJZ en CIZ vereist wetswijziging.

12. Aanvullende dienstverlening (januari 2011)

Het CVZ biedt duidelijkheid over de aanvullende diensten die aanbieders tegen betaling aanbieden aan verzekerden die in een AWBZ-instelling wonen.

Het CVZ heeft de relevante regelgeving verkend en schetst op grond daarvan de rol- en taakverdeling van de betrokken actoren. Het komt tot de conclusie dat het systeem voldoende is ingericht om een passend aanbod van aanvullende diensten tegen een passende prijs te realiseren.

Belangrijke aspecten zijn daarbij de betrokkenheid van cliëntenraden en transparantie over hoe het aanvullende aanbod tot stand is gekomen en wat dit inhoudt.

Uit de praktijk blijkt dat de betrokken partijen nog in een leertraject zitten om hun rol goed op te pakken.

Het CVZ beschrijft de rollen die partijen zouden moeten spelen. Er zijn afspraken gemaakt met VWS en NZa hoe de uitvoeringspraktijk wordt gefaciliteerd en aangestuurd. De zorgkantoren besteden in hun inkoopbeleid aandacht aan het aanvullende aanbod.

Tenslotte geven VWS, NZa en CVZ voorlichting, best-practices verspreiden en faciliteren de uitvoeringspraktijk.

13. Indiciestelling i.v.m. overheveling ADL-assistentie naar AWBZ (september 2010)

In dit advies gaat het CVZ in op de overheveling van de ADL-assistentie vanuit de Regeling subsidies AWBZ naar de reguliere AWBZ per 1 januari 2012.

Het beschrijft de achtergronden hiervan en de gevolgen voor de ADL-bewoners die gebruik maken van ADL-assistentie. Tevens benadrukt het CVZ dat het Herindicatietraject ADL-assistentie, waarbij het CIZ de ADL-bewoners nu al, op basis van hun *huidige* situatie, voor de periode *vanaf* 1 januari 2012 indiceert, niet wegneemt dat ingeval van een wijziging in hun (medische) omstandigheden, ook vóór 1 januari 2012 opnieuw herindicatie nodig kan zijn. Met name als de te verwachten (medische) situatie niet stabiel is, zoals in het geval van verzekerde, is dit voorbehoud op zijn plaats.

14. Herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg (november 2010)

De subsidie voor ADL-assistentie zal per 1 januari 2012 komen te vervallen. Het CIZ heeft daarom alle bewoners van ADL-woningen geherindiceerd en daarbij vastgesteld op welke AWBZ-zorg zij vanaf 1 januari 2012 zijn aangewezen. In dit advies heeft het CVZ de geschilpunten van de ADL-bewoners naar aanleiding van deze herindicatie gezamenlijk behandeld. Het CVZ geeft in dit advies aan welke (delen van de) zorg die als ADL-assistentie wordt verleend onder de reguliere AWBZ-aanspraak valt. Het CVZ concludeert dat de zorg die ADL-bewoners gewend zijn te krijgen op grond van de subsidieregeling ruimer is dan de zorg die de AWBZ biedt.

15. Bevoegdheidsverdeling Bureau Jeugdzorg en CIZ (augustus 2010)

Wanneer sprake is van een psychiatrische aandoening die weliswaar wordt veroorzaakt door een erfelijke (somatische) aandoening, is Bureau Jeugdzorg bevoegd om te besluiten ten aanzien van de AWBZ-zorg die verband houdt met een psychiatrische aandoening. Het is voor de bevoegdheidsvraag bepalend op welk vlak de beperkingen liggen.

16. Tijdelijk verblijf en toepassing van de 18-dagdelenregel uit de beleidsregels (augustus 2010)

Het CIZ bepaalt aan de hand van de zogenoemde 18-dagdelenregeling of het een indicatie voor verblijf (ZZP) of

voor extramurale zorg afgeeft. Het onverkort toepassen van deze regel kan tot ondoelmatige zorg leiden, ook uit kosten oogpunt. Dat is in dit geschil aan de orde.

Het CVZ acht het aannemelijk dat het indiceren van twee etmalen verblijf naast de overige AWBZ-zorg in dit geval doelmatiger is dan het indiceren van een verblijfsindicatie met een ZZP in de VG-sector. Het College concludeert dit uit Beleidsregel CA-395 van de NZa. Hierin is beschreven dat de component dagbesteding voor cliënten, die zijn aangewezen op een VG-ZZP, geen integraal onderdeel is van het ZZP. De kosten van verblijf, inclusief persoonlijke verzorging en begeleiding, zijn dus het ZZP-tarief plus de kosten van dagbesteding.

Het ZZP-tarief voor de VG-sector (7 dagen verblijf) zal altijd hoger uitkomen dan de kosten van 2 etmalen verblijf per week, nu de bekostiging van de dagopvang losstaat van de verblijfssituatie. Toepassing van de 18-dagdelenregel is in dit geval strijdig met de wettelijke aanspraak van verzekerde op zorg. Op grond van doelmatigheidsoverwegingen is verzekerde aangewezen op 2 etmalen verblijf.

17. Indicatie voor verblijf van Bureau Jeugdzorg (BJZ) (augustus 2010)

BJZ is de bevoegde instantie om een indicatie af te geven voor minderjarige verzekerden met psychiatrische problematiek. Als blijkt dat de verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf, dan moet BJZ aan de hand van zijn beperkingen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte beoordelen welke zorg het best passend is. De (dominante) grondslag hoeft daarbij niet altijd bepalend te zijn. De te stellen indicatie moet aansluiten bij de objectieve zorgbehoefte van de individuele verzekerde, zodat die de zorg krijgt die hij nodig heeft

Dit betekent dat BJZ tot de conclusie zou kunnen komen dat verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten beter passend is dan verblijf in een GGZ-instelling. Daarbij moet BJZ overigens ook rekening houden met een eventueel advies van een behandelaar.

18. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg bij indicatiestelling van jeugdigen (juni 2010)

Verzekerde is een 13-jarige jongen met een dubbele grondslag, namelijk een verstandelijke handicap en een psychiatrische aandoening. In dergelijke gevallen hebben CIZ en de BJZ's de werkafpraak gemaakt dat dan het CIZ de totale zorg indiceert.

De CRvB heeft in recente uitspraken geconcludeerd dat het BJZ en het CIZ, gezien de wettelijke bevoegdheidsverdeling, ieder voor zich moet vaststellen op welke AWBZ-zorg een verzekerde is aangewezen. Het BJZ voor zover de zorg noodzakelijk is vanwege psychiatrische problematiek, het CIZ voor zover de zorg nodig is in verband met andere grondslagen. Het CVZ adviseert het CIZ om, gelet op deze recente uitspraken van de CRvB, in gevallen waar een dubbele grondslagproblematiek speelt, in overleg te treden met BJZ en gezamenlijk een indicatiebesluit af te geven.

19. Relevante criteria respijtzorg en Begeleiding ter vervanging van school en kinderopvang.

Respijtzorg kan geïndiceerd worden in geval van (dreigende) overbelasting van de verzorger(s), of om de ouders in langdurige zorgsituaties in staat te stellen de zorg vol te houden en (dreigende) overbelasting te voorkomen. Het is niet juist om respijtzorg te indiceren met als motivering dat de te verwachten leveringsvoorwaarde na het 18^e levensjaar B2 of C is. De vraag of verzekerde *in de toekomst* is aangewezen op zorg is immers niet bepalend voor de vraag welke zorg *nu* nodig is.

In het zelfde geschil geeft het CVZ aan dat voor kinderopvang in beginsel géén AWBZ-zorg worden geïndiceerd. Als een kind als gevolg van zijn beperkingen/zorgbehoefte zonder extra zorginzet geen gebruik kan maken van (reguliere) kinderopvang, is het mogelijk om de *bovengebruikelijke* zorg tijdens de opvang te indiceren.

20. Indicatie voor verblijf bij kinderen; per geval vaststellen in hoeverre er sprake is van enige ondoelmatigheid van zorg (april 2010)

Dit geschil betreft een verblijfsindicatie, uitgedrukt in een ZZP, voor een 8-jarige verzekerde. De moeder wenst verzekerde thuis te blijven verzorgen. Uitgangspunt bij de indicatiestelling voor kinderen is dat, in het belang van het kind, enige ondoelmatigheid van zorg thuis acceptabel is. Waar het omslagpunt ligt tussen extramuraal te indiceren zorg en verblijfszorg is niet geregeld in wetgeving en beleid, en moet per individuele situatie worden beoordeeld. In dit geval is de benodigde zorg in de thuissituatie onvoldoende in kaart gebracht. Factoren die bij de afweging van enige ondoelmatigheid een rol kunnen spelen zijn de veiligheid van de omgeving, de kwaliteit van de zorg, de gezinssituatie, de verwachte kwaliteit van leven van verzekerde in, dan wel buiten de instelling, de prognose/levensverwachting, en daarmee gepaard gaand de gevolgen van een opname in een instelling voor het functioneren in de toekomst. Het CVZ adviseert nader onderzoek naar de benodigde zorg in de thuissituatie.

6.c.3. Zvw en AWBZ

21. Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten (mei 2010)

Het CVZ heeft een aantal vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten beoordeeld. Het CVZ heeft daarbij de historische plaatsbepaling van de zorg voor zintuiglijke gehandicapten in Zvw of AWBZ als uitgangspunt genomen. Het CVZ komt tot de volgende conclusies.

Onder de Zvw valt:

- spraakafzien;
- het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan;
- begeleiding bij het leren omgaan met tinnitus of Ménière.

Onder de AWBZ valt:

- het aanleren van Nederlands met Gebaren of Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen

- als vierhanden gebarentaal;
- het trainen van het hanteren van andere communicatieapparatuur dan gehoorapparatuur;
- begeleiding bij zelfredzaamheid, mits er sprake is van matige tot ernstige beperkingen. Het CVZ constateert dat de operationalisering van “matig tot ernstige beperkingen” in de beleidsregels indicatiestelling niet goed zijn toegesneden op zintuiglijk gehandicapten;
- begeleiding van doofblinden buitenshuis. Het gaat niet om maatschappelijke participatie, maar om een persoonsgebonden voorwaarde daarvoor.

Noch Zvw-zorg, noch AWBZ:

- begeleiding bij de normale verwerking van “life-events” Bij een verstoord verwerkingsproces kan eerstelijnspsychologie of psychiatrische hulp *ten laste van de Zvw* zijn aangewezen.

6.d. Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze **niet** behoren tot de te verzekeren zorg:

6.d.1. In de Zvw

1. Multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus (april 2010)

Het CVZ heeft een achtergrondstudie verricht naar de effectiviteit van het behandelprogramma dat Adelante levert aan mensen die leiden aan ernstig oorsuizen (tinnitus).

De conclusie hiervan is, dat deze behandeling niet bewezen effectief is en niet voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het CVZ neemt het standpunt in dat de interventie geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw of de AWBZ is.

2. Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek (augustus 2010)

Osteoporotische compressie wervelfracturen komen steeds meer voor (vergrijzing) en kunnen leiden tot ernstige

morbiditeit en een toenemend beroep op de voorzieningen binnen de gezondheidszorg.

Vertebroplastiek (VP) en ballonkyphoplastiek (BK) zijn percutane invasieve technieken voor de behandeling van compressie wervelfracturen die klachten geven. Het CVZ heeft beoordeeld of VP en BK tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw behoren.

Het CVZ concludeert dat VP en BK niet voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen te verzekeren zorg zijn ingevolge de Zvw.

3. Cochleair implantaat bij tinnitus (augustus 2010)

Het plaatsen van een cochleair implantaat (CI) bij mensen met (zeer) ernstige slechthorendheid of doofheid, is zorg conform de stand van de wetenschap en daarmee verzekerde zorg.

Aan het CVZ is de vraag voorgelegd of tinnitus (met eenzijdige ernstige gehoorstoornissen en onbehandelbaar oorsuizen ipsilateraal) een nieuwe indicatie is voor een CI.

Als uitkomstmaat is de afname (suppressie) of verdwijnen van tinnitusklachten na CI implantatie geformuleerd.

Er zijn geen publicaties gevonden waarbij een CI geïndiceerd wordt bij tinnitus zonder dat er tevens sprake is van zeer ernstige slechthorendheid. Het CVZ is van oordeel dat het niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en geen te verzekeren prestatie is op grond van de Zvw.

4. Orthopedische behandelingen bij enkelartrose door middel van hyaluronzuur injecties (september 2010)

Bij enkelartrose is er een langzaam verlies van het kraakbeek dat de botuiteinden in het gewricht bedekt. Voor ernstige enkelartrose is een operatie geïndiceerd. Lichte of matige enkelartrose wordt behandeld met pijnstillers, ontstekingsremmers, gewichtsbepierking, schoenaanpassing of oefentherapie.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er onvoldoende onderbouwing is voor een therapeutische meerwaarde ten opzichte van placebo of voor een gelijke waarde als oefentherapie. Het CVZ is van oordeel dat behandeling met hyaluronzuur injecties bij enkelartrose niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

5. Zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken (september 2010)

Sinds de beoordeling van zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken in 2005, zijn er verschillende nieuwe onderzoeken naar (kosten)effectiviteit van zelfcontrole gepubliceerd. Het CVZ heeft een herbeoordeling uitgevoerd naar de effectiviteit van de behandeling van deze doelgroep.

De systematische reviews vinden alleen een kleine, maar significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed. Op grond van de literatuur oordeelt het CVZ dat deze kleine significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed niet klinisch relevant is. De relatie tussen HbA1c en mogelijke complicaties blijkt niet lineair. Daarnaast is sprake van analytische variatie bij laboratoriummeting van HbA1c. Bovendien zijn er in recente RCT's (van goede kwaliteit) ongewenste neveneffecten met betrekking tot kwaliteit van leven gevonden.

Het CVZ is daarmee tot de conclusie gekomen dat langdurige zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

6. Fear Fighter, een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek (september 2010)

Agorafobie, ofwel pleinvrees, is een angststoornis. De interventie Fear Fighter is gebaseerd op cognitieve

gedragstherapie (CGT). Deze therapie valt onder de zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. De literatuur bevat onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van Fear Fighter en voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het CVZ concludeert dat Fear Fighter niet behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

7. Genexpressie test Mammaprint bij de behandeling van mammacarcinoom (oktober 2010)

Mammaprint meet met behulp van micro-array techniek expressie van 70 genen in tumorweefsel. De claim is dat een doelmatiger inzet van adjuvante chemotherapie mogelijk is door middel van toepassing en navolging van de Mammaprint om, nauwkeuriger dan met de standaard gebruikte risicoschattingen, patiënten in te kunnen delen in een hoog of laag risico groep voor metastasering op afstand binnen 5 jaar. Alleen patiënten in de hoog risicogroep zouden zijn geïndiceerd voor adjuvante CT. Overbehandeling zou daarmee kunnen worden beperkt.

Het CVZ concludeert dat op basis van de resultaten van de literatuurresearch betreffende het klinisch nut de toepassing van de medische test Mammaprint® niet voldoet aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk' en niet behoort tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

De beschikbare literatuur is uitsluitend gebaseerd op retrospectief onderzoek, die de uitkomsten van de Mammaprint®, de standaard risicoprofilering tests en de werkelijke overlevingsuitkomsten beschrijft. Belangrijk nadeel hierbij is dat de geïncubeerde patiëntengroepen verschillende behandelingen hebben ondergaan die mogelijk de overleving hebben beïnvloed en daarmee tevens de associatie van de Mammaprint®-uitkomst en de prognose op ziektebeloop. Met prospectief onderzoek kan worden aangetoond of de keuze voor wel of geen adjuvante CT op basis van de Mammaprint® uitslag daadwerkelijk leidt tot gezondheidswinst. Deze gegevens zijn echter nog niet

beschikbaar. Daarmee is het klinische nut van gebruik van de Mammaprint® nog niet aangetoond.

8. Targeted Training bij cerebrale parese (november 2010)

Het CVZ heeft een beoordeling van de beschikbare evidence uitgevoerd met betrekking tot Targeted Training bij Cerebrale Parese.

“Targeted Training” is een behandeling gebaseerd op een biomechanisch model. “Targeted Training” maakt gebruik van speciaal ontwikkelde instrumenten waarmee ondersteuning van een tot twee gewrichten per tijdseenheid plaatsvindt. Na onderzoek wordt de behandeling gestart bij het hoogste lichaamsdeel waarbij sprake is van onvoldoende controle of balans. Meestal is dit bij Cerebrale Parese het hoofd. Wanneer controle van de hoofdbalans is verkregen, kan de behandeling verschuiven naar lagere lichaamsdelen. Dagelijks gebruik van “Targeted Training” is noodzakelijk maar dit kan onder supervisie plaatsvinden van een ouder, verzorger of de eigen fysiotherapeut.

Het CVZ concludeert dat er onvoldoende bewijs beschikbaar is waaruit blijkt dat “Targeted Training” behandeling bij Cerebrale Parese voldoet aan de criteria voor stand van wetenschap en praktijk en behoort niet tot de te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

9. Nesovic operatie met adductorenrelease bij pubalgie (november 2010)

Het CVZ heeft de vraag beantwoord of een Nesovic operatie, in combinatie met adductoren release, bij chronische pubalgie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Op dit moment is onvoldoende aangetoond dat behandeling van sportgerelateerde liesklachten, niet zijnde hernia inguinalis, met een Nesovic operatie of soortgelijke (liesbreuk-) operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, ten minste even effectief is, ook op de lange termijn, als de gebruikelijke conservatieve behandeling.

Goed opgezette studies naar het effect van deze operaties, met een adequate controlegroep en voldoende follow-up tijd, ontbreken op dit moment.

Het CVZ neemt het standpunt in dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet behoort tot de te verzekeren prestatie Zvw.

10. Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis, depressie en Gilles de la Tourette (december 2010)

Deep Brain Stimulation (DBS) is een operatieve ingreep waarbij elektrodes in specifieke delen van de hersenen worden geplaatst. Via een onderhuids geplaatste neurostimulator kunnen kleine impulsen worden gegeven via deze elektrodes met als doel de hersengebieden waarin zij zijn geplaatst, tijdelijk te beïnvloeden.

DBS als behandeling van OCS, therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en kan niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie ingevolge de Zvw en aanverwante regelgeving.

11. Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty DMEK (december 2010)

DMEK is een nieuwe en in opzet zeer verfijnde lamellaire techniek van hoornvliestransplantatie. Over DMEK is onvoldoende bewijsmateriaal aanwezig om te kunnen concluderen dat de techniek effectief en veilig is toe te passen in plaats van de conventionele technieken.

Het CVZ komt tot de conclusie dat DMEK daarom niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

12. Medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen (maart 2011)

Alleen de medisch noodzakelijke behandeling van varices valt onder verzekeringsdekking van de Zvw. In 2008 heeft het CVZ

aangegeven in welke gevallen een invasieve behandeling van varices noodzakelijk is, en is welke gevallen het om een cosmetische ingreep gaat.

Omdat in de uitvoeringspraktijk het onderscheid medisch noodzakelijk en cosmetisch niet consequent wordt gemaakt én om het in 2008 gemaakte onderscheid te verhelderen heeft het CVZ een nadere duiding uitgevoerd.

Het CVZ is van oordeel dat voor C0, C1 en C2 varices geldt dat medische noodzaak om invasief te behandelen niet respectievelijk onvoldoende in komen vast te staan.. C0, C1 en C2 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices. Dat betekent dat behandeling van C0, C1 en C2 varices niet onder de verzekeringsdekking van de Zvw valt. In het kader van de Zvw krijgen deze behandelingen het predicaat 'cosmetisch'.

Hoewel robuuste cijfers ontbreken, heeft het CVZ een schatting gemaakt van de financiële consequenties van dit standpunt (met inbegrip van de financiële consequentie van het standpunt uit 2008). Op basis van het DBC-informatiesysteem schat het CVZ de kosten die gemoeid zijn met invasieve varicesbehandeling ongeveer € 122 miljoen bedragen (2009). Zorgverzekeraars ramen het aantal cosmetische behandelingen op 20 tot 50%. Uitgaande van deze gegevens, berekent het CVZ de kostenbesparing van het niet (langer) vergoeden van invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices op € 22 tot € 56 miljoen per jaar.

13. Behandeling van chronische aspecifieke rugklachten door middel van injectie- en denervatietechnieken (maart 2011)

Het CVZ is van oordeel dat de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten door middel van injectie- en

denervatietechnieken niet voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk en daarmee niet behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

Het CVZ onderkent echter ook dat invasieve pijnstilling d.m.v. injectie/denervatie in de praktijk veel wordt toegepast bij chronische lage rugpijn, er een duidelijke zorgvraag is bij patiënten en dat er aanwijzingen zijn dat de behandeling voor bepaalde subgroepen van patiënten (indien ingebed in een multidisciplinair behandelprogramma) mogelijk wel als effectief kan worden beschouwd. Hiernaar is echter nog geen onderzoek van voldoende kwaliteit gedaan. Inmiddels is een multidisciplinair onderzoeksvoorstel (neurochirurgie, orthopedie, anesthesiologie en epidemiologie) ingediend bij ZonMw. Het CVZ adviseert de minister van VWS de zorg binnen dit onderzoeksvoorstel in aanmerking te laten komen voor voorwaardelijke financiering (zie verder paragraaf 2.d.).

6.d.2. In de AWBZ

14. Indicatie voor AWBZ-verblijf in geval van dakloosheid (februari 2011)

Dakloosheid op zich leidt niet tot een aanspraak op AWBZ-verblijf. Er moet sprake zijn van een grondslag op basis waarvan een indicatie voor AWBZ-zorg mogelijk is en de beperkingen van verzekerde moeten zodanig zijn dat hij aan de criteria van de AWBZ-functie Verblijf voldoet. Dit is niet anders dan in geval van een verzekerde die niet dakloos is en aanspraak op AWBZ-verblijf wil maken.

De vraag is of de betrokken dakloze verzekerde als hij *niet* dakloos was, zou zijn aangewezen op verblijf in de zin van de AWBZ of dat hij met een indicatie voor bijvoorbeeld begeleiding zelfstandig zou hebben kunnen blijven wonen. In dat geval heeft verzekerde geen aanspraak op AWBZ-verblijf. Hij zal dan gebruik moeten maken van voorliggende voorzieningen als maatschappelijke opvang. Aangezien dit een voorziening is in het kader van de Wmo, valt de uitvoering hiervan onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

7. Financiële gevolgen van adviezen en standpunten

7.a. Kostenontwikkeling algemeen

Verschillende factoren

De kosten van het te verzekeren pakket ontwikkelen zich onder meer op basis van demografische ontwikkelingen, groei van het aantal (chronisch) zieken, loon- en prijsontwikkelingen, het instromen van nieuwe diagnostiek en behandelingen op grond van stand van wetenschap en praktijk en op grond van pakketbeslissingen. Bij dit laatste gaat het bijvoorbeeld over het toelaten van nieuwe genees- en hulpmiddelen tot de te verzekeren zorg, maar ook om andere pakketbeslissingen om prestaties te laten instromen, uitstromen of nadere voorwaarden te stellen.

Kostentoeename

Zoals aangegeven in bijlage 2, komen de kosten van zorg ten laste van de Zvw en AWBZ in 2011 naar verwachting uit op ongeveer € 61,7 miljard. De voorlopige zorguitgaven voor 2009 bedragen circa € 59,0 miljard. Dit betekent dat de zorguitgaven in de periode van 2009 tot en met 2011 met € 2,7 miljard, ongeveer 4,5 procent, zullen toenemen.

7.b. Het financiële effect van standpunten en uitstroomadviezen in algemene zin

Aanspraken in Zvw en AWBZ

Als het CVZ een standpunt inneemt, geeft het CVZ aan onder welke omstandigheden bepaalde zorg als verzekerde zorg beschouwd mag worden. Alleen bij die omstandigheden heeft een verzekerde aanspraak ten laste van het basispakket. De wetgever heeft immers vastgesteld, welke zorg als verzekerde zorg mag worden beschouwd. In de Zvw en de AWBZ is de inhoud en omvang van de verzekerde zorg bepaald. Daarnaast geldt dat er in het algemeen sprake moet zijn van zorg, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat op individueel niveau een verzekerde alleen op die zorg aanspraak heeft als hij daarop gezien zijn individuele omstandigheden redelijkerwijs is aangewezen.

Wat behoort tot de te verzekeren prestaties

Bij het innemen van een standpunt geeft het CVZ aan of de zorg wat betreft inhoud en omvang onder de aanspraken/te verzekeren prestaties valt, of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en onder welke omstandigheden een verzekerde redelijkerwijs op die zorg aangewezen kan zijn. Door die uitleg/duiding is duidelijk welke zorg wel en welke zorg niet onder de verzekering valt en wordt de financiële impact op het stelsel afgegrensd en beperkt. Of deze effecten in de praktijk ook daadwerkelijk bereikt worden hangt vervolgens enerzijds af van de handhaving van de criteria. En anderzijds van de uitvoeringspraktijk. Als in de praktijk meer zorg geleverd wordt dan verzekerd is, leidt handhaving tot een besparing. Als minder zorg geleverd wordt, leidt handhaving weliswaar tot een stijging van de kosten, maar zijn die kosten doorgaans wel gekoppeld aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg, omdat er in die gevallen waarschijnlijk sprake is van onderbehandeling.

Uitstroomadviezen

Bij uitstroomadviezen is vaak sprake van het stellen van nadere wettelijke voorwaarden, waaronder bepaalde zorg nog ten laste van de verzekering mag komen. Bijvoorbeeld ingrepen van plastisch chirurgische aard alleen als sprake is van bepaalde indicaties, geneesmiddelen alleen voor bepaalde aandoeningen. Ook hierdoor wordt de financiële impact van deze zorgvorm op het stelsel afgegrensd en beperkt. Bij deze uitstroomadviezen geldt echter ook dat effecten in de praktijk afhankelijk zijn van de handhaving in de uitvoeringspraktijk.

Beperkend effect

Het CVZ brengt daarom bij standpunten ook in kaart wat het financiële effect is van een standpunt. Dit kan bestaan uit het terugdringen van kosten of het voorkomen van een kostenstijging; dat is afhankelijk van de vraag of de interventie in kwestie nu al geleverd en betaald wordt. Als standpunten in de praktijk goed worden uitgevoerd, heeft dit een belangrijk beperkend effect op de uitgaven. Het CVZ wijst daarom regelmatig op het belang van standpunten voor de financiële ontwikkeling van het stelsel.

7.c. De financiële effecten van standpunten in dit Pakketadvies

7.c.1. Opbrengsten

In deze paragraaf illustreert het CVZ aan de hand van een aantal voorbeelden hoe zijn standpunten een bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van het basispakket. In totaal leiden deze voorbeelden tot een besparing of tot een vermindering van meerkosten van € 100 tot € 135 miljoen op jaarbasis.

- **Continue glucose monitoring**

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat continue glucose monitoring (CGM) voor type 1 diabetes (en zwangeren met type 2 diabetes) behoort tot de te verzekeren prestaties. Dit betekent dat de doelgroep die voor deze interventie in aanmerking komt in potentie bestaat uit 10.500 personen. De meerkosten van CGM bedragen € 2.900 waardoor de potentiële meerkosten van dit standpunt op jaarbasis € 30.450.000 bedragen.

Het CVZ heeft in zijn standpunt expliciet geduid voor welke groepen diabetespatiënten CGM effectief is en daarnaast is door de NDF een indicatieprotocol opgesteld waardoor CGM is ingepast in de stepped care-benadering van diabetes. Hierdoor resteert een netto doelgroep van 3.000 verzekerden voor wie CGM op het juiste moment in de behandelcyclus toegepast, kosteneffectief is. Het standpunt over CGM beperkt hiermee de groei van de zorgkosten met een bedrag van € 21.750.000 ($7.500 \times € 2.900$).

- **Zelfcontrole type 2 diabetesen zonder insulinegebruik**

Het CVZ is van oordeel dat langdurige zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken, niet voldoet aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk. Zelfcontrole is voor deze patiëntengroep geen te verzekeren prestatie.

Het aantal type 2 diabetesen in Nederland die geen insuline gebruiken heeft het CVZ berekend op (afgerond) 490.000. Het CVZ raamt dat 20% van hen voor zelfcontrole in aanmerking zou willen komen als dit wordt vergoed vanuit de

basisverzekering. De kosten van zelfcontrole op jaarbasis zijn € 430 per gebruiker. Het standpunt van het CVZ leidt derhalve tot een bedrag aan minderkosten van afgerond € 42 miljoen ($98.000 \times € 430$).

- **Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek**
Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat de vertebroplastiek en de ballonkyphoplastiek niet voldoen aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. Deze behandelingen zijn daarmee geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.
De gemiddelde meerkosten van de vertebroplastiek en de ballonkyphoplastiek ten opzichte van de gebruikelijke behandeling fysiotherapie en pijnstilling bedragen € 3.000 per patiënt.

Ernstige osteoporotische wervelfracturen treden per jaar op bij 7 op de 1000 vrouwen van 55 jaar en ouder en bij 2 per 1000 mannen van 55 jaar en ouder (16.000 per jaar in Nederland). Volgens de richtlijn moet ongeveer 23% van deze patiënten behandeld worden. Wanneer de vertebroplastiek of ballonkyphoplastiek de behandeling van de eerste keus zou zijn, betekent dit dat deze ongeveer 4000 mensen hiervoor in aanmerking zouden komen.

Het oordeel dat beide behandelingen geen te verzekeren prestatie zijn, bespaart derhalve een bedrag van € 12 miljoen aan zorgkosten.

- **Genexpressietest Mammaprint bij de behandeling van mammacarcinoom**

Het CVZ is van oordeel dat het klinisch nut van gebruik van de Mammaprint nog niet is aangetoond. De Mammaprint voldoet daarmee niet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk en is geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. De kosten per test bedragen € 2.675.

Het CVZ heeft berekend welke testkosten met dit standpunt worden bespaard. Aannee hierbij is dat de test aanvullend op

bestaande zorg wordt gebruikt. De eventuele latere kosten en baten van de testuitslag zijn niet bekend en daarom buiten beschouwing gelaten.

De incidentie van borstkanker bij vrouwen tot en met 60 jaar is 6.546. Hiervan heeft naar schatting 50% een relevante tumorstadiëring. Het CVZ neemt als uitgangspunt dat 40% van die groep daadwerkelijk van de test gebruik zou maken. Dit betreft 1.310 personen op jaarbasis. Op jaarbasis gaat het om een besparing van € 3,5 miljoen ($€ 2.675 \times 1.310$).

- Cochleair implantaat bij tinnitus

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat het plaatsen van een cochleair implantaat bij tinnitus niet voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een cochleair implantaat is bij deze indicatie geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

Hoewel het aantal mensen met tinnitus groot is (60.000), gaat het CVZ er vanuit dat slechts een zeer beperkt deel van hen voor de cochleair implantaat in aanmerking wil komen. Het betreft immers een zware ingreep. Het CVZ gaat conservatief uit van 15 personen op jaarbasis. Dit standpunt leidt derhalve tot een kostenbesparing van afgerond € 1,15 miljoen ($15 \times € 78.000$).

- Cosmetische behandeling van varices

In maart 2011 heeft het CVZ een nadere duiding gedaan van een eerder standpunt uit 2008 over de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen. Het CVZ is van oordeel dat invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices als cosmetische behandeling kunnen worden aangemerkt. Deze behandelingen vallen daarom niet onder de verzekeringsdekking van de Zvw.

Het CVZ heeft een schatting gemaakt van de financiële consequenties van dit standpunt (met inbegrip van de financiële consequentie van het standpunt uit 2008). Uit het DBC-informatiesysteem blijkt dat de kosten die gemoeid zijn

met invasieve varicesbehandeling ongeveer € 122 miljoen bedragen (2009). Zorgverzekeraars ramen het aantal cosmetische behandelingen op 20 tot 50%. Uitgaande van deze gegevens, berekent het CVZ de kostenbesparing van het niet (langer) vergoeden van invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices op € 22 tot € 56 miljoen per jaar.

7.c.2. Kosten

In dit Pakketadvies heeft het CVZ geen nieuwe instroomadviezen opgenomen. Wel leiden eerder uitgebracht adviezen en standpunten tot een verhoging van de zorgkosten. Het CVZ tekent hierbij aan dat een deel van die kosten het gevolg is van technologische ontwikkelingen dan wel het aanbod komen van nieuwe, geïntegreerde zorgvormen. De voortschrijdende technologische ontwikkeling is één van de parameters die wordt betrokken bij de jaarlijks indexering van het BKZ.

Hieronder volgen een aantal adviezen en standpunten die (deels in eerste instantie) tot een verhoging van de zorgkosten leiden:

- De gecombineerde leefstijlinterventie
Het CVZ heeft in augustus 2010 geadviseerd de gecombineerde leefstijlinterventie integraal in de regelgeving op te nemen. De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bestaat uit advies over en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering. De interventie is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. Het CVZ is van oordeel dat GLI als één samenhangende prestatie een plaats moet krijgen in het Besluit zorgverzekering.

Het CVZ heeft een kostenonderzoek laten uitvoeren rond de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. Naast de kosten van de GLI, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend. Het iMTA raamt het saldo van kosten en opbrengsten in jaar 1 op ongeveer € 51 miljoen. Een

gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met jaar 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10 (dit saldo geldt voor kosten en opbrengsten binnen de zorg). Bij de berekening vanuit maatschappelijk perspectief raamt het iMTA de opbrengst in jaar 10 op 192 miljoen euro.

- Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen voor de visuele functie

In februari 2011 heeft het CVZ geadviseerd de huidige functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie uit te breiden. Dit advies vloeit voort uit de verplichtingen die de Europese Univeseledienstenrichtlijn oplegt aan lidstaten met betrekking tot de toegankelijkheid van telecommunicatie voor mensen met een beperking. De financiële gevolgen van dit systeemadvies raamt het CVZ op € 1,2 tot 1,7 miljoen per jaar.

- Hulpmiddelen voor airstacken

Het CVZ in november 2010 geoordeeld dat hulpmiddelen voor airstacken voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en dat het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Op jaarbasis bedragen de kosten voor het airstacken voor de gehele doelgroep € 15.000.

- Continue glucosemonitoring

Het CVZ heeft in november 2010 het standpunt ingenomen over continue glucose monitoring (CGM). In dit standpunt heeft het CVZ expliciet geduid voor welke groepen diabetespatiënten CGM effectief is en daarnaast is door de NDF een indicatieprotocol opgesteld waardoor CGM is ingepast in de stepped care-benadering van diabetes. Hierdoor resteert een netto doelgroep van 3.000 verzekerden voor wie CGM op het juiste moment in de behandelcyclus toegepast, kosteneffectief is. Voor deze patiëntengroep bedragen de kosten € 8,7 miljoen op jaarbasis (zie ook paragraaf 7.c.1.).

- Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering.

Het CVZ heeft in december 2010 een standpunt ingenomen over een gespecialiseerd behandelprogramma voor kinderen met chronische voedselweigering, uitgevoerd door Behandelcentrum Pluruyn – De Seyshuizen. Omdat de behandeling een multidisciplinair karakter heeft gekregen, maken ook niet-verstandelijk gehandicapte kinderen er gebruik van. Het CVZ is van oordeel dat deze behandeling niet langer past binnen de AWBZ.

Het CVZ beschouwt deze behandeling als een eindfase in een stepped care benadering, waarvan eerdere stappen dienen plaats te vinden in een voor het kind gebruikelijke setting. De zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en is een te verzekeren prestatie volgens de Zvw.

Op middellange termijn verwacht het CVZ een stijgende vraag naar de aangeboden zorg. De meerkosten bedragen € 0,3 tot 1,3 miljoen op jaarbasis.

8. Reacties belanghebbende partijen

8.a. Geconsulteerde partijen

- Benaderde partijen** Het CVZ heeft het conceptrapport Pakketadvies 2011 voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
 - Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
 - GGZ Nederland
 - Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ)
 - Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
 - Revalidatie Nederland
 - Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
 - ActiZ Organisatie van zorgondernemers
 - Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
 - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
 - Orde van Medisch Specialisten (OMS)
 - Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
 - Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
 - Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
 - Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
 - Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
 - Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
 - Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
 - Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)
 - Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
 - Consumentenbond
 - Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
 - Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG Raad)
 - Nederlandse Vereniging van Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma)

- Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
- Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
- NVOS-Orthobanda
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Federatie Opvang (FO)
- MO-Groep
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- DBC-Onderhoud

8.b. Ontvangen reacties

Van 16 belanghebbende partijen in een bestuurlijke reactie ontvangen. Deze reacties en het antwoord van het CVZ daarop treft u aan als bijlage 6. Hieronder gaat het CVZ per onderwerp op hoofdlijnen op de ontvangen reacties in.

8.b.1. Risicogericht pakketbeheer – langetermijnbeleid geneesmiddelen

Ontvangen reacties ZN, de NZa, de CG-raad/CSO, de BOGIN en Nefarma hebben een reactie gegeven op het onderwerp risicogericht pakketbeheer. Bij ZN, Nefarma en de NZa bestaat steun voor de benaderingswijze in het CVZ in het Pakketadvies presenteert. Wel geeft de NZa aan dat het niet op voorhand vaststaat dat bij zorgvormen met hoge kosten of innovatie veel centrale sturing nodig is. Bij keuzen hierover is een goede afweging noodzakelijk. De NZa stelt voor om samen met het CVZ hiervoor een afwegingskader te formuleren. Verder wijst de NZa op het belang van de handhaafbaarheid en de uitvoerbaarheid van pakketmaatregelen.

Nefarma vindt dat in de huidige beoordelingssystematiek geneesmiddelen vaak onder een vergrootglas worden gelegd, waardoor verzekeren verstoken kunnen blijven van noodzakelijke zorg. De BOGIN geeft aan dat de doelen van de uitvoeringstoets over het langetermijnbeleid lastig zijn in te schatten omdat het langetermijnbeleid nog niet duidelijk is uitgewerkt. De BOGIN vraagt aandacht voor het risico van substitutie van goedkopere naar duurdere zorg zonder dat de verzekerde daarbij klinische voordelen heeft.

De CG-raad en CSO zijn van oordeel dat overschrijdingen van budgetten op bepaalde zorgonderdelen ook binnen dat betreffende zorgonderdeel moeten worden opgelost.

Antwoord CVZ

Uitgangspunt van het CVZ bij de uitvoeringstoets langetermijnbeleid geneesmiddelen is een meer uniform systeem van pakketbeheer ten aanzien van de verschillende zorgvormen. Een systeem waar sturing vóóraf plaatsvindt waar dat nodig is en waar deze sturing achterwege blijft als partijen daartoe goed zelf in staat zijn. De opmerkingen die door belanghebbende partijen zijn gemaakt, betreft het CVZ bij de verdere totstandkoming van de uitvoeringstoets. Met betrekking tot de handhaafbaarheid en uitvoerbaarheid van pakketmaatregelen, erkent het CVZ dat die een effectieve weerslag moeten krijgen in tarifiering en toezicht. Het CVZ brengt de uitvoeringsconsequenties zo volledig mogelijk in beeld en legt die ter consultatie aan belanghebbende partijen voor.

8.b.2. Gepast gebruik in de Zvw

Ontvangen reacties

Op het thema gepast gebruik in de Zvw is van de volgende belanghebbende partijen een reactie ontvangen: de NPCF, de NVM, ZN, de NZa, de CG-raad/CSO, de BOGIN en Nefemed. Er is brede steun voor de voor de gezamenlijke aanpak voor gepast gebruik die het CVZ in dit Pakketadvies heeft beschreven.

De NPCF voegt hieraan toe dat onderbelicht is dat de patiënt wel goed toegerust moet zijn om eigen regie te kunnen voeren en eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Ook de NZa wijst op het belang dat de patiënt goed in beeld blijft. Het CVZ heeft dit in het rapport toegevoegd. De NVM staat niet afwijzend tegen het onder de werkingssfeer van gepast gebruik brengen van preventieve zorg. Wel wijst de NVM erop dat in geval preventieve (mond)zorg bij patiënten met een lage ziektelast niet meer vanuit de basisverzekering wordt vergoed en de patiënten zich als gevolg daarvan niet meer laten behandelen, de klachten kunnen resulteren in een hoge ziektelast.

Nefemed constateert dat de oplossingen die het CVZ voorstelt om gepast gebruik te bevorderen in het voorgelegde conceptadvies nog ontbraken. Nefemed is van mening dat die oplossingsrichtingen niet zonder de gebruikelijke consultatieprocedure aan de minister van VWS kunnen worden aangeboden. ZN geeft aan dat het verder ontwikkelen en bevorderen van gepast gebruik, dicht bij de praktijk van alledag moet gebeuren. Partijen moeten in gezamenlijkheid zorgen voor eenduidige randvoorwaarden en een adequate informatievoorziening over onder andere effectiviteit, indicaties, kwaliteit, kosten en resultaten. Deze randvoorwaarden en informatievoorziening zijn belangrijke voorwaarden voor het verbeteren van het proces van zorginkoop. Op dat kruispunt komen de verschillende wegen van gepast gebruik immers samen.

Antwoord CVZ

De opmerking van Nefemed over het ontbreken van oplossingsrichtingen is correct. Hierover hebben sinds de verzending van het conceptadvies ter bestuurlijke consultatie en het uitbrengen van het Pakketadvies nog rondetafelconferenties plaatsgevonden. In paragraaf 2.e.3. heeft het CVZ het vervolgtraject geschetst. Het streven is om in de tweede helft van 2011 een gezamenlijk eindproduct over gepast gebruik uit te brengen. Het betreft dus geen CVZ-rapport. Op welke manier dat eindproduct vormt krijgt, is nog niet bekend. Eenduidige randvoorwaarden en een goede informatievoorziening, zoals door ZN ingebracht, zijn in het verdere traject belangrijke punten. Het CVZ neemt de opmerking van de NVM over preventieve zorg mee bij de uitvoeringstoets lage ziektelast.

Ontvangen reacties

De CG-raad/CSO vinden dat benadering van het CVZ onvoldoende rekening houdt met de grote groep ouderen en chronisch zieken met multimorbiditeit. Deze kwetsbare groepen zijn volgens hen niet geholpen met streng geprotocolleerde zorg per afzonderlijke aandoening, maar vragen juist om integrale diagnostiek en behandeling. Daarbij kan het voorkomen dat een zwaardere/duurdere behandelvorm wel nodig is, bijvoorbeeld omdat een lichte

behandelvorm niet goed uitpakt voor een andere aandoening. De BOGIN geeft tot slot aan dat het sterke voorkeur verdient om ook rondetafelbijeenkomsten te organiseren rondom de farmaceutische zorg. De BOGIN neemt daaraan graag deel.

Antwoord CVZ

Het CVZ onderstreept dat het tot de professionaliteit van de beroepsgroepen behoort om bij indicatiestelling of diagnose en een daaruit eventueel voortvloeiend behandeltraject, rekening te houden met individuele patiëntenkenmerken, waaronder multimorbiditeit. Het CVZ heeft stepped care geformuleerd als uitgangspunt. In situaties waarin het inzetten van een eenvoudige behandeling, gelet op de aandoening(en) van betrokkenen niet zinvol is, is het vanzelfsprekend dat die eenvoudige behandeling wordt overgeslagen. Ook dat is gepast gebruik.

Het CVZ is de rondetafelbijeenkomsten in eerste instantie gestart vanuit de optiek dat hieraan deelnemende partijen reflecteren op de gewenste en onbedoelde nevenwerkingen van het systeem, met als gezamenlijk doel gepast gebruik te bevorderen. In het vervolgtraject kunnen ook rondetafelconferenties gericht op specifieke onderwerpen aan de orde zijn, zoals specifieke aandoeningen of specifieke onderdelen van een zorgtraject.

8.b.3. Voorwaardelijke financiering

Ontvangen reacties

Op het nader advies inzake voorwaardelijk financiering hebben de NPCF, ZN, de Federatie Opvang, de BOGIN en Nefemed hun zienswijze gegeven. Het instrument van voorwaardelijke financiering krijgt steun van belanghebbende partijen. ZN spreekt zijn voorkeur uit voor voorwaardelijke financiering door middel van subsidie en geeft aan dat de systematiek zich moet verenigen met de innovatieregels die de NZa vaststelt. De Federatie Opvang vraagt zich af of het instrument van voorwaardelijke financiering ook geschikt is voor de langdurige zorg en wil graag meedenken over onderwerpen die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Ook patiëntenorganisaties willen betrokken worden bij de selectie van onderwerpen, zo stelt de NPCF. Nefemed mist een lijst van potentiële onderwerpen in voor voorwaardelijke financiering in

aanmerking zouden kunnen komen en betreurt het niet betrokken te zijn geweest bij de bespreking over de verdere uitwerking van dit instrument. De BOGIN dringt aan op duidelijke criteria voor de uiteindelijke besluitvorming na ommekomst van de periode van voorwaardelijke financiering.

Antwoord CVZ

Het CVZ merkt op dat het ministerie van VWS, na het eerdere advies dat het CVZ over de wenselijkheid van voorwaardelijke financiering uitbracht, pas sinds kort de introductie ervan overweegt. Het CVZ werkt op dit moment samen met het ministerie van VWS uit hoe dit instrument vorm kan krijgen in de wet- en regelgeving. In het Pakketadvies heeft het CVZ, op basis van de in het eerder rapport over voorwaardelijke financiering genoemde criteria, enkele onderwerpen uitgewerkt die mogelijk als 'pilot' zouden kunnen dienen. Het CVZ benadrukt dat er vooralsnog waarschijnlijk alleen sprake is van een pilot. Op basis van de pilots zal het CVZ de selectiecriteria voor toekomstig potentiële onderwerpen, met inbegrip van onderwerpen op het terrein van de langdurige zorg, en de criteria die worden gehanteerd om tot besluitvorming te komen aan het eind van de periode van voorwaardelijke financiering, nog verder uitwerken. Relevante partijen betreft het CVZ daarbij.

8.b.4. Ziektelast

Ontvangen reacties

De NPCF, KNMG, CG-raad/CSO, BOGIN, Nefarma en Nefemed zijn in hun reacties ingegaan op de paragraaf ziekte­last in het conceptadvies.

Uit de ontvangen reacties blijkt dat belanghebbende partijen van oordeel zijn dat het begrip ziekte­last nog onvoldoende ontwikkeld is om als criterium voor pakketbeheer toe te passen.

Er zijn nauwelijks gegevens over ziekte­last beschikbaar en het is praktisch onmogelijk om zinvolle afkappunten te formuleren voor het laten uitstromen van aandoeningen met een lage ziekte­last. De NPCF tekent daarbij aan dat het hanteren van het criterium ziekte­last leidt tot verschraling van zorg en signaleert de volgende risico's:

- verwaarlozing van eenvoudig te verhelpen klachten, waardoor in een later stadium sprake kan zijn van hogere ziektelast en dus duurdere zorg;
 - substitutie naar duurdere zorg;
 - toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- De NPCF pleit daarom voor de benadering van gepast gebruik van zorg.

Antwoord CVZ

Op 9 maart 2011 heeft het CVZ de uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering van de minister van VWS ontvangen. In het Regeerakkoord is vanaf 2015 een besparing voorzien van € 1,3 miljard op basis van de lage-ziektelastbenadering.

Het CVZ is van mening dat ziektelast wel degelijk als criterium kan worden gehanteerd bij het bepalen van de omvang van de verzekerde zorg. Wel erkent het CVZ dat toepassing van het ziektelast-principe complex is. In de uitvoeringstoets, die naar verwachting in januari 2012 wordt uitgebracht, zal het CVZ ingaan op de consequenties van het hanteren van verschillende afkappunten voor het bepalen van de grenswaarde van lage ziektelast. Ook de problemen rond substitutie en preventie worden door het CVZ onderkend en zullen in de toets worden beschreven, met daarbij de mogelijke oplossingen voor het terugdringen van ongewenste gevolgen, waaronder het ontstaan van (meer) sociaal economische gezondheidsverschillen.

8.b.5. Gepast gebruik in de AWBZ

Ontvangen reacties

In de paragraaf gepast gebruik in de AWBZ heeft het CVZ de huidige rollen die aan partijen zijn toebedeeld beschreven en de omstandigheden en sturingselementen waarmee zijn te maken hebben. De CVZ concludeert dat het huidige systeem onvoldoende prikkel bevat voor gepast gebruik. Op deze beschrijving heeft het CVZ reacties ontvangen van Jeugdzorg Nederland, het CIZ, de NPCF, de VGN, ZN, de NZa, ActiZ, de CG-raad/CSO een GGZ-Nederland.

ZN, de NZa en ActiZ onderschrijven de analyse die het CVZ gemaakt heeft. Jeugdzorg Nederland merkt op dat een

passend aanbod voor jongeren met multiproblematiek ontbreekt. Hierdoor is op maat gesneden zorg moeilijk te realiseren, waardoor jongeren een beroep op een PGB moeten doen. Het CVZ ziet deze reactie als steun voor zijn stelling dat de huidige bekostigingsstructuur geen prikkel tot innovatie biedt.

Het CIZ gaat in op de indicatiestelling en de doelmatigheidsafweging daarbij. Het CIZ leidt uit het conceptadvies af dat het CVZ van oordeel is dat een indicatiebesluit dat leidt tot een afdwingbaar recht op zorg een systeemfout is. Het CIZ ziet de manier waarop de indicatiestelling in de AWBZ is geregeld vooral als een versterking van de positie van de verzekerde. Verder vindt het CIZ dat het zelf geen taak heeft ten aanzien van de doelmatigheid, omdat het vaststellen van de zorg en de kosten daarvan gescheiden trajecten zijn.

Antwoord CVZ

Het CVZ stelt niet zozeer het feit dat het indicatiebesluit een afdwingbaar recht op zorg geeft ter discussie, maar kaart het ontbreken van de noodzakelijke randvoorwaarden aan om hieraan een goede uitvoering te geven. Het CVZ doelt daarmee onder meer op het ontbreken van adequaat wettelijk toezicht en de onmogelijkheid voor zorgverzekeraars (het zorgkantoor) om bezwaar te maken tegen een indicatiebesluit. Het vaststellen van de tarieven voor zorgprestaties en de inkoop van zorg zijn inderdaad geen taken van het indicatieorgaan. Doelmatigheid heeft echter ook te maken met de aard en omvang van de geïndiceerde zorg. Voor zorgkantoren (en daarmee voor de NZa als toezichthouder) is het indicatiebesluit een gegeven. Eerder heeft het CVZ al het standpunt ingenomen dat, als het indicatieorgaan de doelmatigheidsbeoordeling niet kan of wil maken, dit tot gevolg moet hebben dat de indicatie de status van advies zou moeten hebben. Overigens ligt dit voor de hand als verzekeraars de AWBZ risicodragend gaan uitvoeren, zoals het voornemen van het kabinet is.

Ontvangen reacties De VGN en GGZ Nederland gaan onder meer in op de uitkomstmaten in de care. Beide vragen zich af of één sectorbrede uitkomstmaat haalbaar is. GGZ Nederland verwijst in dit kader naar de mogelijkheden van Routine Outcome Measuring (ROM) in de GGZ.

Antwoord CVZ Het CVZ merkt op dat de ROM een meetinstrument om de voortgang van het zorgproces bij individuele verzekerden te monitoren en de resultaten van zorgverleners en instellingen te evalueren. Het CVZ is op zoek naar een effectmaat aan de hand waarvan de effecten op de kwaliteit van leven van een bepaalde afzonderlijke interventie of zorgvorm kan worden vastgesteld. Een dergelijke effectmaat is nodig om tot betere uitspraken over de kosteneffectiviteit van nieuwe interventies of zorgvormen te komen. In de somatische zorg bestaat bijvoorbeeld de EQ5-D. Daarmee is het mogelijk het effect op de kwaliteit van leven van verschillende interventies met elkaar te vergelijken, en de kosten van de gewonnen Quality Adjusted Lifeyears (QALY's) te bepalen. Overigens sluit het CVZ niet bij voorbaat uit dat specifiekere effectmaten voor verschillende doelgroepen beter blijken te voldoen.

Ontvangen reacties GGZ Nederland bestrijdt de stelling van het CVZ dat de remmende rol van eigen bijdragen niet groot is. GGZ Nederland wijst erop dat de invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding 40% van de verzekerden doet (overwegen te) stoppen met de begeleiding. Het CVZ heeft bedoeld aan te geven dat er geen remmend effect is op ongepast gebruik. De maximale eigen bijdrage extramuraal is al snel bereikt, en intramuraal is er geen koppeling met de omvang van de zorg.

De CG-raad/CSO onderschrijven niet de stelling van het CVZ dat de AWBZ oorspronkelijk alleen voor langdurige intramurale zorgvormen was bestemd. Immers, in de loop der jaren zijn ook andere zorgvormen in de AWBZ opgenomen.

Antwoord CVZ Bij de totstandkoming van de AWBZ (in 1968), was de zorg uitsluitend gericht op langdurige intramurale zorg. De

beleidsdoeleinden van de AWBZ zijn in de loop der jaren sterk gewisseld. Het CVZ constateert dat de inhoud van de huidige AWBZ niet eenduidig is en acht het mede daarom van belang de discussie te voeren over de toekomstige vormgeving van de langdurige zorg. Zoals eerder aangeven, betreft het CVZ daarbij de belanghebbende partijen.

8.b.6. Visie op de langdurige zorg

Ontvangen reacties Op de visie op de langdurige zorg die het CVZ in het Pakketadvies presenteert, zijn reactie ontvangen van het CIZ, de NPCF, de KNMG, ZN, de NZa, ActiZ, de Federatie Opvang en GGZ-Nederland.

De KNMG geeft aan dat de ouderenzorg niet gebaat is bij een onderscheid tussen intramurale (zwaarste zorgbehoefte) en extramurale zorg. Tevens geeft de KNMG aan dat voor ouderen het een averechts effect op de kwaliteit kan hebben wanneer alleen de in het laatste levensjaar benodigde zorg (gemiddelde opnameduur verpleeghuis is één jaar geeft de KNMG aan) onder een andere wet valt. De KNMG bepleit voor de toekomstige inrichting van het verzekeringsstelsel een zogenoemde doelgroepenbenadering. Ook de NPCF is voorstander van deze doelgroepenbenadering. Daarnaast wijzen de NPCF en de VGN erop dat de functie begeleiding niet voor iedereen hetzelfde is. Het CIZ benadrukt dat een duidelijke scheiding tussen zorg en activerende ondersteuning belangrijk is voor heldere aanspraken. De grens tussen zorg en activerende ondersteuning op individueel niveau is vaak moeilijk te trekken.

De VGN is het verder oneens met het scheiden van wonen en zorg in de gehandicaptenzorg.

ZN gaat graag het publieke debat aan over de toekomst van de langdurige zorg. ZN vraagt zich af hoe de visie van het CVZ zich verhoudt tot het kabinetsbeleid en of de vraagstelling breder opgevat wordt dan alleen het domein van de AWBZ. Bij afbakening tussen stelsel kunnen fricties ontstaan. Die moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. De NZa voegt hieraan toe dat een logische en duidelijke afbakening van domeinen,

waarbij grijze gebieden en rafelranden worden voorkomen, voorwaarde is om een samenhangend aanbod te kunnen realiseren.

De Federatie Opvang werpt de vraag op of de Wmo de participatie van kwetsbare groepen heeft bevorderd en pleit ervoor geen zorgvormen uit de AWBZ te halen als dat is een aanpalend beleidsterrein niet adequaat is geregeld. Naar de mening van ActiZ sluit de gepresenteerde visie goed aan bij het eerder CVZ-advies om de (extramurale) verpleging en verzorging integraal over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. GGZ-Nederland vindt het voorbarig dat het CVZ bij het omschrijven van de 'zwaarst te verzekeren zorgbehoefte' heeft aangegeven dat het bij deze groep alleen om intramurale zorg gaat.

Antwoord CVZ

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Daarin komen de punten die partijen hebben aangegeven, zoals de vraag of een doelgroepenbenadering wenselijk is, aan de orde. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011.

8.b.7. Internationaal

Ontvangen reacties

Nefemed en Nefarma hebben gereageerd op de activiteiten die het CVZ in internationaal verband onderneemt op het terrein van pakketbeheer. Nefarma geeft aan dat internationale samenwerking en een goede communicatie hierover van belang zijn om dubbelingen in het beoordelingsproces te voorkomen. Nefemed vraagt of het CVZ ook op het terrein van de hulpmiddelenzorg internationaal activiteiten ontplooit.

Antwoord CVZ

Het CVZ heeft in het rapport verduidelijkt dat een deel van de activiteiten binnen EUnetHTA zich ook richten op de hulpmiddelenzorg, zowel intra- als extramuraal.

9. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket van het CVZ (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. De samenstelling van de ACP is opgenomen in bijlage 4 bij dit pakketadvies.

In haar vergadering van 11 maart 2011 heeft de ACP het conceptrapport Pakketadvies 2011 en de daarop van belanghebbende partijen ontvangen reacties besproken. Onderstaand het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het CVZ.

Positief advies met enkele kanttekeningen

De ACP adviseert de Raad van Bestuur positief over het uitbrengen van het Pakketadvies 2011. Wel plaatst de ACP kanttekeningen bij enkele onderwerpen, waarover ze graag later een definitief advies uitbrengt. Daarnaast merkt de ACP op dat het conceptadvies nog enige redactie verdient.

Langdurige zorg

Met name de nieuwe visie op de langdurige zorg is naar het oordeel van de ACP nog onvoldoende uitgewerkt. De ACP vindt vooral de standpunten die de SER en de RVZ in eerdere rapporten gaven onvoldoende terug. Ook mist de ACP de eerder besproken notitie die prof.dr. R. v.d. Veen op verzoek van het CVZ heeft opgesteld. De ACP wordt graag betrokken bij de verdere visieontwikkeling en zal te zijner tijd haar definitieve advies aan de Raad van Bestuur van het CVZ uitbrengen.

Ziektelast

De ACP is van mening dat in dit advies moet worden toegevoegd dat lage ziektebelasting niet als enkelvoudige criterium moet worden toegepast, maar altijd in combinatie met de andere pakketprincipes. Vooruitlopend op behandeling van de recent van het ministerie van VWS ontvangen uitvoeringstoets, merkt de ACP het volgende op. De ratio achter lage ziektebelasting, wat is ziekte en wat is ongemak, is op zich legitiem als basis voor pakketbeheer. Dat de toepassing ervan uitvoeringstechnische kwesties met zich meebrengt, mag er niet toe leiden het criterium lage ziektebelasting bij voorbaat en op

principiële gronden te problematiseren. De ACP adviseert het CVZ de uitvoeringstoets niet technocratisch op te pakken en ook de effecten van het eventueel uitsluiten van aandoeningen met een lage ziektelast op de rol van de eerstelijns gezondheidszorg als poortwachter in beeld te brengen. Tot slot doet de ACP de suggestie om bij de totstandkoming van de uitvoeringstoets ook aandacht te besteden aan aandoeningen met een hoge ziektelast en hoge kosten. Ook over dit onderwerp denkt de ACP graag mee in het verdere traject.

Voorwaardelijke financiering

Over de voorwaardelijke financiering heeft de ACP zich al eerder positief uitgesproken. De ACP adviseert te verhelderen welke afweging het CVZ heeft gemaakt bij de keuze van onderwerpen die naar de mening van het CVZ met ingang van 2012 voor die voorwaardelijke financiering in aanmerking zouden moeten komen en op welke gronden dergelijke keuzen in de toekomst gemaakt zullen worden.

Gepast gebruik

Op het gebied van gepast gebruik adviseert de ACP ook de onafhankelijke indicatiestelling te betrekken. Het gaat dan om de huidige situatie waarbij dezelfde arts zowel de indicatie stelt als de behandeling inzet. Is het mogelijk om het gebruik van een second opinion te bevorderen? Aan de handhaving van het toepassen van richtlijnen kan naar het oordeel van de ACP een zwaarder gewicht worden toegekend. Wel tekent de ACP hierbij aan dat je je niet in alle situaties alleen op richtlijnen kunt verlaten, bijvoorbeeld in geval van multimorbiditeit. Daarnaast is de ACP van mening dat ook de patiënt, bijvoorbeeld door therapietrouw, een bijdrage kan leveren aan gepast gebruik.

10. Besluit CVZ

De Raad van Bestuur heeft kennisgenomen van de bestuurlijke reacties van belanghebbende partijen en van het advies dat de ACP op 11 maart 2011 heeft uitgebracht.

Ten opzichte van conceptadvies dat ter bestuurlijke consultatie is verzonden, heeft de Raad van Bestuur, gelet op de ontvangen reacties en het advies van de ACP, een aantal wijzigingen aangebracht in het Pakketadvies 2011.

Het CVZ benadrukt in opnieuw het grote belang van gepast gebruik: het voorkomen van over- en onderbehandeling. In dit Pakketadvies gaat het CVZ dieper in op de belemmeringen in gepast gebruik in de weg staan en de mogelijke oplossingen hiervoor. Het CVZ trekt hierin op met een aantal belangrijke partijen in de zorg. Met hen presenteert het CVZ in de tweede helft van 2011 een gezamenlijk document met concrete plannen voor gezamenlijk te ondernemen acties om gepast gebruik te bevorderen.

Het CVZ heeft zijn de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg beter uitgeschreven en toegespitst op de kernvraag: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Het CVZ zal hierbij, naar analogie van al gerealiseerde veranderingen in andere sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat als uitgangspunt kiezen.

Daarnaast is het nadere advies aan de minister van VWS opgenomen om een viertal pilots te starten met het instrument van voorwaardelijke financiering. Over de wenselijkheid van een dergelijk instrument bracht het CVZ in november 2009 eerder advies uit.

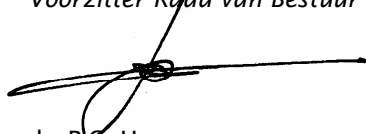
De Raad van Bestuur betreft de van belanghebbende partijen ontvangen reacties en de adviezen van de ACP bij de nadere uitwerking van de onderwerpen voorwaardelijke financiering, ziektebelasting en gepast gebruik.

De visie van het CVZ op de toekomst van de langdurige zorg krijgt de komende periode een verdere uitwerking. Het CVZ organiseert hiertoe een aantal publieke debatten, te beginnen op 24 mei 2011. Het CVZ zal ook de recent ontvangen uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering ter hand nemen. Het CVZ zal de ACP in beide trajecten zo vroeg mogelijk betrekken.

In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

dr. P.C. Hermans

Bijlage 1: Reactie minister op het Pakketadvies 2010

<i>Brief aan Tweede Kamer</i>	Met zijn brief van 21 juni 2010 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer heeft de toenmalige minister van VWS gereageerd op het Pakketadvies 2010. De minister gaat specifiek in op het belang van stepped care en noemt dit een voorbeeld van gepast gebruik.
<i>Bekkenfysiotherapie in pakket</i>	Om stepped care ook via regelgeving te faciliteren heeft de minister van VWS besloten een eerder advies van het CVZ op het terrein van bekkenfysiotherapie over te nemen. Bekkenfysiotherapie wordt in de richtlijn van de NVOG aanbevolen als primaire behandeling, maar wordt niet ondersteund vanuit het basispakket. De minister heeft besloten de eerste negen behandelingen voor bekkenfysiotherapie in het basispakket op te nemen.
<i>Adviezen nagenoeg geheel overgenomen</i>	De andere adviezen die het CVZ in het Pakketadvies 2010 gaf, heeft de toenmalige minister van VWS (op dat moment) nagenoeg ongewijzigd overgenomen. Het gaat onder meer om de beperking van mondzorg tot de leeftijd van 18 jaar (was 21 jaar), het laten uitstromen van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (met inbegrip van de AWBZ-uitleen) en een aantal functiegerichte omschrijvingen op het terrein van de hulpmiddelenzorg. De minister heeft twee adviezen van het CVZ niet (geheel) overgenomen. Het CVZ adviseerde de middelen voor het voorbehoeden van zwangerschap en de anticonceptiemiddelen voorgeschreven op medisch indicatie niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie. De minister heeft besloten de vergoeding van anticonceptiva te beperken tot de leeftijd van 21 jaar. De minister besloot ook het advies over de functiegerichte omschrijving van de hoorhulpmiddelen (nog) niet over te nemen. De door het CVZ geadviseerde functiegerichte omschrijving behelsde tevens een indicatie-uitbreiding en het laten vervallen van de in de regeling opgenomen maximum vergoedingsbedragen. De minister

heeft het CVZ gevraagd eerst de financiële effecten van het laten vervallen van de vergoedingslimieten beter in kaart te brengen.

Naar aanleiding van de begrotingsbehandeling van VWS in november 2010 heeft de huidige minister de per 1 januari 2011 te verzekeren prestaties op een tweetal onderdelen gewijzigd. Het betreft de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen en de anticonceptiva.

***Geen uitstroom
eenvoudige
mobiliteits-
hulpmiddelen***

De minister van VWS heeft verder besloten om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen als te verzekeren prestatie te handhaven (zowel Zvw als AWBZ-uitleen). Op verzoek van de Tweede Kamer komt de minister daarmee terug op het eerdere besluit van haar voorganger om deze hulpmiddelen met ingang van 2011 niet meer vanuit de basisverzekering te vergoeden.

***Indicatiecriteria
anticonceptiva***

De minister handhaaft het eerdere besluit om met ingang van 2011 de leeftijdsgrens voor de vergoeding van anticonceptiva te verlagen tot 21 jaar. Voor anticonceptiva die op medische grond worden voorgeschreven maakt de minister een uitzondering op de verlaging van deze leeftijdsgrens. Het betreft anticonceptiva:

- ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroep zijn aanvaard;
- ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarde zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.

Bijlage 2: Overzicht pakket 2011

2.a. Te verzekeren zorg

De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in aparte artikelen van het 'Besluit zorgverzekering' (Bzv) (artikelen 2.4 tot en met 2.15):

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die bieden;
- farmaceutische zorg (gesloten lijst);
- hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden die bieden;
- vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance, per auto of openbaar vervoer omvat.

In de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het BZV staat beschreven wat wel en niet onder deze te verzekeren prestaties¹³ valt.

Zo zijn er bijvoorbeeld beperkingen op de gebieden van in-vitrofertilisatie (IVF), plastische chirurgie, fysiotherapie en mondzorg. In de 'Regeling zorgverzekering' staan ook nadere bepalingen over de te verzekeren prestaties, onder meer voor farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Op grond van artikel 2.1 lid 2 van het Bzv worden inhoud en omvang van de hierboven opgesomde prestaties mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

¹³ Het CVZ hanteert het begrip 'te verzekeren prestatie' ter onderscheiding van de 'verzekerde prestatie' om aan te geven dat er een verschil is tussen wat in de Zvw staat en wat in de

In het 'Besluit zorgaanspraken AWBZ' (Bza) is de aard, inhoud en omvang van de zorg geregeld, waarop cliënten aanspraak kunnen doen in het kader van de AWBZ.

In artikel 2 van het Bza zijn zes functies geformuleerd:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf, meer dan drie etmalen per week;
- kortdurend verblijf, maximaal drie etmalen per week.

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

- voortgezet verblijf;
- aanvullende aanspraken bij behandeling en verblijf in dezelfde instelling (artikel 15);
- vervoer, voor zover medisch noodzakelijk naar dagbesteding (behandeling of begeleiding in groepsverband);
- gebruik verpleegartikelen;
- doventolkzorg;
- neonatale hielprik;
- vaccinaties.

Met ingang van 2011 is het verzekerde pakket op verschillende punten gewijzigd. Hieronder een opsomming van de belangrijkste wijzigingen in de Zvw:

- het stoppen-met-rokenprogramma is een te verzekeren prestatie;
- de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie zijn een te verzekeren prestatie;
- de eerste twaalf behandelingen fysiotherapie en oefentherapie zijn geen te verzekeren prestatie (was de eerste negen behandelingen);

zorgverzekeringspolis staat. In de wet staat wat de verzekeraars moeten verzekeren. In de polis staat waar de verzekerde daadwerkelijk voor is verzekerd (hoe, door wie en waar).

- de vergoeding van mondzorg is beperkt tot de leeftijd van 18 jaar (was 22);
- anticonceptiva zijn uitsluitend nog een te verzekeren prestatie voor verzekerden:
 - jonger dan eenentwintig jaar;
 - ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroep zijn aanvaard;
 - ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarde zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.
- vergoeding van antidepressiva vindt nog uitsluitend plaats bij bepaalde zware indicaties;
- eenvoudige extracties (tand of kies trekken) door een kaakchirurg.

Daarnaast is op het terrein van de hulpmiddelenzorg een drietal functiegerichte omschrijvingen ingevoerd. Het betreft de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in:

- de functies van urinelozing en defecatie;
- het hematologisch systeem;
- in de bloedsuikerspiegel.

Op het terrein van de AWBZ hebben met ingang van 2011 de volgende wijzigingen plaatsgevonden:

- in het Bza is de functie verblijf (meer dan drie etmalen per week) zodanig omschreven dat de aanspraak samen gaat met een pakket aan zorg en niet meer samen met de losse functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. De verzekerde die is aangewezen op verblijf in een instelling heeft aanspraak op zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket (ZZP), behorend bij het cliëntprofiel waarin hij het best past. Deze ZZP-systematiek geldt ook voor voortgezet verblijf van een verzekerde met een psychiatrische aandoening in een AWBZ-instelling;

- hiermee samenhangend is er een nieuwe aanspraak op logeeropvang (kortdurend verblijf) geregeld, die wordt geïndiceerd in functies en klassen. Aanspraak op deze zorg bestaat alleen als de verzekerde is aangewezen op permanent toezicht en het noodzakelijk is dat de gebruikelijkezorger (bv. ouder, partner) of mantelzorger ontlast moet worden.
- als gevolg van de genoemde wijzigingen zijn ook het Zorgindicatiebesluit en de Regeling zorgaanspraken AWBZ aangepast. Verder zijn het Bijdragebesluit zorg en de Bijdrageregeling zorg gewijzigd. Daarnaast is in de Zorgindicatieregeling de geldigheidsduur van een indicatiebesluit vastgesteld op maximaal vijftien jaar;
- in het Bza is geregeld dat een verzekerde die aanspraak heeft op forensische zorg als bedoeld in artikel 2 juncto artikel 5, eerste lid, van het Interimbesluit forensische zorg geen recht heeft op AWBZ-zorg. In het Zorgindicatiebesluit is de forensische zorg vervolgens uitgezonderd van indicatiestelling door het CIZ.

2.b. Zorguitgaven en – financiering

In 2011 kost de zorg die ten laste van de ZVW en de AWBZ komt naar verwachting ongeveer € 61,7 miljard. De Zvw neemt 60% van de uitgaven voor zijn rekening. In de tabel hieronder ziet u de verdeling van de totale uitgaven over de Zvw en AWBZ.

Zorguitgaven 2011

bron: Rijksbegrotingen 2011; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Verpleging en verzorging	12,9	21%
Gehandicaptenzorg	6,4	10%
Langdurige Geestelijke gezondheidszorg	1,7	3%
Persoonsgebonden budget	2,2	4%
Overige uitgaven (ongespecificeerd)	1,4	2%
Totaal uitgaven AWBZ	24,6	40%

ZVW

Eerstelijnszorg	4,2	7%
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	18,3	30%
Geneesmiddelen en hulpmiddelenzorg	7,1	12%
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3,7	6%
Overige uitgaven (ongespecificeerd)	3,8	6%

Totaal uitgaven Zvw **37,1 60%**

Totaal der uitgaven AWBZ + Zvw **61,7 100%**

Tegenover uitgaven staan ook inkomsten. De inkomsten bedragen in 2011 naar verwachting € 62,8 miljard, te weten € 23,3 miljard voor de AWBZ en € 39,5 miljard voor de Zvw.

Financiering van de Zorguitgaven

bron: Rijksbegrotingen 2011; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Procentuele premies AWBZ	22,0	35%
Eigen betalingen AWBZ	1,6	3%
Rijksbijdragen, overige inkomsten AWBZ	-0,3	0%

Totaal financiering AWBZ **23,3 37%**

Zvw

Inkomensafhankelijke bijdragen Zvw	19,8	32%
Nominale premie Zvw	15,9	25%
Rijksbijdragen, overige inkomsten	2,2	4%
Eigen betalingen Zvw	1,6	3%

Totaal financiering Zvw **39,5 63%**

Totaal financiering via AWBZ + Zvw **62,8 100%**

Voor de goede orde merkt het CVZ hierbij op dat de uitgaven en financiering niet sluitend zijn omdat deze deels ook betrekking hebben op voorgaande jaren.

Bijlage 3: Afkortingenoverzicht

ACP	Adviescommissie Pakket
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
Bza	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit zorgverzekering
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp
CGM	Continue glucose monitoring
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CRvB	Centrale Raad van Beroep
CSO	Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EBM	Evidence Based Medicine
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GLI	Gecombineerde leefstijl interventie
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
HTA	Health Technology Assessment
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
iMTA	Institute for Medical Technology Assessment
IVF	In-vitrofertilisatie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MEDEV	Medicine Evaluation Committee
MRI	Magnetisch Resonance Imaging
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NOG	Nederlands Oogheekundige Gezelschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PBG	Persoonsgebonden budget
PGD	Preïmplantatie Genetische Diagnostiek
QALY	Quality Adjusted Life Years
Rzv	Regeling zorgverzekering
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMBV	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 4: Taak en samenstelling adviescommissies CVZ

Inleiding

Het CVZ kent een drietal commissies die de Raad van Bestuur adviseert op het gebied van pakketbeheer. De commissies zijn:

- de Adviescommissie Pakket (ACP);
- de Duidingscommissies Pakket (DCP);
- de Commissie farmaceutische hulp (CFH).

Hierna beschrijft het CVZ de taken en de samenstelling van deze commissies.

Adviescommissie Pakket

De ACP is ingesteld op grond van artikel 59a van de Zvw. De ACP heeft als taak te adviseren over de maatschappelijke aspecten van rapporten of signalen als bedoeld in artikel 66 die het CVZ voorbereidt. De leden van de ACP worden benoemd door de minister van VWS. De leden van de ACP zijn:

Mevrouw prof.dr. I.D. de Beaufort
De heer dr. C. Smit
De heer prof.dr. G.J. van der Wilt
De heer drs. M.C. Dekker
De heer prof.dr. J. Kievit
Mevrouw mr. W. Sorgdrager
De heer dr. P.C. Hermans
De heer dr. A. Boer (voorzitter)
Mevrouw H.B.M. Grobbink CCMM

Duidingscommissie Pakket

De DCP is ingesteld op basis van het bestuursreglement van het CVZ. De DCP heeft als taak het uitbrengen van advies aan het bestuur over:

- individuele verzekerings- en indicatiegeschillen,
(artikel 114 Zvw en artikel 58 AWBZ)

- het eenduidig uitleggen van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties (artikel 11 ZVW) op grond van artikel 64 Zvw;
- het eenduidig uitleggen van de aard, inhoud en omvang van de aanspraken bedoeld in artikel 42 AWBZ

De leden worden benoemd door Raad van Bestuur van CVZ. De samenstelling van de DCP is als volgt:

Mevrouw P.M. Altenburg (voorzitter)
 De heer mr. G.J. Bloemendal
 Mevrouw drs. C. Littoij
 Mevrouw H.K. Meutgeert-Dekker
 Mevrouw drs. L.S. Schrevel
 Mevrouw drs. H.J.M. Slot, kinderarts
 Mevrouw dr. W.A.H.J. van Stiphout
 De heer M.A.J.W. de Wit, arts
 Mevrouw mr. J. Engering (namens het ministerie van VWS)

Commissie farmaceutische hulp

De CFH is ingesteld op basis van het bestuursreglement van het CVZ. De CFH heeft als taak te rapporteren aan het bestuur ten behoeve van;

- de advisering aan de minister over farmaceutische hulp (art 66 Zvw);
- de advisering aan de Nederlandse Zorgautoriteit over intramurale geneesmiddelen in het kader van diens beleidsregels.

De leden worden benoemd door RvB van CVZ. De CFH is als volgt samengesteld:

De heer prof.dr. J.H.M. Schellens (voorzitter)
 Mevrouw dr. M.J. Al
 De heer prof.dr. A. de Boer
 De heer prof.dr. M.L. Bouvy
 De heer prof.dr. J.J. van Busschbach
 De heer prof.dr. J.W. Cohen Tervaert
 Mevrouw dr. A.J. Croockewit

De heer dr. R.A.M.J. Damoiseaux
De heer prof.dr. T. van Gelder
De heer prof.dr. H.J. Guchelaar
De heer prof.dr. E. Hoencamp
De heer dr. J.G.W. Korterink
De heer dr. C. Kramers
De heer dr. R.J. van Marum
De heer dr. P.H.E.M. de Meijer
Mevrouw dr. S.J. Pinto-Sietsma
De heer prof.dr. J.J. Polder
De heer dr. E.N. van Roon
De heer dr. B.A. Semmekrot
De heer prof.dr. J.L. Severens
De heer dr. E.P. Walma
De heer dr. J.W. van 't Wout

Ministerieel vertegenwoordigers in de CFH zijn:

De heer drs. H. Kooijman
De heer drs. P.P. Kruger
De heer dr. H.F. Storms
De heer dr. M.J. van de Velde

Bijlage 5 ¹⁴

Overzicht adviezen

1. Geneesmiddelenbeoordeling
Alitretinoïne (Toctino®)
1 september 2010
2. Geneesmiddelenbeoordeling
Dronedarone (Multaq®)
5 juli 2010
3. Geneesmiddelenbeoordeling
Lapatinib (Tyverb®)
14 december 2010
4. Geneesmiddelenbeoordeling
Oxycodon-naloxon (Targinact®)
22 februari 2010
5. Geneesmiddelenbeoordeling
Icatibant (Firazyr®)
23 november 2010
6. De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten opbrengsten en de praktijk
9 augustus 2010
7. Behandeling bovenoogleden
17 juni 2010
8. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg
Spijsverteringsstelsel
14 februari 2011

¹⁴ De adviezen en standpunten zijn opgenomen in aparte uitgaven bij het rapport Pakketadvies 2011

- 9. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg
Visuele functie
14 februari 2011
- 10. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg
Spreken
14 februari 2011
- 11. AWBZ-zorg in en om ADL clusterwoning
21 september 2010
- 12. Verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd
14 december 2010

Overzicht standpunten: (deels) te verzekeren zorg

- 13. Aanvraag MRI door een huisarts in de Zvw
19 april 2010
- 14. Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering
31 mei 2010
- 15. Preimplantatie Genetische Diagnostiek (PGD) met exclusietest bij de ziekte van Huntington
30 augustus 2010
- 16. Proefplaatsing CPAP
20 september 2010
- 17. Endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices
25 oktober 2010
- 18. Continue glucose monitoring
1 november 2010

19. Hulpmiddelen voor Airstacken
25 november 2010
20. Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten
25 november 2010
21. Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische
voedselweigering
20 december 2010
22. Autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het
kniegewricht
28 februari 2011
23. Casemanagement
25 maart 2011
24. Van grondslagen naar cliëntprofielen
1 november 2010
25. Aanvullende dienstverlening
24 januari 2011
26. Indicatiestelling in verband met overheveling ADL-assistentie naar
AWBZ
20 september 2010
27. Herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg
23 november 2010
28. Bevoegdheidsverdeling Bureau Jeugdzorg en CIZ
30 augustus 2010
29. Tijdelijk verblijf en toepassing van de 18-dagdelenregel uit de
beleidsregels
30 augustus 2010
30. Indicatie voor verblijf van Bureau Jeugdzorg
30 augustus 2010

- 31. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg bij
indicatiestelling van jeugdigen
21 juni 2010
- 32. Relevante criteria respijtzorg en Begeleiding ter vervanging van
school en kinderopvang
25 mei 2010
- 33. Indicatie voor verblijf bij kinderen. Per geval vaststellen in
hoeverre er sprake is van enige ondoelmatigheid van zorg
19 april 2010
- 34. Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten
25 mei 2010

Overzicht standpunten: geen te verzekeren zorg

- 35. Multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus
19 april 2010
- 36. Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek
30 augustus 2010
- 37. Cochleair implantaat bij tinnitus
30 augustus 2010
- 38. Orthopedische behandelingen bij enkelartrose door middel van
hyaluronzuur injecties
20 september 2010
- 39. Zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline
gebruiken
20 september 2010
- 40. Fear Fighter. Een op basis van cognitieve gedragstherapie
gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder
paniek
20 september 2010

- 41. Genexpressie test Mammaprint bij de behandeling van
mammapcarcinoom
29 oktober 2010
- 42. Targeted Training bij cerebrale parese
23 november 2010
- 43. Nesovic operatie met adductorenrelease bij pubalgie
23 november 2010
- 44. Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis,
depressie en Gilles de la Tourette
20 december 2010
- 45. Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK)
20 december 2010
- 46. Medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen
25 maart 2011
- 47. Behandeling van chronische aspecifieke rugklachten door middel
van injectie- en denervatietechnieken
25 maart 2011
- 48. Indicatie voor AWBZ-verblijf in geval van dakloosheid
21 februari 2011

Bijlage 6

Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie Rapport Pakketadvies 2011 en de antwoordbrieven van CVZ

1. Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
d.d. 11 februari 2011
2. Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)
d.d. 11 februari 2011
3. Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
d.d. 15 februari 2011
4. Federatie Opvang
d.d. 18 februari 2011
5. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
d.d. 14 februari 2011
6. Nefarma
d.d. 15 februari 2011
7. Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
d.d. 16 februari 2011
8. Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
d.d. 16 februari 2011
9. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
d.d. 16 februari 2011
10. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
d.d. 14 februari 2011
11. Organisatie van Zorgondernemers ActiZ
d.d. 15 februari 2011

12. GGZ Nederland
d.d. 16 februari 2011
13. Nefemed
d.d. 16 februari 2011
14. Nederlandse Zorgautoriteit
d.d. 4 maart 2011
15. Zorgverzekeraars Nederland
d.d. 1 maart 2011
16. Jeugdzorg Nederland
d.d. 21 maart 2011



BOND VAN DE GENERIEKE
GENEESMIDDELENINDUSTRIE
NEDERLAND

CVZ

T.a.v. Dr.A. Boer, lid van de Raad van Bestuur
Eekholt 4
1112 XH Diemen

Betreft: consultatie pakketadvies 2011

Den Haag, 11 februari 2011

Geachte Heer Boer,

Gaarne geeft de Bogin haar reactie op het concept pakketadvies 2011. Daarbij zal de Bogin zich met name richten op die aspecten, waarbij de plaats en het gebruik van geneesmiddelen centraal staan.

Pakketbeheer in de Zvw, punt 2.c.2:

Al door de vorige minister van VWS, in het kader van het Transitie Akkoord 2008/2009 is aangekondigd dat er een langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid zou worden opgesteld. Middels de aanvraag van april 2010 is CVZ verzocht een uitvoeringstoets over het geneesmiddelenbeleid, zonder echter dat de toegezegde langetermijnvisie, op basis van de eerdere opgestelde uitgangspunten, nader is uitgewerkt. Dat maakt het formuleren van een standpunt over de geformuleerde doelen van de uitvoeringstoets niet eenvoudig.

Wat betreft het nagaan van de mogelijkheden van een voorwaardelijke of tijdelijke vergoeding voor nieuwe geneesmiddelen waarvoor op basis van de eerste gegevens aanleiding bestaat te verwachten dat nieuwe of betere behandeling voor patiënten mogelijk is, is de Bogin positief. Hierbij dienen wel duidelijk de criteria te worden geformuleerd en dient ook op een vastgesteld moment te worden beoordeeld of op basis van de aanvullende gegevens de vergoeding juist is en definitief kan worden of dat de beloften niet zijn waargemaakt en het product anders in het vergoedingensysteem moet worden opgenomen.

Hierbij speelt echter ook een rol in welke mate de differentiatie hoog-laag risico een rol gaat spelen bij de overweging van opname van geneesmiddelen in het vergoedingen systeem. Daarnaast speelt ook een belangrijke rol of geneesmiddelen wel of niet, en op welke wijze, zullen worden opgenomen in de ketenzorg afspraken, de rol van een eventuele omschrijving van aanspraken op functioneel niveau en op welke wijze vorm en inhoud zal worden gegeven aan de richtlijnen van het in oprichting zijnde Kwaliteitsinstituut.

Ook begrijpt de Bogin dat er eerst een conceptueel raamwerk wordt opgesteld voor risicogericht pakketbeheer en dat deze aan het eind van het eerste kartaal gereed zou zijn. Belangrijk daarbij is dat in een dergelijk model tevens wordt gekeken naar substitutiemogelijkheden binnen een dergelijke benadering. In dit kader is het belangrijk dat aandacht wordt geschonken aan het voorkomen van substitutie naar duurdere vormen van zorg zonder dat daar een additioneel klinisch relevant voordeel voor de patient tegenover staat.



In dat kader dient bijzondere aandacht te worden gegeven aan de geneesmiddelen en moet “zinvol en kosteneffectief” gebruik van geneesmiddelen altijd het leidende principe zijn. Maar ook bij geneesmiddelen die worden toegepast bij een lage ziektelast, en waarbij de overweging speelt of die in het pakket opgenomen moeten blijven is het belangrijk dat niet noodzakelijke substitutie naar duurdere geneesmiddelen, die wel in het pakket zijn opgenomen, wordt voorkomen. Tevens is het belangrijk extra aandacht te schenken aan het goed gebruik (voorschrijven en afleveren) van geneesmiddelen, waarbij het goed gebruik van generieke geneesmiddelen, vaak in vele standaarden eerste keus van behandeling, gestimuleerd moet worden.

In het kader van het proces van de voorwaardelijke financiering van geneesmiddelen, waarbij aanvankelijk het gebruik van relevante surrogaat parameters een belangrijke rol speelt, is het van belang de juiste selectiecriteria te ontwikkelen voor de uiteindelijke besluitvorming en wel zodanig dat ze rekening houden met het beoogde effect van het geneesmiddel en de noodzakelijke tijdsspanne waarin meer duidelijkheid over de toegevoegde waarde op niveau van morbiditeit, kwaliteit van leven en mortaliteit kan worden verkregen.

In het kader van gepast gebruik hebben er al ronde tafelbijeenkomsten plaats gevonden. Aan die bijeenkomsten heeft de farmaceutische industrie niet deelgenomen (punt 2.d.) Het zou sterke aanbeveling verdienen ook dergelijke ronde tafelbijeenkomsten te organiseren met de farmaceutische industrie en andere partijen zoals bijvoorbeeld KNMG, KNMP, Ministerie van VWS en de Regieraad over de rol van geneesmiddelen in het pakket voor de gepaste zorg van de toekomst.

De Bogin is gaarne bereid daaraan deel te nemen en een bijdrage te leveren.

Naar aanleiding van het gestelde in hoofdstuk 4 wil de Bogin het volgende opmerken: Het criterium ziektelast voor opname in het pakket is een politieke beslissing, een beslissing die wel veel discussie zal gaan opleveren, omdat zoals wordt gesteld door CVZ, de uitvoering ingewikkeld is. Wel moet daarbij gekeken worden naar mogelijke uitwijkmogelijkheden of uitwijk gedrag. In het kader van de beoordeling van de toegevoegde waarde van geneesmiddelen zou de Bogin graag zien dat, voor dat in 2012 een Europees model wordt gepresenteerd ook tijdig consultatie met de farmaceutische industrie wordt georganiseerd. Dit kan op nationale en daarna of waar direct aangewezen op internationale basis.

Hoogachtend,

Drs. P.F. Bongers
Voorzitter Bogin

Bogin
T.a.v. de heer drs. P. F. Bongers
Jan Pietersz. Coenstraat 7
2595 WP DEN HAAG

Uw brief van
11 februari 2011

Uw kenmerk

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011019221

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Bongers,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Langetermijnbeleid geneesmiddelen

U bent van mening dat de doelen van de uitvoeringstoets lastig in zijn te schatten omdat het langetermijnbeleid nog niet duidelijk is uitgewerkt. Ten aanzien van het conceptueel model voor risicogericht pakketbeheer, vraagt u aandacht voor het risico van substitutie van goedkopere zorg door duurdere zorg zonder dat de patiënt daar additionele klinische voordelen van heeft.

Het is inderdaad zo dat er momenteel veel ontwikkelingen spelen die van invloed zijn op het ontwerpen van een meer dynamisch systeem voor de vergoeding van geneesmiddelen. Het CVZ gaat in de uitvoeringstoets uit van een wens tot deregulering. Het probeert die gebieden in beeld te krijgen waarop sturing nog is gewenst, zodat andere gebieden die die sturing niet behoeven, losgelaten kunnen worden. Vanzelfsprekend is een goede monitorfunctie voor die gebieden dan wel belangrijk, om eventuele bijsturing mogelijk te maken. Een flexibel systeem gaat uit van een goed functionerende markt, waarbij die zorg wordt geleverd die nodig is voor een prijs die daarvoor redelijk is. Maar wanneer dat niet zo is, bijvoorbeeld als sprake is van substitutie van goedkopere zorg door duurdere zorg, moet dat signaal worden opgepikt en moet er iets in het systeem worden aangepast.

Het is een uitdaging om een systeem te ontwikkelen waarin alle ontwikkelingen die u, en ook andere belanghebbende partijen naar voren brengen, kunnen convergeren. Waar het beleid nog niet duidelijk vorm heeft gekregen, is inderdaad nog onduidelijk hoe dit zal uitpakken. Zoals gebruikelijk, zal het CVZ zijn conceptrapport over dit onderwerp, ter bestuurlijke consultatie aan belanghebbende partijen voorleggen.

Voorwaardelijke financiering van geneesmiddelen

Ten aanzien van voorlopige toelating dringt u aan op duidelijke criteria voor de uiteindelijke besluitvorming. Verder wijst u erop dat er nog veel onduidelijk is rond het opnemen van geneesmiddelen in de zorgketens, de functionele omschrijving van geneesmiddelen en de rol die behandelrichtlijnen in het geheel zullen spelen.

Het CVZ deelt de mening dat er vóóraf duidelijke criteria moeten zijn voor de besluitvorming aan het einde van het tijdelijke traject. Ook moeten er duidelijke criteria zijn aan de vóórkant van dit traject zodat het voldoende aannemelijk is dat na afloop van de tijdelijke financiering een gedegen besluit (positief of negatief) kan worden genomen. Het CVZ heeft deze criteria in zijn rapport van november 2009 over voorlopige financiering beschreven. Momenteel vindt overleg plaats met het ministerie van VWS om voorlopige toelating in wet- en regelgeving mogelijk te maken. In het Pakketadvies 2011 doet het CVZ concrete voorstellen om met ingang van 2012 met vier interventies, waaronder één geneesmiddel, te gaan experimenteren.

De uitvoeringstoets is inmiddels in een eerste conceptuele fase. De verwachting is dat deze in april aan partijen ter consultatie zal worden voorgelegd.

Gepast gebruik

U geeft aan dat het de sterke voorkeur verdient om ook rondetafelbijeenkomsten te organiseren met partijen die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg. U bent graag bereid daaraan deel te nemen en een bijdrage te leveren.

Het CVZ is de rondetafelbijeenkomsten gestart vanuit de optiek dat hieraan deelnemende partijen reflecteren op de gewenste en onbedoelde nevenwerkingen van het systeem. Het doel is gezamenlijk gepast gebruik te bevorderen. Onderdeel van dit traject kunnen ook rondetafelconferenties rond specifieke onderdelen van zorg zijn.

Het CVZ maakt graag gebruik van uw suggesties waar deze bijdragen aan gepast gebruik van geneesmiddelen.

Ziektelast

U merkt in uw reactie op dat substitutie naar duurdere geneesmiddelen moet worden voorkomen in geval geneesmiddelen die worden toegepast bij lage ziektebelasting niet (langer) als een te verzekeren prestatie worden aangemerkt.

Het CVZ zal in zijn uitvoeringstoets over lage ziektebelasting aandacht besteden aan (het voorkomen van) de risico's op substitutie en ander uitwijkgedrag. In het laatste kwartaal van 2011 legt het CVZ het conceptrapport ter bestuurlijke consultatie aan betrokken partijen voor.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

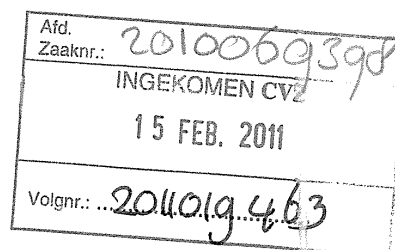
Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



postbus 1166
3430 bd nieuwegein
tel. 030 - 65 71 013
fax 030 - 65 71 859
info@mondhygienisten.nl
www.mondhygienisten.nl



De Raad van bestuur van het College
voor Zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH Diemen



Datum: 11 februari 2011

Onderwerp: concept Pakketadvies 2011

Kenmerk: VU110065/ms/ed

Geachte heer Boer,

Hierbij bevestigen wij de ontvangst van het concept pakketadvies 2011 van 13 januari jl. Naar aanleiding hiervan berichten wij u als volgt.

Pakketadvies 2011-2012

De NVM heeft in 2010 uitvoerig gereageerd op uw adviezen in het pakketadvies 2011-2012. Het pakketadvies 2011 bevat inhoudelijk geen nieuwe adviezen, hetgeen betekent dat de standpunten van de NVM ongewijzigd blijven.

Om deze reden willen wij wat betreft het pakketadvies 2011-2012 als reactie volstaan met verwijzing naar onze brieven van 15 februari en 2 juli 2010, waarvan u hierbij volledigheidshalve een kopie ontvangt.

Bestuurlijke consultatie

De NVM heeft de bestuurlijke consultatiebijeenkomst op 7 februari jl. bijgewoond. Tijdens deze bijeenkomst zijn de thema's gepast gebruik, ziektelast en langdurige zorg besproken.

Binnen de mondzorg is preventie een belangrijk element. De werkzaamheden van de mondhygiënist is voornamelijk gericht op preventie. Gepast gebruik betekent dat wordt beoordeeld welke zorg in bepaalde situaties noodzakelijk is. Indien preventieve zorg valt onder de werking van gepast gebruik, staat de NVM hier niet afwijzend tegenover.

Dit geldt echter niet voor het thema ziektelast. Het schrappen van zorg uit het basispakket voor patiënten met een lage ziektelast, staat preventie in de weg. Immers, het voorkomen van een hogere ziektelast kan met preventie worden bestreden. Indien preventieve (mond)zorg bij patiënten met een lage ziektelast niet meer uit de basisverzekering wordt vergoed, zullen patiënten zich veelal niet laten behandelen en zullen de klachten resulteren in een zware ziektelast.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist

Namens het bestuur van de NVM,



Mevrouw J.C. Jordaan
Bestuurslid portefeuille Belangenbehartiging

Bijlagen:

- kopie brief d.d. 15-02-2010
- kopie brief d.d. 02-07-2010

KOPIE

De Raad van bestuur van het College
voor Zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH Diemen



Datum: 15 februari 2010

Onderwerp: Pakketadvies 2010

Kenmerk: VU100070/eb/ed

Geachte heer Boer,

Met teleurstelling heeft de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten kennisgenomen van het voornemen van het CVZ om de minister te adviseren de mondzorg voor de jeugd van 18-22 jaar uit het basispakket te schrappen.

Op de consultatiebijeenkomst van 28 januari jl. werd door u aangegeven dat het besluit hiervoor is genomen met het oog op toekomstige bezuinigingen. Tevens werd aangegeven dat gezien het gepast gebruik van de gezondheidszorg deze maatregelen worden voorgesteld. De criteria die hierbij worden aangewend zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid.

Het verbaast de NVM dat de onderzoeken die nu worden gebruikt om de mondzorg voor 18-22 jaar te schrappen, dezelfde onderzoeken zijn die in 2007 zijn gebruikt om de leeftijd van 18 naar 22 jaar te verhogen. Er zijn, voor zover ons bekend, geen onderzoeksgegevens beschikbaar voor de situatie ten tijde van de uitbreiding van het basispakket, dus vanaf 2008 tot en met nu. Is het tandartsbezoek van deze groep in de afgelopen 2 jaar verslechterd, verbeterd of gelijk gebleven?

Daar komt bij dat de kostenverhoging van ca. 77 miljoen euro voor het opnemen van de mondzorg voor de leeftijdscategorie 18-22 jaar ruim beneden de 185 miljoen euro blijft die opname van de volwassenzorg in het basispakket zou hebben betekend.

Ook op inhoudelijke gronden betreuren wij uw advies. Sinds jaar en dag is bekend dat de jong adolescenten een risicogroep zijn voor cariës en parodontopathieën. Deze groep jongeren wordt zelfstandig, gaat tijdelijk ongezonder leven en eten en bezoekt vaak vanwege financiële redenen ook minder de mondhygiënist/tandarts. Wij kunnen dit staven met gegevens uit de dagelijkse praktijk, waar blijkt dat een groter percentage van de groep van 18 – 22 jaar (in vergelijking met die leeftijdscategorie in 2007) zich in 2009 bij de mondhygiënist/tandarts heeft vervoegd.

Met name proximale cariës en bloedend tandvlees zijn in deze leeftijdsgroep risico's waarbij goede preventie verdere schade, en dus hogere kosten op latere leeftijd, kan voorkomen.

Daarnaast hebben verzekeraars (o.a. Agis) in 2007 aan de bel getrokken. Voor jongeren van 16-18 jaar werden beduidend minder controles gedeclareerd en ook in de praktijken van de mondhygiënisten ontbrak deze groep. Wanneer deze tendens zich opnieuw voordoet na het weer schrappen van de aanspraak mondzorg voor de leeftijdscategorie 18-22 jaar, betekent dit dat jongeren nog langer van mondzorg verstoken zullen blijven, met alle gevolgen van dien (zowel zorginhoudelijk als financieel).

Mede gezien de criteria die de NPCF in haar voordracht voor gepast gebruik vanuit patiëntenperspectief aangaf (effectieve zorg, aandacht voor preventie, goed afgestemde zorg en zelfmanagement) en het feit dat de mondzorg voor de jeugd van 0-22 voornamelijk bestaat uit preventie en het coachen bij zelfzorg, verzoeken wij u vriendelijk doch dringend om het pakketadvies 2010 ten aanzien van de mondzorg te heroverwegen en het recht op mondzorg voor de jeugd tot 22 jaar niet te beperken.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten

E.M. Bol – van den Hil
directeur a.i.

Cc: NVIJ – dhr. H. Verhoeven
ZN – dhr. J. Hillemans
NMT – dhr. A.J. Rijnsburger

KOPIE

De Raad van bestuur van het College
voor Zorgverzekeringen
t.a.v. de heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN



Datum: 2 juli 2010

Onderwerp: ontwerp pakketagenda 2011-2012

Kenmerk: VU100202/ms/ed

Geachte heer Boer,

Hiermee bevestigen wij de ontvangst van de ontwerp pakketagenda voor 2011-2012.
Naar aanleiding hiervan berichten wij u als volgt.

Zoals reeds eerder in onze brief naar aanleiding van het ontwerp pakketadvies van 15 februari jl. aangegeven, is de NVM teleurgesteld in de beslissing de mondzorg voor 18-22 jarigen uit het basispakket te schrappen.

Uit de ontwerp pakketagenda voor 2011 – 2012 maken wij op dat onder meer aandacht zal worden besteed aan preventie, waardoor gezondheidswinst kan worden bereikt. Door CVZ is de laatste jaren meerdere malen onderzoek verricht naar de mondgezondheid van verschillende leeftijdsgroepen. Uit het pakketadvies blijkt dat momenteel weer onderzoek wordt gedaan.

Wij verzoeken u de mondzorg van 18 tot 22 jarigen in dit onderzoek te betrekken, teneinde onder argumentatie vast te stellen of de keuze om deze groep uit het basispakket te verwijderen, verantwoord is.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en zien uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jordaan', written over a horizontal line.

Mw. J.C. Jordaan
Bestuurslid

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
T.a.v. mevrouw J.C. Jordaan
Postbus 1166
3430 BD NIEUWEGEIN

Uw brief van
11 februari 2011

Uw kenmerk
VU110065/ms/ed

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011019592

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte mevrouw Jordaan,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

U geeft, onder verwijzing naar eerdere brieven van uw vereniging, aan dat u er niet afwijzend tegenover staat als preventieve zorg valt onder de werking van gepast gebruik. Gepast gebruik betekent immers dat wordt beoordeeld welke zorg in bepaalde situaties noodzakelijk is. Wel wijst u op het gevaar dat wanneer preventieve (mond)zorg bij patiënten met een lage ziektelast niet meer vanuit de basisverzekering wordt vergoed en patiënten zich als gevolg daarvan niet laten behandelen, de klachten kunnen resulteren in een zware ziektelast.

Onder gepast gebruik verstaat het CVZ dat de verzekerde die zorg krijgt die gelet op zijn indicatie noodzakelijk is. Er vindt geen onder- en overbehandeling plaats en zorg wordt in principe ingezet volgens de stepped care-benadering. Dat het CVZ ook preventie een belangrijke plaats toekent, blijkt wel uit eerdere adviezen die het CVZ heeft uitgebracht, bijvoorbeeld op het terrein van preventie en stoppen-met-roken.

Met betrekking tot uw opmerkingen in uw eerdere brieven op de mondzorg voor 18-22 jarigen, merkt het CVZ het volgende op. Uit de epidemiologische onderzoeken die het CVZ sinds 1987 periodiek laat uitvoeren, blijkt dat de mondgezondheidszorg van jeugdigen en volwassenen gestaag verbetert. Hierbij is geen causaal verband gevonden met het feit of de mondzorg al dan niet in de basisverzekering is opgenomen.

Het CVZ zal in de uitvoeringstoets de specifieke problematiek van preventie in relatie tot ziektelast in kaart brengen en daarbij voor verschillende situaties de consequenties beschrijven. In het laatste kwartaal van 2011 legt het CVZ het conceptrapport ter bestuurlijke consultatie aan betrokken partijen voor.

2/ZA/2011019592

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

CVZ

Mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 15 februari 2011
ons kenmerk 2011-59/DSB/01.01/PSch/hm
voor informatie Petra Schout
uw kenmerk
onderwerp **Reactie Pakketadvies 2011**

Geachte mevrouw Den Haan,

Op 17 januari ontvingen wij het concept pakketadvies 2011. De NPCF maakt graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op het conceptadvies te reageren. Onze reactie zal zich richten op vier thema's: gepast gebruik, lage ziektelast, voorwaardelijke financiering en langdurige zorg.

Gepast gebruik

Het CVZ maakt meer werk van gepast gebruik van zorg. Gepast gebruik wordt als volgt omschreven: "Gepast gebruik betekent dat de burger die zorg krijgt waarop hij, gelet op zijn indicatie, is aangewezen. Daarbij geldt het principe van stepped care als uitgangspunt." Het CVZ stelt dat onder- en overbehandeling worden voorkomen door middel van gepast gebruik. Daardoor verbetert niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De NPCF ondersteunt de benadering vanuit gepast gebruik van zorg. Onder passende zorg verstaan wij

- Alleen zorg die helpt (medisch herstel en herstel van functioneren maar ook preventie)
- Geen zorg die onnodig duur is
- Geen zorg van ondermaatse kwaliteit
- Alleen zorg die voldoende samenhang heeft met andere zorgvormen/voorzieningen.

De NPCF is betrokken bij de ronde tafel bijeenkomsten waarin door alle betrokken partijen besproken wordt hoe gepast gebruik bevorderd kan worden. Dit zijn inspirerende bijeenkomsten die een nieuw elan geven aan de discussie over pakketbeheer.

In het kader van gepast gebruik is een goed geïnformeerde patiënt essentieel. Patiëntenversies van richtlijnen kunnen hierbij helpen. Een goed geïnformeerde patiënt kan samen met de zorgverlener verantwoorde keuzes maken. Daarnaast dient de patiënt voldoende toegerust te zijn om – binnen zijn mogelijkheden – zelf de regie te voeren en verantwoordelijkheid te dragen. Informatie op maat, advies, ondersteuning en e-healthtoepassingen zijn belangrijke voorwaarden voor eigen regie en verantwoordelijkheid. We vinden dit nog onvoldoende terug in de tekst over gepast gebruik.

Lage ziektelast

Lage ziektelast is de mate van verlies van gezondheid als gevolg van een aandoening. In het Regeerakkoord is het voornemen opgenomen om op basis van lage ziektelast behandelingen uit het pakket te halen. Het CVZ geeft in het concept pakketadvies aan dat het verwijderen van behandelingen van aandoeningen met een lage ziektelast kan bijdragen aan gepast gebruik van zorg.

Het CVZ kan zich vinden in de redenering dat de vergoeding van behandelingen van aandoeningen met een lage ziektelast niet collectief moeten worden verzekerd. U geeft aan dat de uitvoering ervan ingewikkeld is.

De NPCF ziet beperking van het basispakket op basis van lage ziektelast als een riskante verschralling van de zorg. Het draagt zeker niet bij aan gepast gebruik. Het is belangrijk om stepped care mogelijk te maken binnen een breed basispakket. Door behandelingen voor lage ziektelast uit het pakket te halen, wordt een essentieel onderdeel van stepped care - namelijk de eerste, minst belastende stap – uit de aanspraken gehaald. Wij zien een aantal risico's:

- Verwaarlozing van eenvoudig te verhelpen klachten (met het risico dat in een later stadium een beroep gedaan wordt op meer complexe en dure zorg)
- Substitutie naar duurdere zorg
- Toename sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De NPCF onderschrijft de uitvoeringsproblemen die u benoemt in het pakketadvies (hoe toe te passen bij preventie, in welke populatie meten we, is leeftijd een factor om rekening mee te houden, hoe specifiek moeten we zijn). Daaraan willen we nog toevoegen de onduidelijkheid over het begrip. Wanneer spreken we van 'lage ziektelast': is dat 1% gezondheidsverlies of 10%? Daar komt nog bij dat de ziektelast die het individu ervaart door allerlei factoren kan afwijken van het gemiddelde (bijvoorbeeld door multimorbiditeit). Bovendien is er de vraag over welke periode ziektelast wordt berekend: leidt een minimaal gezondheidsverlies gedurende een jaar tot dezelfde ziektelast als één week zeer veel gezondheidsverlies en de rest van het jaar gezond?

Volgens de NPCF is de benadering van lage ziektelast een onbegaanbare weg. We pleiten voor de benadering van gepast gebruik van zorg.

Voorwaardelijke financiering

Het CVZ heeft in 2009 de minister van VWS geadviseerd om het instrument van voorwaardelijke financiering te introduceren. Dat instrument zou volgens het CVZ ingezet kunnen worden voor:

- bestaande zorg
zorg die al vanuit de basisverzekering wordt vergoed maar waarbij twijfels bestaan over de effectiviteit/veiligheid waardoor deze zorg niet langer voldoet aan het criterium 'de stand van wetenschap en praktijk'
- innovatieve zorg
zorg die geen deel uitmaakt van het basispakket, omdat voor een positieve beslissing over 'de stand van wetenschap en praktijk' essentiële gegevens ontbreken.

In het pakketadvies 2011 wordt een nader advies gegeven over strategie en vormgeving van voorwaardelijke financiering, waaronder de selectie van onderwerpen. U bent hierover nog in overleg met zorgverzekeraars en beroepsgroepen.

De NPCF ondersteunt het principe van voorwaardelijke toelating van innovaties. We vinden het wel belangrijk dat patiëntenorganisaties nu (en blijvend) betrokken worden bij de selectie van onderwerpen. Zo pleit de NFK ervoor om – naast protontherapie – ook de mammaprint (voorspellende test bij borstkanker) in aanmerking te laten komen voor voorwaardelijke financiering.

Langdurige zorg

Onze reactie op het pakketbeheer in de AWBZ zal zich richten op de nieuwe visie op langdurige zorg. Daarnaast zullen we aandacht besteden aan vier thema's: het persoonsgebonden budget, uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars, werking eigen bijdrage en mantelzorg.

Nieuwe visie op langdurige zorg

Het CVZ ontwikkelt een visie op langdurige zorg. De hoofdlijn van die visie is dat de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte een aparte plaats in de zorgverzekering krijgt. Bij deze zware zorgbehoefte hoort een allesomvattende aanspraak op zowel zorg als activiteiten gericht op maatschappelijke participatie zoals de woon- en toezichtfunctie. Het gaat om de meest kwetsbare mensen voor wie bescherming centraal staat en activering gering is. De noodzakelijk te verzekeren zorg voor overige ('extramurale') doelgroepen heeft volgens het CVZ twee doelen: activerend en ondersteunend (zodat mensen in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen). De zorgverzekering zou niet ingezet moeten worden voor 'niet-zorg' zoals wonen of begeleiding. Door opsplitsing en herverdeling van functies verwacht het CVZ dat het activerende karakter en de houdbaarheid van het systeem toenemen. Er wordt gepleit voor directe sturing zoals in de Zvw en Wmo. Om de visie te toetsen en de consequenties ervan in beeld te brengen, is het CVZ voornemens om een publiek debat te organiseren.

De NPCF ondersteunt de visie dat de AWBZ allesomvattende zorg biedt voor de meest kwetsbare mensen. Deze zorg is toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit. Bovendien is de zorg op maat gemaakt en kan de patiënt (of zijn familie/vertegenwoordiger) voorkeuren aangeven.

We pleiten voor een benadering vanuit doelgroepen in plaats van een benadering vanuit functies. Een nieuwe visie zou de mens met een zorgvraag als uitgangspunt moeten nemen. De zorgvraag van kwetsbare ouderen is anders dan de zorgvraag van ernstig verstandelijk gehandicapten of mensen met een chronisch psychiatrisch probleem. Per doelgroep zou gekeken moeten worden hoe de (aanspraak op) zorg het beste georganiseerd kan worden. Het scheiden van wonen en zorg verdient een plaats in de ontwikkeling van een nieuwe visie. Maar ook hier moet weer goed gekeken worden naar de behoefte (eigen regie, bescherming) in de verschillende doelgroepen.

We plaatsen een aantal kritische kanttekeningen bij het voornemen om de functie begeleiding over te hevelen naar de Wmo:

- Het voornemen om alle begeleiding uit de AWBZ te halen heeft nadere doordenking. Zeker kunnen allerlei vormen van kortdurende ondersteuning bij de gemeente komen te liggen. Dat geldt ook voor opstapjes naar onderwijs, werk, zelfstandig wonen, of vrijetijdsbesteding. Wanneer echter voortdurend begeleiding nodig is om een zelfstandig bestaan te kunnen leiden – zoals enkele uren per week begeleid zelfstandig wonen – dan moet die begeleiding gegarandeerd toegankelijk zijn (om afhankelijkheid van langdurige zorg/opname te voorkomen). De AWBZ is daarvoor het beste kader.
- Het overhevelingsbeleid veronderstelt dat strakkere begrenzing van verzekerde zorg (AWBZ) wordt opgevangen door actievere lokale ondersteuning (Wmo). Dat gaat in werkelijkheid minder goed dan 'op papier'. We zien dat lokale voorzieningen voor mensen met beperkingen lang niet overal in voldoende tempo tot stand komen. Sturing door de rijksoverheid is onmisbaar. Dus sturing op lokale of regionale samenhang in de richting van zowel de gemeente als de AWBZ-verzekeraars.

Persoonsgebonden budget

CVZ geeft aan dat controle op besteding lastig is. De regeling zou daarom gevoelig zijn voor oneigenlijk gebruik en fraude door budgethouders of derden.

De NPCF wil er graag op wijzen dat er op dit moment een onderzoek loopt van VWS in samenwerking met Per Saldo over dit thema. Resultaten worden op korte termijn verwacht. We raden aan om deze resultaten af te wachten. Daarnaast willen we benadrukken dat het PGB een belangrijke plaats verdient in het beleid dat de patiënt meer invloed en inspraak in zijn zorgverlening krijgt.

Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars

Het voornemen is de uitvoering van de AWBZ bij de individuele verzekeraars te leggen. Verzekeraars worden niet risicodragend. CVZ geeft aan dat er dan geen prikkel is tot soberheid in de zorglevering. Daarnaast zou het risico bestaan dat de verzekeraar de risico's die hij loopt in de Zvw afwentelt op de AWBZ.

De NPCF is van mening dat ook in de AWBZ zorg op maat geleverd dient te worden. Soberheid is niet de juiste term; beter is het om te spreken van zorg die past bij de zorgvraag.

Op dit moment is nog onvoldoende voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden voor uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Tot die voorwaarden behoren:

- robuuste indicatiestelling: een landelijk eenduidige systematiek voor 'assessment' van zorgbehoefte (die overigens deels door zorgverleners kan worden ingevuld als men zich houdt aan de landelijke normen)
- zorginkoop die berust op een inhoudelijke schets van 'meerwaarde voor cliënten' en die is verbonden met werkbare inkoopbudgetten (afgestemd op trends in de geïndiceerde zorgvraag)
- onafhankelijke informatie over aanbod en kwaliteit van langdurige zorg (waaronder klantwaarderingsonderzoek) waarbij landelijke cliëntenorganisaties een intermediaire rol hebben bij het verspreiden van informatie.

Werking eigen bijdrage

CVZ stelt dat de remmende werking van de eigen bijdrage niet groot is.

NPCF wil de aandacht vestigen op een recente inventarisatie vanuit de cliëntenmonitor langdurige zorg. Daaruit blijkt dat er wel degelijk sprake is van een remmende werking van de in 2010 ingevoerde eigen bijdrage voor begeleiding.

Mantelzorg

Mantelzorg is niet verplicht. Het CVZ geeft aan dat de verzekerde voor die zorg een indicatie kan krijgen en dat hij daarmee zijn mantelzorger kan betalen: monetarisering van de mantelzorg.

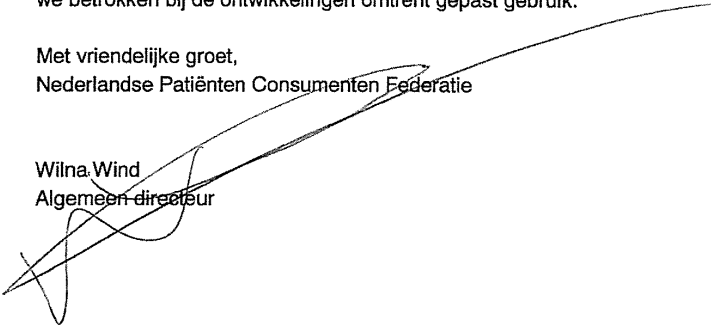
Dit beeld behoeft enige nuancering. Bij toekenning van een PGB wordt - evenals bij zorg in natura - rekening gehouden met gebruikelijke zorg. Voor de gebruikelijke zorg wordt geen indicatie verstrekt.

Tot slot

We zijn natuurlijk bereid om onze standpunten nader toe te lichten. Het publieke debat over de toekomst van de langdurige zorg is een goed initiatief waaraan we graag onze bijdrage leveren. Daarnaast blijven we betrokken bij de ontwikkelingen omtrent gepast gebruik.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

Wilna Wind
Algemeen directeur



Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
T.a.v. mevrouw W. Wind, Algemeen directeur
Postbus 1539
3500 BM UTRECHT

Uw brief van
15 februari 2011

Uw kenmerk
2011-59/DSB/01.01.01/PSch/hm

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020064

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte mevrouw Wind,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Gepast gebruik

U onderschrijft het belang van een gezamenlijke aanpak van gepast gebruik. Wel wijst u erop dat een patiënt goed toegerust dient te zijn om eigen regie te kunnen voeren en eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen. U vindt dat dit aspect in het Pakketadvies nog onderbelicht is. Het CVZ herkent dit en heeft dit toegevoegd.

Lage ziektelast

U ziet een beperking van het basispakket op basis van lage ziektelast als een verschraving van zorg en signaleert de volgende risico's:

- verwaarlozing van eenvoudig te verhelpen klachten, waardoor in een later stadium sprake kan zijn van hogere ziektelast en dus duurdere zorg;
- substitutie naar duurdere zorg;
- toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Ook vraagt u zich af waar de grens van lage ziektelast zal worden gelegd.

U komt tot de conclusie dat de benadering van lage ziektelast een onbegaanbare weg is en pleit voor de benadering van gepast gebruik van zorg.

Het CVZ heeft bij de haalbaarheidstoets om met minimale ziektelast gemarkeerde DBC's uit het basispakket te verwijderen, al aangegeven dat uitvoering van het lage ziektelast principe gecompliceerd is. Het CVZ deelt echter niet uw conclusie dat de weg onbegaanbaar is.

De door de NPCF gesignaleerde risico's zijn bij het CVZ bekend. In de uitvoeringstoets zal het CVZ deze risico's uitgebreid in kaart brengen en daarbij aangeven op welke wijze we daar mee omgaan.

In het laatste kwartaal van 2011 legt het CVZ het conceptrapport ter bestuurlijke consultatie aan betrokken partijen voor.

Voorwaardelijke financiering

U ondersteunt het principe van voorwaardelijke financiering van innovaties en geeft aan het belangrijk te vinden dat patiëntenorganisaties betrokken worden bij de selectie van onderwerpen. Uw reactie bevat een tweetal, van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) afkomstige suggesties voor voorwaardelijke financiering, te weten: protonentherapie en Mammaprint.

Het CVZ heeft in 2009 en 2010 standpunten ingenomen dat protonentherapie voor bepaalde indicaties verzekerde zorg ingevolge de Zorgverzekeringswet is (www.cvz.nl.) Dat geldt voor de volgende indicatiegebieden:

- intra-oculaire tumoren;
- chordomen/chondrosarcomen;
- pediatrische maligniteiten;
- hoofd-hals tumoren;
- mammacarcinoom;
- longcarcinoom;
- prostaatcarcinoom.

Protonentherapie is voor deze indicatiegebieden toegevoegd aan het radiotherapeutisch arsenaal. Dat betekent niet dat protonentherapie voor iedere patiënt behandeling van eerste keuze is (en uit de basisverzekering wordt vergoed). Dat zal per geval en op basis van individuele factoren moeten worden bepaald. Zorgvuldige indicatiestelling is van belang.

Aangezien protonentherapie voor geselecteerde indicaties behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw, komt de zorg niet in aanmerking voor voorwaardelijke financiering. Dat instrument is immers uitsluitend beschikbaar voor zorg die (nog) niet voldoet aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk' en om die reden niet tot het basispakket van de Zvw behoort.

Het CVZ is van opvatting dat de Mammaprint test niet behoort tot de verzekerde zorg. Er is namelijk niet voldaan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk, aangezien er nog geen prospectief klinisch onderzoek beschikbaar is. Een dergelijk onderzoek wordt op dit moment uitgevoerd; er loopt een internationale trial. Het ligt daarom niet voor de hand om de Mammaprint in het voorwaardelijke financieringsprogramma op te nemen. De vereiste data worden immers op dit moment al verzameld in genoemde trial en een (extra) Nederlands onderzoek voegt daar geen relevante gegevens aan toe. Het CVZ wacht de gegevens van de trial af en zal daarna de Mammaprint opnieuw beoordelen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Langdurige zorg

U pleit voor een benadering vanuit doelgroepen voor het verder uitwerken van de visie op langdurige zorg. U benadrukt dat vooral de mens en zijn zorgvraag centraal moeten staan. Wij kunnen ons vinden in deze benadering en zullen zoeken naar de beste termen om zorg wettelijk te omschrijven.

U geeft aan dat de functiebegeleiding niet voor iedereen hetzelfde is. Wij delen uw mening en zullen daarom eerst in kaart brengen wat er voor wie onder begeleiding valt. Op basis daarvan zullen we onderzoeken wat waarheen overgeheveld kan worden.

Het CVZ dankt u voor uw reacties. Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het

organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ in het vervolgtraject.

Overige punten

PGB

U vraagt om de passage over de fraudegevoeligheid van het PGB niet op te nemen, in afwachting van de uitkomsten van een onderzoek naar fraude door het ministerie van VWS en Per Saldo.

De strekking van het stuk over gepast gebruik in de AWBZ is dat de prikkels in het systeem onvoldoende zijn gericht op doelmatigheid, en op veel punten juist leiden tot ongepast gebruik. De passage over het PGB moet in dat licht worden gezien. Het gaat er niet zozeer om, in welke mate fraude voorkomt, maar het gaat erom dat in het systeem onvoldoende prikkels en waarborgen zijn voor passend gebruik. In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ een paragraaf opgenomen waarin het de context schetst waarbinnen het huidige functioneren van de zorgketen in de AWBZ moet worden gelezen.

Overigens merkt het CVZ op niet de afschaffing van het PGB te bepleiten. Het PGB heeft zich voor veel doelgroepen bewezen als een middel om de eigen regie in de zorgverlening te houden. Het gaat erom dat er voldoende prikkels en waarborgen voor gepaste besteding aanwezig zijn.

Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars

U geeft een aantal randvoorwaarden voor de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Gelet op de hierboven vermelde context, wijst het CVZ op het risico dat kosten van de Zvw kunnen worden afgewenteld op de AWBZ.

De onderwerpen die u met betrekking tot de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars noemt, moeten zeker een plaats krijgen in de verdere uitwerking van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Ze gaan echter de (globalere) strekking van dit stuk te buiten.

Uw opmerking dat 'passende zorg' een betere term is dan 'sobere zorg' onderschrijft het CVZ. Het CVZ heeft dit in het rapport aangepast.

Werking eigen bijdrage

U wijst terecht op het feit dat de invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding enig remmend effect heeft gehad. Het CVZ stelt dan ook niet dat er geen enkel remmend effect optreedt, maar vooral dat er geen remmend effect is op ongepast gebruik. De maximale eigen bijdrage extramuraal is al snel bereikt, en intramuraal is er geen koppeling met de omvang van de zorg.

Mantelzorg

U stelt ten aanzien van mantelzorg, dat bij de indicatie rekening wordt gehouden met de gebruikelijke zorg. Dat is juist. Gebruikelijke zorg is zorg die naasten elkaar geacht worden te bieden. Bij mantelzorg, zoals hier bedoeld, gaat het juist om de zorg die daar bovenuit gaat.

4/ZA/2011020064

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Boer'.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



214

Afd.	2010069398
Zaaknr.:	INGEKOMEN CVZ
	23 FEB. 2011
Volgnr.:	2011021955

Ieder mens telt

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
T.a.v. Mevrouw Den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk: FO11-016-5.3
Betreft: Consultatie pakketadvies 2011

Amersfoort, 18 februari 2011

Geachte mevrouw Den Haan,

Als Federatie Opvang willen we graag gebruik maken van uw uitnodiging om te reageren op uw concept pakketadvies 2011. We richten ons daarbij op de hoofdstukken 1 t/m 4 van het hoofdrapport en dan met name op de visie die u in hoofdstuk 3 schetst.

Visie op de toekomst

U geeft in hoofdstuk 1 onder het kopje 'Toekomst Langdurende zorg' aan, dat "de basale vraag welke langdurende zorg verzekerd zou moeten zijn in alle beschouwingen op de toekomst van de AWBZ onderbelicht is." We zijn het met u eens dat hier een kernvraag ligt en willen graag meedoen aan de discussie over de "noodzakelijk te verzekeren zorg in de AWBZ".

Visie ontwikkeling op dit vraagstuk is noodzakelijk. In de visie die u uiteenzet in hoofdstuk 3, geeft u aan, de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte een aparte plaats te geven in de zorgverzekering. Hierbij hoort een allesomvattende te verzekeren zorg inclusief gezondheidszorg, participatie, wonen en toezicht. Het gaat om kwetsbare mensen voor wie bescherming centraal staat en activering gering is. In de achtergrond schetst u de ontwikkeling naar een activerende investeringsstaat en het belang dat mensen hebben bij actieve deelname aan de maatschappij.

De Federatie Opvang begrijpt hieruit dat het CVZ zich enerzijds aansluit bij de tendens om mensen zoveel mogelijk zelfredzaam te houden of te maken, anderzijds de noodzaak ziet om de AWBZ terug te brengen naar de kern van langdurige en onverzekerbare zorg.

De Federatie Opvang mist in deze visie nog de onderbouwing van de verschillende elementen. De bevordering van participatie en de investeringen in activering zijn op dit moment niet samenhangend en sluitend geregeld. Of de Wmo participatie van kwetsbare doelgroepen heeft bevorderd, is op dit moment niet duidelijk. Voor bepaalde kwetsbare groepen is nauwelijks nog beleid ontwikkeld door gemeenten. De veronderstelde 'directe sturing' door gemeenten in de Wmo wordt lang niet overal aangetroffen.

Ook zijn de effecten van de maatregelen uit het regeerakkoord op het gebied van AWBZ en 'Werken naar vermogen' nog niet bekend. Juist als het om kwetsbare doelgroepen gaat die nu niet in het gemeentelijke beleid worden meegenomen, is het risicovol om de aanspraken op zorg van doelgroepen te beperken, zonder dat in aanpalende domeinen beleid is ontwikkeld. Zonder flankerend beleid in die domeinen zullen substantiële groepen mensen tussen de wal en het schip vallen, zonder mogelijkheden tot participatie.

De Federatie Opvang wil erop wijzen dat bij de door het CVZ genoemde aangrenzende domeinen, de domeinen 'werk' en 'forensische zorg' ontbreken. In het publieke debat kunnen deze domeinen ook worden meegenomen.

Daarnaast is het voor ons op dit moment niet duidelijk welke doelgroepen u precies voor ogen heeft. Een verduidelijking hiervan lijkt ons op zijn plaats.

Bij de verdere uitwerking van de uitkomsten van het publieke debat noemt u ook de overheveling van de functie Begeleiding uit de Zvw. Kunt u aangeven om welke functie het hier precies gaat en voor welke doelgroepen deze nu wordt ingezet?

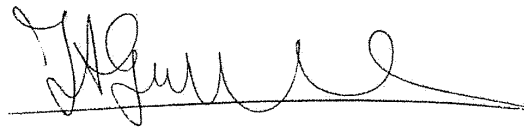
Innovatie en prikkels

In 2009 en 2010 heeft u de Minister van VWS geadviseerd over het instrument van voorwaardelijke financiering in de Zvw en de AWBZ (zie 2c onder het kopje 'Vormgeving voorwaardelijke financiering'). Enerzijds zouden we de toepassing hiervan toejuichen om innovaties mogelijk te maken, anderzijds ontstaat er bij de aanbieders en hun cliënten grote onzekerheid over de continuïteit van de financiering van de geleverde zorg. Dit maakt toepassing ervan voor vormen van langdurende zorg minder wenselijk. Desgevraagd willen wij wel meedenken over de onderwerpen waarvoor het instrument geschikt zou kunnen zijn.

In hoofdstuk 3.a onder het kopje 'Prikkels werken anders uit' geeft u aan dat er "binnen de AWBZ geen prikkels zijn om te komen tot innovaties die met eenzelfde inzet van middelen meer effect sorteren". Bij verschillende gelegenheden hebben wij het voorstel ondersteund om een gering deel van de beschikbare AWBZ middelen te reserveren voor innovaties, gericht op preventie, gekoppeld aan een gedegen onderzoek naar de effecten de inzet van deze middelen.

Graag nemen we deel aan het publieke debat dat u wilt organiseren over de door u genoemde centrale vragen.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J.A. Gortworst', written over a horizontal line.

J.A. Gortworst
Wvd. directeur

Federatie Opvang
T.a.v. de heer J. Gortworst, wnd. directeur
Johan van Oldenbarneveltlaan 34-36
3818 HB AMERSFOORT

Uw brief van
18 februari 2011

Uw kenmerk
FO11-016-5.3

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011021684

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Gortworst,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Langdurige zorg

In uw brief geeft u aan dat u nog verschillende elementen mist in de visie van het CVZ op de langdurige zorg. Zo vraagt u zich af of de Wmo de participatie van kwetsbare groepen heeft bevorderd en maakt u zich zorgen over de directe aansturing door gemeenten. U pleit er voor niets uit de AWBZ te halen als dat niet in een aanpalend terrein geregeld is. U stelt voor 'werk' en 'forensische zorg' toe te voegen aan de lijst aanpalende terreinen. Uw laatste opmerking betreft de functie begeleiding. U vraagt om een preciezere invulling van het voorstel tot overheveling.

Uw suggestie om 'werk' en 'forensische zorg' toe te voegen, hebben wij overnemen. Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ in het vervolgtraject.

Voorwaardelijke financiering

U juicht de toepassing van het instrument van voorwaardelijke financiering toe, maar vraagt zich wel af of dit instrument inzetbaar is voor vormen van langdurende zorg. Verder geeft u aan te willen meedenken over onderwerpen waarvoor het instrument van voorwaardelijke financiering geschikt zou kunnen zijn.

Het CVZ zal zich in de komende tijd beraden over de manier waarop het instrument van voorwaardelijke financiering (juridisch) vormgegeven kan worden. In het Pakketadvies stelt het CVZ voor om met vier zorginterventies met het instrument van voorwaardelijke financiering te experimenteren.

Tot slot merkt het CVZ op dat feitelijk een innovatiebudget bepleit. Over de totstandkoming van een dergelijk budget heeft het CVZ geen zeggenschap.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor Zorgverzekeringen

Mw. M.A. den Haan-Appelman, projectleider pakketadvies

Postbus 320

1112 XH DIEMEN

Afd. 20
Zaaknr.: 2010069398
INGEKOMEN TVZ
16 FEB. 2011
Volgnr.: 2011019946

Datum 14 februari 2011
Ons kenmerk B14022011MMCHE
Onderwerp consultatie Pakketadvies 2011

Contact mw. drs. M. (Monique) van der Meulen
Telefoon 030 - 27 39 745
E-mail mmeulen@vgn.nl

Geachte mevrouw Den Haan,

Aanvullend op onze deelname aan uw consultatiebijeenkomst van 7 februari, voldoen wij graag aan uw verzoek om te reageren op het concept pakketadvies 2011. In onze reactie ligt de focus op de AWBZ aangezien de gehandicaptenzorg hier onderdeel van uitmaakt. Daarnaast reageren wij op uw toekomstvisie.

Pakketbeheer in de AWBZ

Als VGN delen wij uw opvatting dat het belangrijk is om toe te werken naar een glasheldere polis. Het voorkomen van over- en onderbehandeling door expliciet aan te geven wat verzekerde zorg is, kan kosten besparen zonder dat dit ten koste gaat van het pakket zelf. U koppelt deze beoordeling echter aan het ontwikkelen van een effectmaat waarin de effectiviteit in de care sector beoordeeld kan worden. Hoewel in de sector cure duidelijk kan worden aangegeven welke zorg voldoet aan de stand van de wetenschap in de praktijk, vragen wij ons af in hoeverre dit ook haalbaar is in de care.

Hoe meet je bijvoorbeeld objectief en onafhankelijk de kwaliteit van leven van een ernstig meervoudig gehandicapte cliënt? U geeft aan dat bij de functie behandeling effectiviteitsuitspraken beter mogelijk zijn maar ook hier is de aard van de behandeling in de gehandicaptenzorg wezenlijk anders dan in de cure. Er is ook een groot onderscheid binnen sectoren. In de zintuiglijke sector is het bijvoorbeeld makkelijker om het effect van behandeling inzichtelijk te maken dan bij de verstandelijk of lichamelijk gehandicaptenzorg.

In de politiek blijft de trend bestaan om aanspraken op wettelijk niveau verder te detailleren en vast te leggen. Wij delen de analyse dat het in de praktijk lastig blijft om een goede balans te vinden tussen enerzijds de individuele zorgbehoefte van de cliënt en anderzijds de uniformering van de aanspraken. Een passende indicatiemaat en daarmee het door u gewenste 'gepast' gebruik komt daarmee lastiger tot stand.

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 413
3500 AK Utrecht

www.vgn.org
E info@vgn.org
T 030-27 39 300
F 030-27 39 387

Rabobank 33.10.21.005
BTWnr. 80.47.42.534.B.01
KvK Utrecht 40483210

U geeft aan dat de risicodeloze uitvoering door het zorgkantoor op dit moment niet bij dit systeem past.

De verzekering geeft immers aanspraak op levering van zorg ongeacht de vraag of daarvoor budget beschikbaar is. U bent tegen de uitvoering door individuele verzekeraars als deze niet-risicodragend wordt. Omdat de gehandicaptenzorg levenslang en levensbreed is, past deze volgens ons in de categorie onverzekerbare zorg. Dit betekent dat de cliënten in de gehandicaptenzorg niet aantrekkelijk zijn voor een zorgverzekeraar. Er is namelijk weinig doelmatigheidswinst te behalen en je weet zeker dat je de cliënt levenslang van dure zorg moet voorzien. Om dit in het systeem haalbaar te maken zou er een risico-vereveningssysteem ingevoerd moeten worden analoog aan de cure. Gezien de ervaringen die wij daar hebben, vragen wij ons ernstig af of je dit wel moet willen voor onze sector.

Indicatiestelling

In uw advies schrijft u dat u onnodige kosten die samenhangen met inadequate indicatiestelling wil terugdringen. Die inadequate indicatiestelling zou namelijk leiden tot overbehandeling. Het CIZ en VWS hebben hun beleid rondom de indicatiestelling nu gericht op taakmandatering. Op dit moment nemen aanbieders al een deel van de eerste indicaties en herindicaties voor hun rekening. Als het aan het CIZ en VWS ligt, neemt dit aantal de komende jaren alleen maar toe. De VGN juicht deze ontwikkeling deels toe. Wij zijn van mening dat de eerste indicatie, die in de gehandicaptenzorg vaak complex van aard is, door een onafhankelijk orgaan moet worden gesteld. Bij een herindicatie ontstaat een andere situatie omdat de aanbieder de cliënt dan goed kent en goed weet wat de veranderde zorgvraag is. Bij zo'n tweede indicatie is de kwaliteit van de aanvraag hoger als deze door de aanbieder wordt gedaan. Wij zijn dus voor verdere taakmandatering met uitzondering van de eerste indicatie. Daarnaast vinden wij dat de verantwoordelijkheid voor de totale indicatiestelling ook bij het CIZ moet blijven liggen en niet bij de aanbieder. We delen wel uw opvatting dat de individuele vraag van de verzekerde centraal moet staan bij de indicatiestelling. Hier wordt in de praktijk nog al eens van afgeweken door de nadruk op uniformering en automatisering van het indicatiesysteem. Een indicatie op maat bevordert ook voor de VGN gepast gebruik.

Doordat financiële gevolgen achteraf worden opgevangen door tariefmaatregelen van de NZa, heeft de verzekerde te maken met verschillende sturingsmechanismen. Dit belemmert een goede afstemming. Veranderingen in de indicatiestelling hebben gevolgen voor de bekostiging en andersom, maar hier wordt niet altijd goed bij stilgestaan.

Nieuwe visie op langdurige zorg

In uw pakketadvies 2011 beschrijft u een nieuwe visie op de langdurige zorg. De kernvraag die u centraal stelt is welke zorg onderdeel uitmaakt van de langdurige AWBZ. Hierin pleit u ervoor om de intramurale zorg in een kern-AWBZ te plaatsen en de extramurale zorg op een andere manier te regelen. De directe sturing in de zorgverzekeringswet en de Wmo zou de extramurale zorg beter houdbaar maken.



pagina 3

ons kenmerk B14022011MMCHE

U ziet wonen en begeleiden als niet-zorg. Behandeling, verpleging en verzorging extramuraal gaan in uw visie naar de zorgverzekeringswet. De begeleiding gaat naar de WMO en u past het scheiden van wonen en zorg toe. De VGN deelt deze visie niet. Deze knip past niet bij de samenhangende zorg die wij voorstaan in de gehandicaptenzorg.

Wij zijn wel voorstander van behoud van de intramurale zorg in de kern-AWBZ omdat het hier gaat om zeer kwetsbare groepen die hun verzekerd recht op zorg moeten blijven behouden. Als het gaat om kortdurende behandeling tot een jaar, kunnen wij ons voorstellen dat dit thuishoort in de zorgverzekeringswet. Wij hebben echter moeite met het scheiden van wonen en zorg en uw classificatie van begeleiding als 'niet-zorg'.

De VGN is van mening dat aanbieder en cliënt niet vanuit een opgelegde ideologie moeten kijken naar het scheiden van wonen en zorg. Het scheiden van wonen en zorg moet alleen toegepast worden als er een werkelijke meerwaarde bestaat voor de cliënt. Er zullen steeds situaties blijven in de gehandicaptenzorg waarin zorg en wonen gecombineerd moeten worden. Bij zware intramurale zorg of bij gedwongen opnames is wonen een onderdeel van de zorg en soms zelfs randvoorwaardelijk voor een goede zorgverlening. Een financiële scheiding tussen wonen en zorg binnen een bestaand gebouw is moeilijk onuitvoerbaar en administratief complex.

Het vooroordeel bestaat dat begeleiding synoniem staat voor sociale redzaamheid en participatie. In de ouderenzorg en daklozenopvang kunnen wij ons hierbij wel iets voorstellen. De inhoud van de begeleiding in de ouderenzorg is gericht op sociale activiteiten en het veelal voorkomen van eenzaamheid. In de gehandicaptenzorg ligt het anders. Hier ligt het doel van de begeleiding op het zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van de cliënt. Wij nemen geen zorg over maar leren onze cliënten om zo zelfstandig waar mogelijk te functioneren. Daarnaast bieden wij ondersteuning waar nodig. Het doel van deze ondersteuning ligt niet op welzijn, maar op zorg.

Wij hopen dat u onze opmerkingen wilt meenemen in het definitief maken van het pakketadvies 2011. Mocht onze reactie aanvullende vragen oproepen, dan horen wij dat graag van u.

Met vriendelijke groeten,



J. (Hans) Schirmbeck
Directeur



Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
T.a.v. de heer J. Schirmbeck, directeur
Postbus 413
3500 AK UTRECHT

Uw brief van
14 februari 2011

Uw kenmerk
B14022011MMCHE

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020069

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Schirmbeck,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Pakketbeheer in de AWBZ

- *Effectmaat in de care*

U vraagt zich af in hoeverre voor de care een sectorbrede effectmaat haalbaar is. Blijkbaar hebt u daarbij een maat voor de effecten van zorg op individueel niveau voor ogen.

Het CVZ streeft een effectmaat na, aan de hand waarvan de effecten op de kwaliteit van leven van een bepaalde afzonderlijke interventie of zorgvorm kan worden vastgesteld. Een dergelijke effectmaat is nodig om tot betere uitspraken over de effectiviteit van nieuwe interventies of zorgvormen te komen. In de somatische zorg bestaat bijvoorbeeld de EQ5-D. Daarmee is het mogelijk het effect op de kwaliteit van leven van verschillende interventies met elkaar te vergelijken en de kosten van de gewonnen Quality Adjusted Lifeyears (QALY's) te bepalen.

De EQ5-D is gebaseerd op vijf dimensies. In de care spelen ook dimensies een rol die niet in de EQ5-D of andere gebruikelijke effectmaten zijn opgenomen, zoals sociaal/maatschappelijk welzijn en zingeving. Het is daarbij overigens niet bij voorbaat uitgesloten dat specifiekere effectmaten voor verschillende doelgroepen beter blijken te voldoen. Maar het is te vroeg om daar nu al van uit te gaan. Met het oog op pakketbeslissingen werkt het CVZ dit verder uit.

- *Risicodragende uitvoering AWBZ*

U wijst er terecht op dat een risicodragende uitvoering van de AWBZ een vereveningssysteem noodzakelijk maakt en betwijfelt of dat in de sector wenselijk is. Een risicodragende uitvoering is het logische gevolg van de uitvoering van de AWBZ door

privaatrechtelijke zorgverzekeraars. De uitvoering van de AWBZ door verzekeraars is een beleidskeuze die het kabinet heeft gemaakt, en het CVZ is betrokken bij de uitwerking.

Verdere mandatering van de indicatiestelling aan aanbieders, vooral voor vervolgindicaties, vindt u een goede ontwikkeling, mits is voldaan aan de nodige randvoorwaarden. Het CVZ kan uw redenering goed volgen. Het moet duidelijk zijn welke zorg in mandaat kan worden geïndiceerd en de toetsing achteraf moet afdoende zijn geregeld.

Zoals u terecht stelt, moet de indicatie niet alleen op algoritmes en beslisbomen zijn gebaseerd, maar moet de individuele hulpvraag uitgangspunt zijn.

Langdurige zorg

U benoemt twee onderdelen in de gepresenteerde visie op de langdurige zorg waar u het niet mee eens bent. Ten eerste het scheiden van wonen en zorg in de gehandicaptenzorg. Ten tweede geeft u aan dat de functie begeleiding niet voor iedereen een gelijke strekking heeft. Begeleiding in de ouderenzorg is gericht op sociale activiteiten en veelal het voorkomen van eenzaamheid. In de gehandicaptenzorg ligt het doel op het zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van een cliënt.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ in het vervolgtraject.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
T.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Den Haag, 15 februari 2011

Kenmerk: MD/JO/2011/00386
Betreft: Reactie Nefarma op CVZ Pakketadvies 2011

Geachte mevrouw Den Haan,

Nefarma maakt graag gebruik van de door u geboden consultatie op het Pakketadvies 2011.

De conclusie van Nefarma over de goede door u georganiseerde bijeenkomst van 7 februari 2011 is dat partijen het eens zijn dat het basispakket kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar moet zijn en blijven. Van belang is dat het CVZ dit zodanig moet vormgeven dat dit recht doet aan de patiënt en tegelijkertijd maatschappelijk wordt gedragen.

In deze brief willen wij op enkele punten extra aandacht vestigen.

Risicogericht pakketbeheer

Nefarma onderschrijft de door u gekozen benadering van risico gericht pakketbeheer. Wij zijn dan ook erg benieuwd naar de uitkomsten van de uitvoeringstoets geneesmiddelenbeleid in dat kader. Geneesmiddelen worden in vergelijking met andere behandelingen onder een vergrootglas gelegd, waardoor er problemen kunnen ontstaan in de (snelle) beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen voor patiënten die deze middelen nodig hebben.

Door middel van verschillende vormen van voorwaardelijke toelating tot het basispakket, voor uitsluitend die geneesmiddelen die een potentieel risico vormen vanwege een hoog budgetimpact, kan het CVZ veel onnodige beoordelingen voorkomen. Er komt dan meer ruimte om ook de niet farmacotherapeutische behandelingen op een meer gelijkwaardige manier te toetsen voor het pakket.

Nefarma roept het CVZ op in dit pakketadvies voorstellen te doen om de regelgeving hierop aan te passen of tenminste ruimte te geven aan het doen van experimenten op dit gebied. Nefarma vreest anders dat dit prima idee in de praatfase zal blijven steken.

Gepast gebruik

Nefarma is groot voorstander van gepast gebruik. Medische tests, mits goed gevalideerd, kunnen een bijdrage leveren aan gepast gebruik van geneesmiddelen. Om tot een optimaal gebruik van geneesmiddelen te komen moeten beiden wel in het basis pakket zijn opgenomen. Uiteraard moet daarbij voldaan zijn aan de eis van 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor geneesmiddelen geldt in vergelijking tot andere vormen van zorg al een zeer zware bewijslast alvorens deze in de handel mogen worden gebracht. Gepast gebruik houdt daarom ook in dat er voor een arts zeer zwaarwegende redenen moeten zijn om geneesmiddelen voor te schrijven voor indicaties waarvoor deze niet zijn geregistreerd, zeker in geval er geregistreerde alternatieven zijn (zie Geneesmiddelenwet art. 68).

Uitstroombadviezen

Tijdens de consultatiebijeenkomst van 7 februari jl. gaf u aan dat er voor 2011 alsnog uitstroombadviezen zullen komen vanwege opgelegde bezuinigingen. Belangrijk daarbij is om de effecten van (eerdere) uitstroom te monitoren. Nefarma is van mening dat uitstroom altijd op indicatieniveau moet plaatsvinden en niet op onderdelen van een behandeling. Indien hierbij geneesmiddelen betrokken zijn dan vragen wij u ons hier vroegtijdig van op de hoogte te stellen.

Ziektelast

Nefarma is net als het CVZ van mening dat ziektelast op dit moment nog onvoldoende is ontwikkeld om als criterium bij de beoordeling van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' toe te passen. Wel vinden wij dat als een aandoening tot het basispakket behoort, de arts het volledige arsenaal aan behandelingen (behorend tot de stand van de wetenschap en praktijk) tot zijn beschikking moet hebben. Alleen zo kan de behandelaar voor elke patiënt tot een medisch en financieel verantwoorde keuze komen.

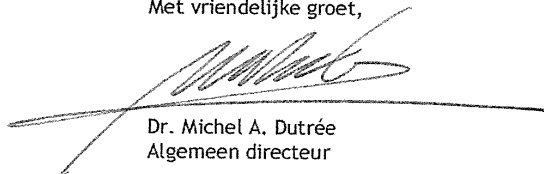
U geeft aan dat er andere manieren zijn dan de ziektelast om tot een verantwoorde keuze te komen zonder daar nader op in te gaan. Nefarma wil haar ideeën daarover graag met u delen.

Internationale samenwerking

Net als het CVZ vindt ook Nefarma dat internationale samenwerking van groot belang is om duplicatie in het beoordelingsproces te voorkomen. Dit betekent naar onze mening dat de samenwerking binnen EunetHTA en MEDEV meer moet zijn dan alleen een consultatie en er een echte dialoog moet starten, bijvoorbeeld door met de verschillende partijen in alle openheid te spreken. Hierdoor kunnen de verschillende beoordelingsprocessen ('appraisal' en 'assessment') worden versneld en beter op elkaar worden afgestemd.

Tenslotte wensen wij u succes toe bij de verdere afronding van dit pakketadvies. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u uiteraard contact met ons opnemen. Graag blijven wij op de hoogte van de verdere pakketontwikkelingen.

Met vriendelijke groet,



Dr. Michel A. Dutrée
Algemeen directeur

Nefarma
T.a.v. de heer M.A. Dutrée, algemeen directeur
Postbus 11633
2502 AP DEN HAAG

Uw brief van
15 februari 2011

Uw kenmerk
MD/JO/2011/00386

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020373

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Dutrée,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Risicogericht pakketbeheer

U onderschrijft de uitgangspunten voor het risicogericht pakketbeheer. U vindt dat geneesmiddelen ten opzichte van andere behandelingen onder een vergrootglas worden gelegd waardoor verzekerden verstoken kunnen blijven van noodzakelijk zorg. Een actie die u voorstelt, is het regelen van verschillende vormen van een voorwaardelijke toelating tot het basispakket.

Uitgangspunt van het CVZ bij de uitvoeringstoets langetermijnbeleid geneesmiddelen is een meer uniform systeem van pakketbeheer ten aanzien van de verschillende zorgvormen. Een systeem waar sturing vóóraf is waar dat nodig is en vooraf sturing achterwege blijft waar dat niet nodig is, omdat partijen daar goed zelf toe in staat zijn, met monitoring en eventuele sturing achteraf.

Een voorwaardelijke toelating is daarbij een beleidsinstrument dat het CVZ graag zou inzetten. In de praktijk is een ja/nee beslissing onbevredigend als het gaat om beloftevolle interventies (geneesmiddelen en niet-geneesmiddelen) die hun meerwaarde nog niet kunnen aantonen.

De keuze voor dit instrument moet goed worden overwogen. We moeten ervoor waken dat "moeilijke besluiten" worden uitgesteld door te lichtvaardig te kiezen voor een tijdelijk traject. Het CVZ vindt dat er aan eenduidige criteria moet worden voldaan, zodat na afloop van de tijdelijke financiering een gedegen besluit (positief of negatief) kan worden genomen. Het CVZ heeft deze criteria in zijn rapport van november 2009 over voorlopige financiering beschreven.

Momenteel vindt er overleg plaats met het ministerie van VWS om voorlopige toelating in wet- en regelgeving mogelijk te maken. In het Pakketadvies 2011 doet het CVZ concrete

voorstellen om met ingang van 2012 met vier interventies, waaronder één geneesmiddel, te gaan experimenteren.

De uitvoeringstoets is inmiddels in een eerste conceptuele fase. De verwachting is dat deze in april aan partijen ter consultatie zal worden voorgelegd.

Gepast gebruik – medische tests

U geeft aan dat medische tests, mits goed gevalideerd, een bijdrage kunnen leveren aan gepast gebruik van geneesmiddelen. Om tot een optimaal gebruik van geneesmiddelen te komen moeten beide wel in het basispakket zijn opgenomen. U geeft aan dat voor geneesmiddelen, in vergelijking tot andere zorgvormen een zeer zware bewijslast geldt voordat die geneesmiddelen in de handel mogen worden gebracht.

De medisch-specialistische zorg, waartoe de bedoelde tests merendeels behoren, is een verzekeringsprestatie die grotendeels generiek is omschreven. Dit leidt tot een overwegend open systeem van te verzekeren prestaties. Medisch-specialistische zorg, waaronder ook de medische tests, stromen 'automatisch' in het basispakket als is voldaan aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk en als het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Aanleiding hiertoe kan bijvoorbeeld ook een verzoek van professionals of fabrikanten zijn. De toelating van geneesmiddelen kent op dit moment een andere dynamiek, maar ook op dat front zijn ontwikkelingen gaande (zie hierboven: risicogericht pakketbeheer).

In zijn rapport van januari 2011 heeft het CVZ een meer expliciete uitwerking gegeven aan de beoordeling van Medische Tests (zie: www.cvz.nl).

Uitstroomadviezen

U geeft aan dat het bij uitstroomadviezen van belang is om de effecten daarvan, en van eerdere uitstroomadviezen, te monitoren. Daarbij bent u van mening dat uitstroom altijd op indicatieniveau moet plaatsvinden en niet op onderdelen van de behandeling. In geval dat bij mogelijke uitstroomadviezen geneesmiddelen zijn betrokken, wilt u hiervan vroegtijdig op de hoogte worden gebracht.

Het CVZ verwacht in juni 2011 te rapporteren over mogelijke uitstroom op het gebied van fysio- en oefentherapie en incontinentiematerialen. Dit zijn adviezen die zich richten op indicatieniveau. Het CVZ zal de belanghebbende partijen hierover tijdig informeren.

Het CVZ beslist risicogericht of een (uitstroom)advies wordt geëvalueerd. Niet elk advies behoeft een evaluatie van het CVZ. In een aantal gevallen laat het CVZ nagaan wat er met zijn advies is gebeurd. Dit kan gebeuren door een apart onderzoek in te stellen, zoals het onderzoek naar de toepassing van het CVZ-standpunt over varices. Ook kan via een pakketscan, waar het verzekerde pakket voor een hele aandoening wordt onderzocht, nagegaan worden of het pakket voldoende toereikend en toegankelijk is.

Ziektelast

U vindt dat ziektebelasting nog onvoldoende is ontwikkeld om als criterium bij pakketbeheer toe te passen. Een arts moet het volledige arsenaal aan behandelingen tot zijn beschikking hebben om tot een medisch en financieel verantwoorde keuze te komen. Tot slot biedt u aan uw ideeën over verantwoorde keuzen in het pakket met het CVZ te delen.

Het CVZ is van mening dat ziektebelasting wel degelijk als criterium kan worden gehanteerd bij het bepalen van de omvang van de verzekerde zorg. Wel erkent het CVZ dat toepassing van het ziektebelasting-principe complex is. Het CVZ zal hier in zijn uitvoeringstoets uitvoerig op ingaan. Voor uw aanbod om ideeën over een verantwoord pakket met het CVZ te delen zal in de consultatieronde van de uitvoeringstoets in het laatste kwartaal van 2011 gelegenheid zijn.

Internationale samenwerking

U acht internationale samenwerking van groot belang om duplicatie in het beoordelingsproces te voorkomen. Dit betekent dat de samenwerking binnen EunetHTA

en MEDEV meer moet zijn dan alleen een consultatie en dat er een echte dialoog moet starten, bijvoorbeeld door met de verschillende partijen in alle openheid te spreken. Hierdoor kunnen de verschillende beoordelingsprocessen ('appraisal' en 'assessment') worden versneld en beter op elkaar worden afgestemd.

Het CVZ merkt op dat zowel EunetHTA als MEDEV regelmatig de dialoog aangaan tijdens internationale congressen. Daarnaast heeft EunetHTA onder meer een stakeholderforum. Daarnaast worden bij producten van EunetHTA, in een vroeger stadium dan de publieke consultatie, leden van de Stakeholder Advisory Group om inbreng gevraagd om de producten te optimaliseren.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland



bezoekadres
Churchilllaan 11
Utrecht

postadres
Postbus 169
3500 AD Utrecht

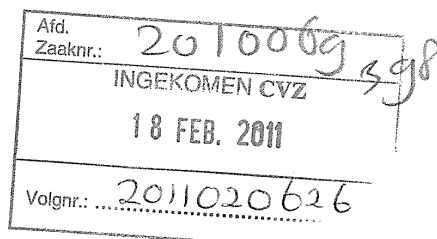
(tekst)telefoon
(030) 291 66 00

fax
(030) 297 01 11

e-mail
bureau@cg-raad.nl

internetadres
www.cg-raad.nl

College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN



Utrecht 16 februari 2011
Kenmerk: 11-0083/A1.01/SdR-PV-mhg
Betreft: Pakketadvies 2012
Inlichtingen bij: A. van der Vlist (CSO)/ S. de Rijke & P.Vreeswijk (CG-Raad)

Geachte heer Boer,

De CSO en CG-Raad geven graag gehoor aan uw verzoek om in het kader van de bestuurlijke consultatie te reageren op het concept Pakketadvies 2011. We leggen in onze reactie de nadruk op het "gepast gebruik" in de zorgverzekeringswet en op de visie op de langdurige zorg.

Procedureel

De minister heeft aangekondigd de komende kabinetsperiode niet te zullen schrappen in het pakket. Ze acht bezuinigingen niet haalbaar in de huidige coalitie. In het programma Buitenhof stelde de minister: "Ik ga niet aan een dood paard trekken." Toch is er sprake van aanvullende uitstroomadviezen. Het getuigt niet van zorgvuldigheid dat bij de toelichting op dit advies er van de kant van VWS een separaat advies is aangevraagd over een aantal deelonderwerpen. Wij geven de voorkeur aan een integrale reactie op een integraal pakketadvies.

Pakketbeheer in de Zorgverzekeringswet

Risicobenadering

Met het oog op de risicobenadering pleiten wij er voor dat het pakketbeheer als uitgangspunt neemt dat overschrijdingen ten laste van een zorgvorm, binnen het budget van deze zorgvorm gecompenseerd moeten worden, uiteraard na een goede analyse van de oorzaak en vergezeld van maatregelen om herhaling te voorkomen.

In de pakketadvisering van CVZ krijgt de risicobenadering een steeds belangrijkere plaats. Wij steunen deze benadering. Het is prima dat CVZ in kaart brengt waarin



11-0083/A1.01/SdR-PV

-2-

het systeem (stelsel) de risico's liggen die de oorzaak zijn van kostenstijgingen en die de financiële houdbaarheid en toegankelijkheid bedreigen. Het moet helder zijn waar deze risico's liggen. Te gemakkelijk is in het verleden alleen naar de verzekerden gekeken, terwijl de feitelijke risico's mogelijk liggen in de wijze waarop het aanbod zich manifesteert. In deze vinden wij het onbegrijpelijk dat bij de ziekenhuiszorg en medische specialistische zorg met een omzet van 18.1 miljard er geen systematische toetsing plaats vindt. Hier lijkt een centrale 'sturing' meer dan gewenst.

Met betrekking tot de uitvoeringstoets geneesmiddelenbeleid dringen wij er bij het CVZ op aan om de ervaringen met het hulpmiddelenbeleid te benutten bij de uitvoeringstoets. Bij het geneesmiddelenbeleid missen wij een goede verankering van de globale ruimere aanspraak in combinatie met een resultaatgerichte formulering, een procesbeschrijving a la de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg, goede evaluatie van het gebruik van medicijnen.

Gepast gebruik

Protocollen, evaluatie van effecten zorg en toezicht zijn volgens ons de instrumenten om gepast gebruik te realiseren. Wij zijn hierom blij dat VWS teruggekomen is op het 'verbod' dat CVZ zich actief op dit terrein manifesteert. We hebben vele jaren verloren, die nu versneld moeten worden ingehaald. Wij vinden verder dat gepast gebruik niet 1 op 1 gekoppeld moet worden aan de financiële houdbaarheid van het systeem. Dit is een afgeleide. Het primaire doel bij gepast gebruik is doelmatige zorg op maat die resultaatgericht is.

Gepast gebruik en multimorbiditeit

De CSO en CG-Raad kunnen zich vinden in het uitgangspunt van het CVZ dat "gepast gebruik" van de Zorgverzekeringswet gestimuleerd moet worden. Onderbehandeling en overbehandeling van aandoeningen zijn niet in het belang van de staatskas en ook niet van de cliënt en moeten voorkomen worden. We plaatsen echter een kanttekening bij de wijze waarop het CVZ het begrip "gepast gebruik" operationaliseert. Gepast gebruik wordt uitgelegd als: "die zorg waarop de burger gelet op zijn indicatie is aangewezen. Daarbij geldt de toepassing van stepped care als uitgangspunt". Wij zijn van mening dat deze benadering onvoldoende rekening houdt met de grote groep chronisch zieken en ouderen die meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Zo zijn er op dit moment 1 miljoen ouderen met multimorbiditeit en de verwachting van de Gezondheidsraad is dat hun aantal zal toenemen tot 1,5 miljoen in 2020. Deze kwetsbare groepen zijn niet geholpen met streng geprotocolleerde zorg per afzonderlijke aandoening, maar vragen juist om integrale diagnostiek en behandeling. En dan kan het voorkomen dat een zwaardere/duurdere behandelvorm wel nodig is, bijvoorbeeld omdat de lichte behandelvorm niet goed uitpakt voor een andere aandoening. Integrale behandeling die zich richt op functiebehoud en behoud van zelfstandigheid is naar onze mening "gepaste zorg" en moet daarom een plaats hebben binnen de systematiek van verzekerde zorg.



11-0083/A1.01/SdR-PV

-3-

Begrip Ziektelast

Evenals CVZ hebben wij nog veel vragen bij het gebruik van het begrip 'ziektelast' in de methodiek van het pakketbeheer: Hoe verhoudt zich dit begrip tot multimorbiditeit (wat is de ziektebelasting van 3 lichte aandoeningen tegelijk?) In hoeverre leidt niet behandelen van aandoeningen met lage ziektebelasting tot versneld terechtkomen in hoge ziektebelasting? Etc.

De vragen over de hanteerbaarheid van dit begrip nemen toe en antwoorden laten op zich wachten. Op deze onzekerheid kan adequaat pakketbeheer niet gebaseerd worden.

Pakketbeheer in de AWBZ

In het pakketadvies beschrijft CVZ een aantal systeemrisico's in de AWBZ, die gelegen zouden zijn in de aanspraken, de indicatie en het PGB. Daarnaast worden de rollen van de verschillende partijen in de langdurige zorg geanalyseerd, waaronder de rol van verzekeren. En tot slot presenteert CVZ een nieuwe visie op de langdurige zorg, waarbij de extramurale AWBZ zorg overgeheveld wordt naar de Zorgverzekeringswet en de Wmo.

De CG raad en de CSO delen de analyse van het CVZ niet wat betreft de indicatiestelling, PGB en de rol van de verzekeren. In het verlengde daarvan verschillen wij met het CVZ van mening wat betreft de oplossingsrichting voor het beheersbaar houden van de kosten van de AWBZ.

Doel AWBZ

Het CVZ stelt dat de AWBZ oorspronkelijk enkel voor langdurige intramurale zorgvormen bestemd was. Wij stellen dat dit geen juiste weergave is van de werkelijkheid. In de loop van de tijd zijn er voor mensen met zware en grote zorgvragen meer mogelijkheden gekomen om zorg en ondersteuning vanuit de AWBZ ook thuis te organiseren. Er is vooral de afgelopen 20 jaar een diverser aanbod ontstaan: intra- maar ook extramuraal. Het is onjuist te stellen dat het doel van de AWBZ was en is mensen van zorg in een instelling te verzekeren. Doel van de AWBZ was en is onverzekerbare en intensieve zorg voor mensen die dat nodig hadden als samenleving veilig te stellen middels een publiekrechtelijke volksverzekering.

In onze ogen moet daarom in de AWBZ niet het onderscheid gemaakt worden tussen intra- en extramuraal of langdurige of kortdurende zorg. Het gaat om mensen die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben. Deze zorg kan intramuraal of extramuraal georganiseerd worden en kan ook een kortdurend karakter hebben bijvoorbeeld omdat de mate van daadwerkelijk zorggebruik samenhangt met de informele zorg geboden wordt. Soms volstaat incidentele respijtzorg vanuit de AWBZ (kortdurend) bij iemand met een intensieve zorgbehoefte, omdat mantelzorgers veel dagelijkse zorg bieden.



11-0083/A1.01/SdR-PV

-4-

Grenzen in aanspraken

We zijn het niet geheel eens met de door CVZ beschreven systeemrisico's wat betreft de afbakening van de aanspraken. Een betere polis kan ons inziens gerealiseerd worden als er meer aandacht komt voor transparantie, kwaliteit van het aanbod en inhoudelijke richtlijnen voor beroepsgroepen. Betrokkenheid van cliënten- en patiëntenorganisaties bij deze processen is een vereiste.

Indicatiestelling

Indicatiestelling dient te allen tijde objectief en onafhankelijk plaats te vinden en dus los te staan van de financiers en aanbieders van zorg. Zo kan voorkomen worden dat niet de zorgbehoefte van de cliënt, maar het beschikbare zorgaanbod bepalend is voor de uitkomst van de indicatie.

Wij pleiten voor een integrale indicatiestelling gericht op resultaten (in termen van zelfredzaamheid en participatie) voor de cliënt. Integraal indiceren voor de verschillende levensterreinen leidt tot samenhang in zorg en ondersteuning en derhalve "gepaste zorg". Daarmee wordt voorkomen dat aanspraken en verstrekkingen vanuit verschillende wettelijke regimes niet aansluiten of zelfs elkaar tegenwerken.

Rol van verzekerden en Persoons Gebonden Budget (PGB)

Overvragen door de cliënt in de langdurige is niet regel maar uitzondering. Veel mensen lossen een zorgvraag zelf op met informele zorg of mantelzorg.

Wij verzetten ons tegen het beeld dat CVZ nu opwerpt dat het PGB gebruikt wordt om mantelzorg te moneteren. Alleen indiceerbare zorg leidt tot een PGB en de keuze door wie de zorg vervolgens ingevuld wordt, ligt bij de cliënt. Onderzoek van ITS (2005) heeft overigens uitgewezen dat mantelzorgers die hulp via het PGB verlenen, doorgaans daarnaast nog vele uren onbetaald zorgen.

Het PGB is bij uitstek een instrument voor mensen om vanuit hun eigen kracht regie te houden over hun leven, maar ook over het zorgproces. Het PGB is daarnaast een instrument dat mensen gebruiken om passende zorg in de eigen omgeving te organiseren. Zorg die in Zorg in Natura niet altijd beschikbaar is.

Wij missen in deze benadering ook het maatschappelijke belang van het investeren in de mantelzorg. Juist omdat informele zorg zo'n grote bijdrage levert aan het in de hand houden van de kosten in de langdurige zorg.

Oplossingsrichting

Wij zijn voor investeren in mensen en hun mogelijkheden. In dit kader verwijzen wij graag naar de breed door patiënten- en cliëntenorganisaties gedragen visie op Eigen Regie in de langdurige zorg. Zie hiervoor de bijlagen.

Wij vinden dat in de visie van het CVZ, die zich beperkt tot veranderingen van het stelsel en tot houdbaarheid van het systeem, de inhoudelijke beschouwing ontbreekt. In onze visie vanuit cliëntenperspectief doen wij vanuit een inhoudelijke visie uitspraken over het systeem. Het gaat namelijk om mensen en hun mogelijkheden. De scheiding tussen intramuraal en extramuraal vinden wij ongewenst. Na de pakketmaatregel uit 2009 zijn de mensen die aanspraak maken op de AWBZ dusdanig beperkt dat zij levenslang en levensbreed een behoefte



11-0083/A1.01/SdR-PV

-5-

hebben aan zorg en ondersteuning. Het maatschappelijke debat dat gevoerd moet worden is hoe nu en in de toekomst de zelfredzaamheid en het zelfbeschikkingsrecht van mensen met een beperking in stand kan blijven.

Het onderbrengen van Verpleging en Persoonlijke Verzorging bij de Zvw, dat als uitwerkingsmogelijkheid door CVZ genoemd wordt, vinden we niet wenselijk. Dit leidt niet tot meer regie voor de cliënt, maar tot meer regie voor de verzekeraar. Voorts dreigen de onafhankelijke indicatiestelling en het Persoons Gebonden Budget bij deze overheveling het onderspit te delven.

Bespreekbaar is om kortdurende verpleging en verzorging gericht op genezing of gericht op de laatste (terminale) fase van het leven onder te brengen in de Zvw. Zie daarvoor ook onze brief uit 2010 waar we onze inbreng op het pakketadvies 2011 gaven.

Overige vragen rond methodiek van pakketbeheer

Het is logisch dat CVZ in haar standpunt proefplaatsing en titratie onderbrengen bij specialistische zorg. Mede op verzoek van de Apneuvereniging vraagt de CG-Raad CVZ nader aan te geven welke middelen en diensten vallen onder de verzekerde aanspraak, welke kosten worden vergoed en hoe de vergoedingsprocedure wordt vormgegeven (is een machtiging vereist)?

Wat betreft de AWBZ-zorg in en om ADL clusterwoningen vragen wij ook CVZ nader aan te geven of de bewoners van een ADL-Cluster woning in staat blijven om keuzes te maken over de zorg op afstand van hun woning. Welke middelen en diensten van vallen onder de verzekerde aanspraak: welke kosten worden vergoed en welke niet(meer)?

Tot slot

Met voornemens van het kabinet rond revalidatiezorg en uitvoering van de AWBZ en met de pakketmaatregelen begeleiding die hun sporen nog nalaten staan we de komende periode voor grote veranderingen. Ook uit praktische overwegingen lijkt het niet verstandig daar nog meer maatregelen op te stapelen. Bovenstaande biedt al voldoende uitdaging en zal van alle partijen alle energie en aandacht vergen om te voorkomen dat mensen met beperkingen tussen wal en schip belanden.

Met vriendelijke groet,

Ad Poppelaars
directeur CG-Raad

Wim van Minnen
directeur CSO

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
Nederland
T.a.v. de heer A. Poppelaars, directeur
Postbus 169
3500 AD UTRECHT

Uw brief van
16 februari 2011

Uw kenmerk
11-0083/A1.01/SdR-PV-mhg

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020916

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Poppelaars,

Hartelijk dank voor uw gezamenlijke reactie met de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Risicobenadering

U suggereert dat overschrijdingen van budgetten per zorgvorm opgelost zouden moeten worden. Overschrijding van het budget voor medisch-specialistische zorg moet binnen dit budget opgelost worden, zo begrijpt het CVZ uw opvatting. Hiertoe lijkt een systematische toetsing van medisch-specialistische zorg vóór toelating tot het pakket u zeer gewenst. Bij deregulering van de geneesmiddelen kan het CVZ zijn voordeel doen met ervaringen uit de hulpmiddelenzorg. Met name mist u een resultaatgerichte omschrijving van de geneesmiddelenzorg. Zo'n procesbeschrijving zou goed in beeld kunnen brengen wanneer sprake is van goed gebruik van geneesmiddelen.

Het CVZ is bezig met het uitwerken van risicogericht pakketbeheer. De omvang van het budget dat betrokken is bij een zorgvorm zal waarschijnlijk een rol spelen bij de risico-inschatting. Naast ideeën om de geneesmiddelenzorg te dereguleren, speelt ook bij het CVZ de gedachte dat regulering van de medisch-specialistische zorg mogelijk risico's op ondoelmatig gebruik van verzekeringsgelden kan verminderen. De gedachte om overschrijdingen van budgetten op te lossen per zorgvorm neemt het CVZ mee in zijn uitvoeringstoets "stringent pakketbeheer", die, zoals gebruikelijk ook ter bestuurlijke consultatie aan de belanghebbende partijen wordt voorgelegd.

Het signaal dat goed duidelijk moet zijn wat gewenste uitkomsten zijn van geneesmiddelenzorg, neemt het CVZ ter harte. Deregulering van geneesmiddelenzorg lijkt het meest voor de hand liggend bij geneesmiddelen(groepen) waarvan voldoende bekend is.

Gepast gebruik

Protocollen, evaluatie van effecten van zorg en toezicht zijn volgens u instrumenten om gepast gebruik te realiseren. U vindt dat gepast gebruik niet één-op-één gekoppeld moet worden aan de financiële houdbaarheid van het systeem. Het primaire doel bij gepast gebruik is doelmatige zorg op maat. De financiële houdbaarheid van het systeem is daarvan een afgeleide.

U geeft verder aan dat het CVZ gepast gebruik uitlegt als: de zorg waarop de burger gelet op zijn indicatie is aangewezen, waarbij de toepassing van stepped care als uitgangspunt geldt. U vindt dat deze benadering onvoldoende rekening houdt met de grote groep ouderen en chronisch zieken met multimorbiditeit. Deze kwetsbare groepen zijn naar uw mening niet geholpen met streng geprotocolleerde zorg per afzonderlijke aandoening, maar vragen juist om integrale diagnostiek en behandeling. Daarbij kan het voorkomen dat een zwaardere/duurdere behandelvorm wel nodig is, bijvoorbeeld omdat een lichte behandelvorm niet goed uitpakt voor een andere aandoening.

Gepast gebruik betekent, naar het oordeel van het CVZ, dat de burger die zorg vergoed krijgt waarop hij, gelet op zijn indicatie, is aangewezen. Er vindt een onder- en overbehandeling plaats. Het toepassen van stepped care geldt hierbij als uitgangspunt. Dit houdt in dat een bepaalde volgorde in de inzet van zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste aangeboden, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling.

Het CVZ deelt niet uw opvatting dat de gekozen benadering voor gepast gebruik onvoldoende rekening houdt met mensen met multimorbiditeit. Het behoort tot de professionaliteit van de beroepsgroepen om bij indicatiestelling of diagnose en een daaruit eventueel voortvloeiend behandeltraject, rekening te houden met individuele patiëntenkenmerken, waaronder multimorbiditeit. Stepped care is *uitgangspunt*. In situaties waarin het inzetten van een eenvoudige behandeling, gelet op de aandoening(en) van betrokkenen niet zinvol is, is het vanzelfsprekend dat die eenvoudige behandeling wordt overgeslagen. Ook dat is gepast gebruik.

AWBZ

- *Grenzen in aanspraken*

U bent het niet eens met de systeemrisico's die ontstaan door de onduidelijke omschrijving van de aanspraken. Uit de passage die daarop volgt blijkt echter dat ook u onduidelijkheid signaleert over de manier waarop de inhoud van de aanspraken wordt vastgesteld.

U vraagt terecht aandacht voor meer helderheid in de formulering van de aanspraken. Het ontbreken van die helderheid is juist het punt dat het CVZ wil aankaarten.

- *Indiceren*

U vindt dat het indicatieorgaan geen doelmatigheidsafweging moet maken, omdat die niet objectief en onafhankelijk zou zijn.

Een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling houdt, naar het CVZ meent, juist in dat de aanspraak op collectieve voorzieningen niet wordt vastgesteld op grond van subjectieve wensen, maar op grond van kenbare en toetsbare normen, waarbij de meest doelmatige zorg moet worden geboden. Dit staat niet in de weg dat in het overleg tussen aanbieder en verzekerde de zorg op de wensen van de verzekerde kan worden toegespitst.

- *Doel AWBZ en oplossingsrichting*

U vindt de stelling dat de AWBZ oorspronkelijk alleen voor langdurige intramurale zorgvormen bestemd was, onjuist. In de loop der tijd zijn ook andere zorgvormen in de AWBZ opgenomen.

Bij de totstandkoming van de AWBZ (in 1968), was de zorg uitsluitend gericht op langdurige intramurale zorg. De beleidsdoeleinden van de AWBZ zijn in de loop der jaren sterk gewisseld. Zo zou de AWBZ in begin jaren 90 van de vorige eeuw de

basisverzekering worden. Ook de wens tot substitutie heeft ertoe geleid dat zorgvormen als kortdurende verpleging onder de AWBZ zijn gebracht. Het CVZ constateert dat de inhoud van de huidige AWBZ niet eenduidig is. Daarom vindt het CVZ het van belang een discussie te starten over de toekomstige vormgeving van de langdurige zorg. Die discussie wil het CVZ graag samen met belanghebbende partijen, waaronder de CG-raad en de CSO, voeren.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. U reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

- *Verpleging thuis*

U stelt dat bij het advies om verpleging en persoonlijke verzorging over te hevelen naar de Zvw niet vanuit de verzekerde, maar vanuit het aanbod is gedacht.

Het CVZ vindt dit niet terecht. Juist verzekerden die langdurig op zorg zijn aangewezen, ondervinden dagelijks hinder van de versnippering in zorg en dienstverlening die in het zorgsysteem is geslopen. Met de problemen op het gebied van coördinatie en samenwerking die daarvan het gevolg zijn. Het advies is erop gericht een logischere ordening aan te brengen, die een veel directere en integrale relatie tussen verzekerde en aanbieder mogelijk maakt. Daarbij besteedt het CVZ specifiek aandacht voor het PGB. Het PGB is niet bij uitstek gebonden aan de AWBZ, maar kan ook in het kader van de Zvw worden geregeld.

Overige vragen

U vraagt welke middelen en diensten onder de verzekerde aanspraak vallen bij CPAP.

Uitgangspunt bij de hulpmiddelenzorg is dat het gaat om functionerende hulpmiddelen. Dit betekent naar het oordeel van het CVZ dat hulpmiddelen gebruiksklaar afgeleverd dienen te worden, inclusief alle noodzakelijke toebehoren om het hulpmiddel te laten functioneren. Het gaat dan om een gebruikersinstructie, het regelmatig onderhoud van het hulpmiddel en reparatie dan wel vervanging van het hulpmiddel indien het niet meer functioneert. Hoe de vergoedingsprocedure is vorm gegeven is afhankelijk van de zorgverzekeraar van een verzekerde. De zorgverzekeraar bepaalt in zijn polis of een voorschrift nodig is en zo ja, door wie die opgesteld dient te zijn en of vooraf een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.

U vraagt het CVZ nader aan te geven of de bewoners van ADL-clusters in staat blijven om keuzes te maken over de zorg op afstand van hun woning.

Op dit moment kan het CVZ dat niet, omdat dit afhankelijk is van de beslissingen die de minister van VWS gaat nemen. Het CVZ heeft op verzoek van VWS aangegeven hoe de keuzemogelijkheid in de toekomst behouden zou kunnen blijven (uitvoeringstoets). Daarbij is duidelijk geworden dat daarvoor aanpassingen in regelgeving en in het registratiesysteem (AZR) nodig zijn. Dit vergt besluitvorming van de minister van VWS.

Uw tweede vraag behelst welke middelen en diensten vallen onder de verzekerde aanspraak: welke kosten worden vergoed en welke niet (meer)?

Deze problematiek was geen onderwerp van de uitvoeringstoets. Het CVZ heeft daar op 23 november 2010 het standpunt 'Herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg' over ingenomen (www.cvz.nl).

4/ZA/2011020916

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Een brief van gelijke strekking heb ik gezonden aan de heer Van Minnen, directeur van de CSO.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
De heer W. van Minnen, directeur
Postbus 2069
3500 GB UTRECHT

Uw brief van
16 februari 2011

Uw kenmerk
11-0083/A1.01/SdR-PV-mhg

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011036817

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Van Minnen,

Hartelijk dank voor uw gezamenlijke reactie met de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Risicobenadering

U suggereert dat overschrijdingen van budgetten per zorgvorm opgelost zouden moeten worden. Overschrijding van het budget voor medisch-specialistische zorg moet binnen dit budget opgelost worden, zo begrijpt het CVZ uw opvatting. Hiertoe lijkt een systematische toetsing van medisch-specialistische zorg vóór toelating tot het pakket u zeer gewenst. Bij deregulering van de geneesmiddelen kan het CVZ zijn voordeel doen met ervaringen uit de hulpmiddelenzorg. Met name mist u een resultaatgerichte omschrijving van de geneesmiddelenzorg. Zo'n procesbeschrijving zou goed in beeld kunnen brengen wanneer sprake is van goed gebruik van geneesmiddelen.

Het CVZ is bezig met het uitwerken van risicogericht pakketbeheer. De omvang van het budget dat betrokken is bij een zorgvorm zal waarschijnlijk een rol spelen bij de risico-inschatting. Naast ideeën om de geneesmiddelenzorg te dereguleren, speelt ook bij het CVZ de gedachte dat regulering van de medisch-specialistische zorg mogelijk risico's op ondoelmatig gebruik van verzekeringsgelden kan verminderen. De gedachte om overschrijdingen van budgetten op te lossen per zorgvorm neemt het CVZ mee in zijn uitvoeringstoets "stringent pakketbeheer", die, zoals gebruikelijk ook ter bestuurlijke consultatie aan de belanghebbende partijen wordt voorgelegd.

Het signaal dat goed duidelijk moet zijn wat gewenste uitkomsten zijn van geneesmiddelenzorg, neemt het CVZ ter harte. Deregulering van geneesmiddelenzorg lijkt het meest voor de hand liggend bij geneesmiddelen(groepen) waarvan voldoende bekend is.

Gepast gebruik

Protocolen, evaluatie van effecten van zorg en toezicht zijn volgens u instrumenten om gepast gebruik te realiseren. U vindt dat gepast gebruik niet één-op-één gekoppeld moet worden aan de financiële houdbaarheid van het systeem. Het primaire doel bij gepast gebruik is doelmatige zorg op maat. De financiële houdbaarheid van het systeem is daarvan een afgeleide.

U geeft verder aan dat het CVZ gepast gebruik uitlegt als: de zorg waarop de burger gelet op zijn indicatie is aangewezen, waarbij de toepassing van stepped care als uitgangspunt geldt. U vindt dat deze benadering onvoldoende rekening houdt met de grote groep ouderen en chronisch zieken met multimorbiditeit. Deze kwetsbare groepen zijn naar uw mening niet geholpen met streng geprotocolleerde zorg per afzonderlijke aandoening, maar vragen juist om integrale diagnostiek en behandeling. Daarbij kan het voorkomen dat een zwaardere/duurdere behandelvorm wel nodig is, bijvoorbeeld omdat een lichte behandelvorm niet goed uitpakt voor een andere aandoening.

Gepast gebruik betekent, naar het oordeel van het CVZ, dat de burger die zorg vergoed krijgt waarop hij, gelet op zijn indicatie, is aangewezen. Er vindt een onder- en overbehandeling plaats. Het toepassen van stepped care geldt hierbij als uitgangspunt. Dit houdt in dat een bepaalde volgorde in de inzet van zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste aangeboden, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling.

Het CVZ deelt niet uw opvatting dat de gekozen benadering voor gepast gebruik onvoldoende rekening houdt met mensen met multimorbiditeit. Het behoort tot de professionaliteit van de beroepsgroepen om bij indicatiestelling of diagnose en een daaruit eventueel voortvloeiend behandeltraject, rekening te houden met individuele patiëntenkenmerken, waaronder multimorbiditeit. Stepped care is *uitgangspunt*. In situaties waarin het inzetten van een eenvoudige behandeling, gelet op de aandoening(en) van betrokkenen niet zinvol is, is het vanzelfsprekend dat die eenvoudige behandeling wordt overgeslagen. Ook dat is gepast gebruik.

AWBZ

- *Grenzen in aanspraken*

U bent het niet eens met de systeemrisico's die ontstaan door de onduidelijke omschrijving van de aanspraken. Uit de passage die daarop volgt blijkt echter dat ook u onduidelijkheid signaleert over de manier waarop de inhoud van de aanspraken wordt vastgesteld.

U vraagt terecht aandacht voor meer helderheid in de formulering van de aanspraken. Het ontbreken van die helderheid is juist het punt dat het CVZ wil aankaarten.

- *Indiceren*

U vindt dat het indicatieorgaan geen doelmatigheidsafweging moet maken, omdat die niet objectief en onafhankelijk zou zijn.

Een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling houdt, naar het CVZ meent, juist in dat de aanspraak op collectieve voorzieningen niet wordt vastgesteld op grond van subjectieve wensen, maar op grond van kenbare en toetsbare normen, waarbij de meest doelmatige zorg moet worden geboden. Dit staat niet in de weg dat in het overleg tussen aanbieder en verzekerde de zorg op de wensen van de verzekerde kan worden toegespitst.

- *Doel AWBZ en oplossingsrichting*

U vindt de stelling dat de AWBZ oorspronkelijk alleen voor langdurige intramurale zorgvormen bestemd was, onjuist. In de loop der tijd zijn ook andere zorgvormen in de AWBZ opgenomen.

Bij de totstandkoming van de AWBZ (in 1968), was de zorg uitsluitend gericht op langdurige intramurale zorg. De beleidsdoeleinden van de AWBZ zijn in de loop der jaren sterk gewisseld. Zo zou de AWBZ in begin jaren 90 van de vorige eeuw de

basisverzekering worden. Ook de wens tot substitutie heeft ertoe geleid dat zorgvormen als kortdurende verpleging onder de AWBZ zijn gebracht. Het CVZ constateert dat de inhoud van de huidige AWBZ niet eenduidig is. Daarom vindt het CVZ het van belang een discussie te starten over de toekomstige vormgeving van de langdurige zorg. Die discussie wil het CVZ graag samen met belanghebbende partijen, waaronder de CG-raad en de CSO, voeren.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. U reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

- Verpleging thuis

U stelt dat bij het advies om verpleging en persoonlijke verzorging over te hevelen naar de Zvw niet vanuit de verzekerde, maar vanuit het aanbod is gedacht.

Het CVZ vindt dit niet terecht. Juist verzekerden die langdurig op zorg zijn aangewezen, ondervinden dagelijks hinder van de versnippering in zorg en dienstverlening die in het zorgsysteem is geslopen. Met de problemen op het gebied van coördinatie en samenwerking die daarvan het gevolg zijn. Het advies is erop gericht een logischere ordening aan te brengen, die een veel directere en integrale relatie tussen verzekerde en aanbieder mogelijk maakt. Daarbij besteedt het CVZ specifiek aandacht voor het PGB. Het PGB is niet bij uitstek gebonden aan de AWBZ, maar kan ook in het kader van de Zvw worden geregeld.

Overige vragen

U vraagt welke middelen en diensten onder de verzekerde aanspraak vallen bij CPAP.

Uitgangspunt bij de hulpmiddelenzorg is dat het gaat om functionerende hulpmiddelen. Dit betekent naar het oordeel van het CVZ dat hulpmiddelen gebruiksklaar afgeleverd dienen te worden, inclusief alle noodzakelijke toebehoren om het hulpmiddel te laten functioneren. Het gaat dan om een gebruikersinstructie, het regelmatig onderhoud van het hulpmiddel en reparatie dan wel vervanging van het hulpmiddel indien het niet meer functioneert. Hoe de vergoedingsprocedure is vorm gegeven is afhankelijk van de zorgverzekeraar van een verzekerde. De zorgverzekeraar bepaalt in zijn polis of een voorschrift nodig is en zo ja, door wie die opgesteld dient te zijn en of vooraf een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.

U vraagt het CVZ nader aan te geven of de bewoners van ADL-clusters in staat blijven om keuzes te maken over de zorg op afstand van hun woning.

Op dit moment kan het CVZ dat niet, omdat dit afhankelijk is van de beslissingen die de minister van VWS gaat nemen. Het CVZ heeft op verzoek van VWS aangegeven hoe de keuzemogelijkheid in de toekomst behouden zou kunnen blijven (uitvoeringstoets). Daarbij is duidelijk geworden dat daarvoor aanpassingen in regelgeving en in het registratiesysteem (AZR) nodig zijn. Dit vergt besluitvorming van de minister van VWS.

Uw tweede vraag behelst welke middelen en diensten vallen onder de verzekerde aanspraak: welke kosten worden vergoed en welke niet (meer)?

Deze problematiek was geen onderwerp van de uitvoeringstoets. Het CVZ heeft daar op 23 november 2010 het standpunt 'Herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg' over ingenomen (www.cvz.nl).

4/ZA/2011020916

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Een brief van gelijke strekking heb ik gezonden aan de heer Poppelaars, directeur van de CG-Raad.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

College voor Zorgverzekeringen
De weledelzeergeleerde heer
Dr. A. Boer, Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

ONDERWERP
reactie KNMG op Pakketadvies 2011

UTRECHT
16 februari 2011

Geachte heer Boer,

REFERENTIE
EvW / 11-13280

Naar aanleiding van de bestuurlijke consultatie van het Pakketadvies 2011 dank ik u voor het rapport. De KNMG vond het tevens waardevol op de door u georganiseerde consultatiebijeenkomst een co-referaat te hebben mogen verzorgen met betrekking tot langdurige zorg. Ook is de KNMG van mening dat de regelmatige contacten tussen het CVZ en de KNMG met betrekking tot pakketbeheer nuttig zijn. De KNMG ziet dat in de toekomst graag gecontinueerd!

In het kader van het jaarlijkse Pakketadvies van het CVZ ziet de KNMG drie belangrijke rollen voor het CVZ:

1. adviezen over de inrichting van het zorgverzekeringsstelsel voor de korte en lange termijn.
2. adviezen over in- en uitstroom uit het basispakket;
3. adviezen over het bevorderen van gepast zorggebruik.

In het Pakketadvies 2011 geeft het CVZ aan alle drie rollen invulling.

Ad. 1 Adviezen over de inrichting van het zorgverzekeringsstelsel

Het CVZ stelt m.b.t. de langdurige zorg voor om "*de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte een aparte plaats in de zorgverzekering te geven*". Deze aparte plaats bestaat uit integrale financiering van cure, care, welzijn, maatschappelijke participatie en de woon- en toezichtfunctie. De extramurale langdurige zorg kan dan worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en WMO.

In de visie van de KNMG is de ouderenzorg niet gebaat bij een dergelijk onderscheid tussen intramurale ("*de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte*") en extramurale zorg. Een dergelijk onderscheid leidt tot perverse substitutie-effecten tussen extramurale en intramurale ouderenzorg. Zorgverzekeraars die niet investeren in revalidatiezorg voor kwetsbare ouderen worden hiervoor financieel beloond. Zij betalen geen revalidatiekosten (Zvw) en verliezen hun risicodragendheid als de kwetsbare oudere niet meer zelfstandig kan wonen en intramurale zorg (geen Zvw) moet gaan gebruiken.

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON
030-28 23 790

FAX
030-28 23 326

EMAIL
c.van.wijlick@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

Een tweede argument om “de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte” van ouderen geen aparte plaats te geven in de zorgverzekering, is dat deze aparte zorgverzekering slechts een kleine periode van het leven beslaat. De gemiddelde opnameduur in het verpleeghuis is ongeveer 1 jaar. Volgens de KNMG heeft het een averechts effect op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, om mensen van hun geboorte tot bijvoorbeeld hun 84^e levensjaar via de Zvw te verzekeren en dan van hun 84^e tot 85^e levensjaar via een aparte zorgverzekering.

Om “de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte” van mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking een aparte plaats te geven in de zorgverzekering, acht de KNMG wel een interessante mogelijkheid. Een essentieel verschil tussen de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking en die van ouderen, is dat de zware zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking tientallen jaren duurt, terwijl deze voor ouderen gemiddeld ‘slechts’ een jaar duurt. Vanwege dit inhoudelijke verschil pleit de KNMG wat betreft de toekomstige inrichting van het zorgverzekeringsstelsel voor een doelgroepenbenadering.

UTRECHT
16 februari 2011

REFERENTIE
EvW / 11-13280

- De KNMG pleit er voor om de hele ouderenzorg (exclusief huisvesting) vanuit de Zvw te financieren. De zorg voor ouderen wordt dan gefinancierd vanuit twee bronnen: de Zvw en WMO.
- De KNMG pleit er voor om de zorg voor mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking te financieren vanuit een niet-risicodragende zorgverzekering. Zorgverzekeraars dienen deze verzekering niet uit te voeren, vanwege het niet-risicodragende karakter. Voor uitvoering door gemeenten is deze zorg te complex. Daarom is uitvoering door de rijksoverheid aangewezen, die hiervoor gebruik kan maken van de huidige AWBZ Zorgkantoren.
- Nader onderzoek moet uitwijzen of mensen een chronische psychiatrische aandoening het meest baat hebben bij de combinatie ‘Zvw en WMO’ of bij een aparte zorgverzekering.
- Over de financiering van de zorg voor mensen met een lichamelijke handicap heeft de KNMG nog geen standpunt ingenomen.

De KNMG ondersteunt de opvatting van het CVZ dat de wijkverpleegkundige in het kader van de integrale zorg in de eerstelijns gefinancierd moet worden vanuit de Zvw. Hiermee wordt, afhankelijk van de verpleegkundige zorgvraag, zorg in de eigen omgeving niet gehinderd door barrières tussen AWBZ en Zvw. Dit is in lijn met de doelgroepenbenadering die de KNMG voorstelt.

Ad. 2 In- en uitstroomadviezen

De KNMG kan zich goed vinden in de vergoeding van gecombineerde leefstijlinterventie op basis van de Zvw. Het CVZ stelt dat voor een doelmatig en gepast gebruik richtinggevende documenten als een zorgstandaard beschikbaar moet zijn. De KNMG wijst erop dat de Zorgstandaard Obesitas weliswaar is vastgesteld, maar nog niet gereed is voor implementatie. Zo moeten door de betrokken (beroeps)organisaties nog kwaliteitsindicatoren en competenties worden ontwikkeld. Ook moet er een patiëntenversie van de standaard komen. Tijdige en goede afstemming tussen het CVZ met Partnerschap Overgewicht Nederland is daarom aangewezen.

Ad. 3 Adviezen over het bevorderen van gepast zorggebruik

De politiek heeft het CVZ gevraagd om te onderzoeken in hoeverre het mogelijk is om verstrekkingen met de laagste ziektelast te laten uitstromen uit het basispakket. In de visie van de KNMG is het praktisch onmogelijk om hiervoor zinvolle en toepasbare afkappunten te formuleren. Daarnaast gaat er van het niet meer vergoeden van verstrekkingen voor aandoeningen met een lage ziektelast een perverse prikkel uit tot het gebruik van duurder zorg die wel wordt vergoed. Bovendien ontstaat het risico dat patiënten er voor kiezen om beginnende klachten niet te laten behandelen, waardoor preventie van (het verergeren van) aandoeningen onder druk komt te staan. Volgens de KNMG is het zinvoller om gepast zorggebruik te bevorderen, omdat dit leidt tot kwaliteitsverbetering, een impuls geeft aan preventie, en leidt tot bezuinigen. Het CVZ is in 2010 met een dergelijk traject gestart om, gezamenlijk met een groot aantal partijen in de zorg, gepast gebruik op een aantal terreinen en ziektebeelden te bevorderen. De KNMG juicht dat toe en neemt ook gaarne aan dat traject deel.

UTRECHT
16 februari 2011

De KNMG wenst u tot slot alle wijsheid toe bij het afronden en uitbrengen van dit advies en is gaarne bereid tot nadere toelichting.

REFERENTIE
EvW / 11-13280

Met vriendelijke groet,



Prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, internist
voorzitter KNMG

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot
bevordering der Geneeskunst
T.a.v. de heer prof.dr.
A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, internist
Postbus 20051
3502 LB UTRECHT

Uw brief van
16 februari 2011

Uw kenmerk
EvW/11-13280

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020888

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Nieuwenhuijzen Kruseman,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Langdurige zorg

U geeft aan dat de ouderenzorg niet gebaat is bij een onderscheid tussen intramurale (zwaarste zorgbehoefte) en extramurale zorg. Tevens geeft u aan dat voor ouderen het een averechts effect op de kwaliteit kan hebben wanneer alleen de in het laatste levensjaar benodigde zorg (gemiddelde opnameduur verpleeghuis is één jaar geeft u aan) onder een andere wet valt.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

Ik dank u voor uw steun om de extramurale verpleegkundige zorg van de AWBZ in de Zvw onder te brengen.

In- en uitstroomadviezen

U kunt zich vinden in het eerder door het CVZ uitgebrachte advies over de gecombineerde leefstijlinterventie. Wel wijst u erop dat de Zorgstandaard Obesitas nog niet gereed is voor implementatie. Door de betrokken (beroeps)organisaties moeten nog kwaliteitsindicatoren en competenties worden ontwikkeld en er moet nog een patiëntenversie van de zorgstandaard komen. Tijdige en goede afstemming tussen het CVZ en het Partnerschap Overgewicht Nederland is daarom aangewezen.

Het CVZ onderschrijft uw opmerking over de implementatie van de zorgstandaard. Tussen het Partnerschap Overgewicht Nederland en het CVZ heeft meermalen overleg plaatsgevonden. Daarnaast vindt inmiddels overleg plaats tussen het Partnerschap en ministerie van VWS. Overigens wijst het CVZ erop dat de minister van VWS nog geen besluit heeft genomen over dit advies.

Gepast gebruik - ziektelast

In uw visie is het praktisch onmogelijk om zinvolle afkappunten te formuleren voor het laten uitstromen van verstrekkingen met de laagste ziektelast. Daarnaast wijst u op de risico's van substitutie naar duurdere zorg en het onder druk komen van preventie.

Het CVZ zal in zijn uitvoeringstoets ingaan op de consequenties van het hanteren van verschillende afkappunten voor het bepalen van de grenswaarde van lage ziektelast. Ook de problemen rond substitutie en preventie worden door het CVZ herkend en zullen in de toets worden beschreven, met daarbij de mogelijke oplossingen voor het terugdringen van ongewenste gevolgen. In het laatste kwartaal van 2011 legt het CVZ het conceptrapport ter bestuurlijke consultatie aan betrokken partijen voor.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
t.a.v. De heer A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum 14 februari 2011
Ons kenmerk RVB-U-011-017
Uw kenmerk ZA/2011002853
Behandeld door Mw. T. van Ee
Betreft Reactie concept pakketadvies 2011

ciz	Am. Zaaknr.: 2010069398
	INGEKOMEN CVZ 17 FEB. 2011
	Volgnr.: 2011020327

CIZ
Princenhof Park 3
3972 NG Driebergen
Postbus 232
3970 AE Driebergen
KvK Utrecht 30159219

T 088 - 789 67 00
F 088 - 789 67 01
E info@ciz.nl
www.ciz.nl

Geachte heer Boer,

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het concept Pakketadvies 2011. Hierbij op uw verzoek onze reactie waarbij wij zullen ingaan op de door u aangereikte thema's *gepast gebruik* en *langdurige zorg*. Eveneens plaatsen wij enige opmerkingen over het onderwerp *indicatiestelling* en de *adviestaak van het CvZ* in het bezwaartraject tegen indicatiestelling.

Gepast gebruik

Gepast gebruik is een term die enkel toepasbaar is als de norm van gepast gebruik is vastgelegd. Zoals u in het Pakketadvies beschrijft zijn normen voor de cure, op grond van wetenschappelijk onderzoek eenvoudiger aan te geven dan in de AWBZ.

Bij indicatiestelling, en met name bij complexe zorgvragen, wordt op individueel niveau beoordeeld in hoeverre de negatieve effecten van beperkingen op het dagelijks leven kunnen worden gereguleerd of gereduceerd. Het gaat dan om die zorgactiviteiten die voor deze persoon in zijn sociale omgeving van belang zijn.

Langdurige zorg

U stelt voor om in langdurige zorg een knip te leggen tussen zorg, ondersteunende en activerende activiteiten in eigen omgeving en de zorg die geboden moet worden in een beschermde woonomgeving. Deze laatste vorm dient dan in een totaal pakket gedekt te zijn in de zorgverzekering. Niet geheel duidelijk wordt of u de zorgcomponenten bij extramurale zorg ook in de zorgverzekering wilt opnemen. Een duidelijke scheiding tussen zorg en activerende ondersteuning bevordert duidelijkheid over de aanspraken. Het is echter wel zo dat deze scheidslijn bij individuele personen vaak niet zo helder te trekken is. Zeker niet als het gaat om ouderen die in een proces van veroudering met bijkomende problemen langzaam aan de grens tussen activering en bescherming overgaan en soms langere tijd daarover heen en weer gaan.

Vertrouwen in Zorg

In de politieke debatten speelt vertrouwen in de professionals een grote rol. De huidige staatssecretaris heeft dat in haar brief 'Vertrouwen in Zorg' opnieuw benadrukt. Bij de verschillende risico's die u benoemt, hanteert u het uitgangspunt van vertrouwen niet. Wij menen dat er naast risico's ook positieve prikkels genoemd kunnen worden, die wel een bijdrage leveren aan gepast gebruik van beschikbare zorg.

Centrum Indicatiestelling Zorg
De heer ing. D. Hoefsmid MBA,
Voorzitter Raad van Bestuur
Postbus 232
3970 AE DRIEBERGEN

Uw brief van
14 februari 2011

Uw kenmerk
RVB-U-011-017

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020419

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Hoefsmid,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Gepast gebruik

U stelt terecht dat de wetenschappelijke onderbouwing van gepast gebruik in de care-sector moeilijker is dan in de curatieve zorg. Dat is voor het CVZ aanleiding geweest om de mogelijkheden te onderzoeken om een effectmaat in de care te ontwikkelen. Een dergelijke effectmaat, te vergelijken met bijvoorbeeld de EQ5-D, die vaak in de curatieve zorg wordt gebruikt, zou behulpzaam kunnen zijn om betere uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van interventies en zorgvormen in de care-sector.

Op dit moment is het al wel mogelijk uitspraken te doen over de effectiviteit van behandelvormen in de care-sector. Net als u is het CVZ van mening dat op dit terrein nog veel werk te verzetten is.

Langdurige zorg

U geeft aan dat een duidelijke scheiding tussen zorg en activerende ondersteuning belangrijk is voor de duidelijke aanspraken. Ook geeft u aan dat voor individuen die grens niet altijd goed is te trekken.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

Vertrouwen in de zorg

U stelt dat vertrouwen een uitgangspunt moet zijn. Vertrouwen is in hoge mate afhankelijk van de mate waarin duidelijk is wat partijen precies van elkaar mogen verwachten, en ook van de waarborgen in het systeem om die verwachtingen waar te kunnen maken.

Met zijn systeemanalyse vraagt het CVZ aandacht voor de manco's die ertoe leiden dat het niet vanzelfsprekend is dat partijen doen wat van hen mag worden verwacht. Daarnaast kan vertrouwen alleen worden geboden als is voorzien in adequaat toezicht, en als een schending van dat vertrouwen leidt tot passende maatregelen (high trust, high penalty). Het CVZ constateert dat het systeem daarin op dit moment faalt.

Indicatiestelling

U leidt uit het conceptadvies af dat het CVZ van oordeel is dat een indicatiebesluit dat leidt tot een afdwingbaar recht op zorg een systeemfout is. U ziet dit vooral als een versterking van de positie van de verzekerde.

Het CVZ stelt niet zozeer het feit dat het indicatiebesluit een afdwingbaar recht op zorg geeft ter discussie, maar kaart het ontbreken van de noodzakelijke randvoorwaarden aan om hieraan een goede uitvoering te geven. Het CVZ doelt daarmee onder meer op het ontbreken van de onmogelijkheid voor zorgverzekeraars (het zorgkantoor) om bezwaar te maken tegen een indicatiebesluit.

Doelmatigheidsafweging bij indicatiestelling

U vindt dat u geen taak hebt ten aanzien van de doelmatigheid, omdat het vaststellen van de zorg en de kosten daarvan gescheiden trajecten zijn.

Het vaststellen van de tarieven voor zorgprestaties en de inkoop van zorg zijn inderdaad geen taken van het indicatieorgaan. Naar het oordeel van het CVZ heeft doelmatigheid niet alleen betrekking op de hoogte van het tarief of de prijs die aanbieders en zorgkantoren afspreken, maar ook op de aard en omvang van de geïndiceerde zorg. Voor zorgkantoren (en daarmee voor de NZa als toezichthouder) is het indicatiebesluit een gegeven.

Eerder heeft het CVZ al het standpunt ingenomen dat, als het indicatieorgaan de doelmatigheidsbeoordeling niet kan of wil maken, dit tot gevolg moet hebben dat de indicatie de status van advies zou moeten hebben, zodat de verzekeraar (zorgkantoor) de doelmatigheid kan bewaken. Overigens ligt dit voor de hand als verzekeraars de AWBZ risicodragend gaan uitvoeren, zoals het voornemen van het kabinet is.

Duiding en indicatiegeschillen

U stelt nader bestuurlijk overleg over de adviestaak van het CVZ bij indicatiegeschillen op prijs te stellen. Het CVZ gaat graag op uw verzoek in en zal hiertoe het initiatief nemen.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011.

3/ZA/2011020419

Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Boer', written in a cursive style.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



organisatie van zorgondernemers

College voor Zorgverzekeringen CVZ
T.a.v. mw. Den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Afd. Zaaknr.:
INGEKOMEN CVZ 18 FEB. 2011
Volgnr.: 2011020601

Onderwerp Pakketadvies 2011

datum

15 februari 2011

Geachte mw. Den Haan,

ons kenmerk

GR/11u.0283

Graag maken wij gebruik van de mogelijkheid een reactie te geven op het Pakketadvies 2011. Het pakketadvies 2011 bevat geen nieuwe concrete in- of uitstroom adviezen. Conform uw verzoek zullen wij onze reactie richten op de thema's 'gepast gebruik' en 'langdurige zorg' in het rapport.

in behandeling bij

drs. G. Rutten

Een belangrijk onderdeel in het Pakketadvies vormt hoofdstuk 3 over het pakketbeheer in de AWBZ. Daarin schetst het CVZ op hoofdlijnen een nieuwe visie op de langdurige zorg, bedoeld als aanzet voor een publiek debat. Aan die visie gaat een kritische beschouwing vooraf op het huidige systeem en het functioneren van de AWBZ.

doorkiesnummer

(030) 27 39 483

pagina

1/2

Dubbele sturing in de AWBZ

Terecht wordt opgemerkt in het advies dat in de AWBZ de aansluiting tussen aanspraken, indicatiestelling en bekostiging niet goed geregeld is. De aanspraken zijn zeer open omschreven en zijn niet bij voorbaat beperkt. Via de indicatiestelling worden deze aanspraken geüniformeerd zonder goed rekening te houden met de specifieke situatie en vragen van de cliënt. En de financiële gevolgen van het beroep op zorg die uitstijgen boven de budgettaire kaders, worden achteraf opgevangen door het nemen van tariefmaatregelen door de NZa.

Het CVZ concludeert dan ook dat in de aanspraken op zorg verwachtingen worden gewekt die door de kostenbeheersende financieringswijze onder druk komen te staan. De alom bepleite glasheldere polis ontbreekt en het systeem van regiobudgetten verhoudt zich niet met het recht op zorg. ActiZ deelt de opvatting van het CVZ dat de beheersinstrumenten aan de voorkant van het systeem moeten worden ingezet (aanspraken) in plaats van aan de achterkant van het systeem (bekostiging). Het sturen op gepast gebruik van zorg dient dan ook plaats te vinden via het traject van de indicatiestelling.

Zorginnovatie

In het Pakketadvies wordt ook opgemerkt dat de huidige wijze van bekostiging van extramurale zorg geen financiële prikkel bevat om - via inzet van meer innovatieve werkwijze en technieken - met minder tijd eenzelfde resultaat te boeken.

Postadres Postbus 8258, 3503 RG Utrecht | **Bezoekadres** Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht | www.actiz.nl |

T (030) 273 93 93 | F (030) 273 97 87 | E info@actiz.nl | Bank 69.96.50.038 | KvK 30216479 | BTW 8175.01.368.B.01

ActiZ deelt deze opvatting, maar is van mening dat de oplossing daarvoor niet moet worden gezocht in een aanpassing van de indicatiestelling, maar in een aanpassing in het systeem van de bekostiging.

Het omzetten van de indicatiestelling in een (week)budget waarmee de zorgaanbieder samen met de cliënt een zorgarrangement kan afspreken, biedt meer ruimte voor een meer innovatieve inzet van zorg.

Visie op langdurige zorg

Het voorstel van het CVZ is om de 'zwaarst te verzekeren zorgbehoefte' een aparte plaats toe te kennen in het zorgstelsel met allesomvattende zorg (zorg-, woon- en toezichtfunctie) bedoeld voor de meest kwetsbare mensen voor wie bescherming centraal staat.

De zorg voor de overige (extramurale) doelgroepen zou zoveel mogelijk in het teken moeten staan van activering. Deze zorg ondersteunt dat mensen in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen, wat ook een geclusterde of beschermde omgeving kan zijn.

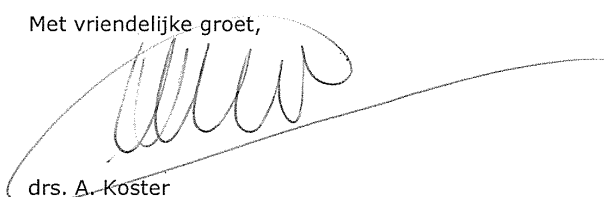
Voorts wordt een overheveling bepleit van de functie behandeling, verpleging en verzorging naar de Zvw.

Het betreft nog een schets op hoofdlijnen, welke schets goed aansluit op het recent door het CVZ uitgebrachte advies om de (extramurale) verpleging en verzorging integraal over te hevelen uit de AWBZ naar de Zvw. Die lijn willen wij van harte ondersteunen omdat daardoor de versnippering van verpleging over twee stelsels wordt opgeheven en tevens geen nieuw schot wordt gecreëerd tussen verpleging en verzorging.

Punt van aandacht bij de verdere uitwerking van deze visie voor ActiZ blijft de vraag of de reikwijdte van verzorging - zoals die binnen de huidige AWBZ vorm heeft gekregen - na overheveling naar de Zvw wel volledig in tact blijft. De aanspraken in de Zvw zijn immers meer individugericht bepaald en dienen gekoppeld te zijn aan geneeskundige zorg. Bovendien lijkt een beperking in de aanspraak op verzorging plaats te vinden omdat de reikwijdte van verzorging wordt gedefinieerd 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Deze kanttekening laat onverlet dat ActiZ zich heel goed kan vinden in de geschetste visie op hoofdlijnen en met belangstelling uitzielt naar het publieke debat hierover, waaraan wij graag zullen deelnemen.

Met vriendelijke groet,



drs. A. Koster
directeur

FB

ActiZ organisatie van zorgondernemers
T.a.v. de heer drs. A. Koster, directeur
Postbus 8258
3503 RG UTRECHT

Uw brief van
15 februari 2011

Uw kenmerk
GR/11u.0283

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020890

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Koster,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

AWBZ-zorginnovatie

U onderschrijft de analyse die het CVZ maakt over de tekortkomingen in de aansluiting tussen aanspraken, indicatiestelling en bekostiging. U merkt daarbij op dat de oplossing voor de belemmingen voor innovatie, die nu in het systeem zijn ingebakken, vooral in de bekostiging moet liggen. Dat is een terechte toevoeging, die het CVZ in het definitieve rapport zal verwerken.

Langdurige zorg

Naar uw mening sluit de lijn die het CVZ presenteert over de toekomst van de langdurige zorg, goed aan op het recent door het CVZ uitgebracht advies om de (extramurale) verpleging en verzorging integraal over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. U vraagt zich naar aanleiding van dit rapport af of de reikwijdte van de verzorging, zoals die binnen de huidige AWBZ vorm heeft gekregen, wel volledig in tact blijft.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

2/ZA/2011020890

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



GGZNEDERLAND

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 XH DIEMEN

Afd. Zaaknr.:
INGEKOMEN CVZ 18 FEB. 2011
Volgnr.: 2011020620

Datum
16 februari 2010
Contactpersoon
M. Strijdonck
Ons kenmerk
FA/mesk/cecs/127547/2011
Onderwerp
Reactie concept Pakketadvies 2011

Bijlage(n)
-
Doorkiesnummer
8977
Uw kenmerk
ZA/2011002853

Geachte mevrouw Den Haan

Wij hebben het concept Pakketadvies 2011 ontvangen, waarvoor onze dank. Graag maken wij gebruik van uw uitnodiging te reageren op de hoofdstukken 1 tot en met 4 van het hoofdrapport.

Allereerst volgt onze reactie op de twee belangrijkste thema's in het rapport, gepast gebruik en langdurende zorg. Daarna volgt een reactie op een tweetal specifieke onderdelen in het rapport, te weten uitkomstmaat care en rol verzekerden gepast gebruik AWBZ.

Gepast gebruik

Het thema gepast gebruik sluit ons inziens aan bij enkele doelstellingen van GGZ Nederland zoals die verwoord staan in onze beleidsagenda 'Zorg werkt!'¹. Als voorbeeld noemen wij de beoogde extramuralisering in de ggz. Ook deze doelstelling beoogt meer gepast gebruik, zowel vanuit het oogpunt van kostenefficiëntie als de inhoud van de zorg. Maar ook met het meer inzetten van preventie en e-mental health beogen wij gepast gebruik te bevorderen.

Net als u constateren wij belemmeringen voor het bereiken van gepast gebruik. Naast perverse prikkels in de financiering zien wij ook belemmeringen die zich buiten het directe gezichtsveld van de zorg afspelen. Een voorbeeld is het gebrek aan voldoende passende woningen om extramuralisering mogelijk te maken. Het is volgens ons relevant ook dergelijke 'externe belemmeringen' mee te nemen in het rapport, of in ieder geval te benoemen dat deze bestaan.

Behalve 'externe belemmeringen' zouden ook belemmeringen bij het daadwerkelijk gebruik van zorg een plek moeten krijgen in het rapport. Hierbij denken wij bijvoorbeeld aan gebruikers van zorg die te vroeg stoppen met medicatie of een behandeling of mensen met een aandoening die überhaupt geen gebruik maken van de zorg. Van de ongeveer 160.000 mensen met een ernstige psychische aandoening, maakt ongeveer één/derde geen gebruik van de ggz².

¹ <http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/zwsept2010.pdf>

² Busschbach e.a., 2004



Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg

Piet Mondriaanlaan 50 / 52 • 3812 GV Amersfoort • Postbus 830 • 3800 AV Amersfoort • T 033 460 89 00 • F 033 460 89 99

info@ggznederland.nl • www.ggznederland.nl • KVK 40483580 • ING Bank 68.72.11.808



Voor wat betreft het aspect toezicht als belemmering zijn wij van mening dat voorkomen moet worden dat op individueel cliëntniveau (structureel) toezicht plaats gaat vinden op gepast gebruik. Dit is ondoenlijk en onwenselijk.

Visie langdurende zorg

De gedachte van een activerende investeringsstaat sluit aan bij onze visie op zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Namelijk de focus op de eigen regie door de cliënt als uitgangspunt voor de zorg en een omslag naar meer herstelgeoriënteerde zorg³.

De visie zoals beschreven in het rapport roept bij ons nog wel enkele vragen op.

- U stelt voor de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte een aparte plaats in de zorgverzekering te geven. Wat onder de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte wordt verstaan, wilt u in overleg met partijen verder uitwerken. Bij de omschrijving van de overige doelgroepen voegt u het woord 'extramurale' tussen haakjes en aanhalingstekens toe. Desondanks lijkt het door deze toevoeging alsof u er impliciet van uitgaat dat de zwaarst te verzekeren zorg intramurale zorg betreft. Dit is onze ogen voorbarig en, afhankelijk van de nadere invulling, mogelijk ook onterecht.
- Verder blijkt uit de tekst niet duidelijk wat u onder 'de zorgverzekering' voor de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte verstaat. Betreft dit de Zvw, AWBZ of staan de huidige verzekeringsstelsels hier los van? Vanzelfsprekend staat de inhoud van de te leveren zorg voorop en is de stelseldiscussie hieraan ondergeschikt. Uit ervaring weten wij echter dat het opereren in meerdere stelsels tot knelpunten leidt. Door de doelgroepbenadering bestaat het risico dat nieuwe schotten ontstaan. Wij pleiten er voor het aantal schotten zo beperkt mogelijk te houden. Ook de SER heeft aanbevolen voortgezet verblijf (verblijf noodzakelijk vanwege geneeskundige behandeling na 365 dagen) over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw.

Wij beseffen dat er ongeacht de keuze schotten zullen blijven bestaan. Dat ook u dat onderkent, blijkt uit de vraag die u met partijen wilt beantwoorden hoe de noodzakelijk samenhang binnen de zorg en tussen de zorg en andere domeinen het beste is te waarborgen. In dit kader willen wij u wijzen op het rapport '*Ketenbekostiging voor de ondersteuning van mensen met ernstig psychische aandoeningen*'⁴ dat Plexus in opdracht van het Platform Herstel en Burgerschap heeft opgesteld. Hieruit blijkt ondermeer, mede aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden, dat er afstemming nodig is tussen de verschillende financieringskaders, bijvoorbeeld door gezamenlijke inkoop door financiers of door de mogelijkheid van substitutie tussen financieringskaders. Ook biedt de beoogde uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars in de aanloop naar overheveling perspectief op meer samenhang en samenwerking.

Zo mogelijk moet voorkomen worden dat mensen tot de categorie zwaarst te verzekeren zorgbehoefte gaan behoren. Hiertoe is preventie, in breedste zin van het woord, een geëigend middel. Dit ontbreekt echter in uw visie op de langdurende zorg.

Bij de verdere uitwerking geeft u aan dat u onder meer de overheveling van de functie begeleiding uit de Zvw aan de orde wilt laten komen. Wij vragen ons af hoe dit strookt met het standpunt dat u in december 2009 heeft ingenomen over geneeskundige ggz en AWBZ-begeleiding.

³ Naar Herstel en gelijkwaardig burgerschap – Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, GGZ Nederland, 2009

⁴ http://www.plexus.nl/ketenbekostiging_voor_de_ondersteuning_van_mensen_met_ernstig_psychische_aandoeningen-0030000070110023.aspx



Hierin geeft u aan dat het, zeker bij de gespecialiseerde ggz, regelmatig voorkomt dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling (geneeskundige zorg). Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel zijn van de psychiatrische behandeling, zijn dan ook aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw.

Graag gaan wij in op uw aanbod om met partijen in debat te gaan over de visie op de langdurende zorg. Wij zijn benieuwd naar de (globale) planning die u hierbij voor ogen heeft.

Uitkomstmaat care

U geeft aan dat u de mogelijkheden onderzoekt om te komen tot één uitkomstmaat voor de gehele care in verband met de effectiviteitsbeoordeling in het kader van het pakketbeheer. GGZ Nederland zet grote vraagtekens bij de wenselijkheid en haalbaarheid van één generiek instrument om uitkomsten van AWBZ zorg te meten bij uiteenlopende doelgroepen in de care. Het zal volgens ons niet leiden tot betekenisvolle informatie. Graag attendeer ik u op Routine Outcome Measuring (ROM) in de ggz⁵. De ggz sector maakt op een gestructureerde wijze inzichtelijk wat de uitkomsten van zorg zijn op de domeinen klachtenbeloop, functioneren én kwaliteit van leven. GGZ Nederland heeft met Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de aanlevering van voldoende vergelijkbare metingen. Alle zorgverzekeraars en lidinstellingen van GGZ Nederland hebben deze afspraken opgenomen in de zorginkoop. ROM in de ggz zal inzicht bieden in de relevantie en effectiviteit van de ggz, ook voor de langdurende zorg.

Rol verzekerden gepast gebruik AWBZ

Bij de rol van verzekerden voor gepast gebruik in de AWBZ geeft u aan dat de remmende werking van een eigen bijdrage niet groot zal zijn. Resultaten van het onderzoek van het Landelijk Platform ggz naar de consequenties voor cliënten van de invoering van de eigen bijdrage voor de functie begeleiding in de AWBZ doen echter anders vermoeden. Eén van de conclusies is namelijk dat 40 procent van de cliënten door de eigen bijdrage de begeleiding stopt of overweegt te stoppen, veelal om financiële redenen. Een eigen bijdrage voor de gehele ggz zal desastreus uitpakken.

Wij zijn van mening dat verzekerden/cliënten een rol hebben bij gepast gebruik. Dit komt onder meer tot uiting in het in individuele zorgplan dat zorgaanbieder en cliënt gezamenlijk opstellen. Echter, zoals eerder aangegeven bij het onderdeel gepast gebruik, kan en mag de rol van de cliënt bij gepast gebruik niet overschat worden. De mondigheid van veel ggz cliënten is beperkt en zij hebben niet altijd zelf voldoende inzicht in welke zorg zij nodig hebben.

We vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Graag zijn wij bereid onze brief nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Ir. P.M. van Rooij,
directeur.

⁵ www.romggz.nl

GGZ Nederland
T.a.v. de heer ir. P.M. van Rooij, directeur
Postbus 830
3800 AV AMERSFOORT

Uw brief van
16 februari 2011

Uw kenmerk
FA/mesk/cecs/12754/2011

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020895

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Van Rooij,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Gepast gebruik

Het thema gepast gebruik sluit goed aan bij een aantal beleidsdoelen van GGZ Nederland, bijvoorbeeld de extramuralisatie van de GGZ. Evenals het CVZ constateert u een aantal belemmeringen voor het bereiken van gepast gebruik. U vindt de 'externe belemmeringen' voor het bereiken van gepast gebruik in het Pakketadvies onderbelicht. Daarnaast moeten naar uw mening ook belemmeringen bij het daadwerkelijk gebruik van zorg een plek krijgen in het rapport. Hierbij denkt u onder meer aan mensen die te vroeg stoppen met een behandeling of mensen die überhaupt geen gebruik maken van zorg. Tot slot merkt u op dat voorkomen moet worden dat op individueel cliëntniveau (structureel) toezicht plaats gaat vinden op gepast gebruik.

Het CVZ dankt u voor uw positieve reactie op dit onderwerp. Belemmeringen met betrekking tot gepast gebruik die zijn gelegen binnen en buiten de zorg, betreft het CVZ in zijn analyse. Tot slot merkt het CVZ op dat zorgverzekeraars op individueel niveau beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs op het gevraagde is aangewezen. Ook die beoordeling kan gepast gebruik bevorderen.

Langdurige zorg

U reageert op onze voorzet een zwaarst te verzekeren zorgbehoefte te omschrijven. U vindt het voorbarig dat het alleen bij deze groep om intramurale zorg gaat. U geeft aan dat het niet duidelijk is wat CVZ bedoeld met 'de zorgverzekering'. U geeft aan dat ongeacht de keuze voor een toekomstig systeem, er altijd een 'schottenproblematiek' blijft bestaan.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

Uitkomstmaten in de care

U plaatst vraagtekens bij de wenselijkheid en haalbaarheid van één uitkomstmaat voor de care. U wijst daarbij op de Routine Outcome Measuring (ROM). De effectmaat die het CVZ wil ontwikkelen is echter van een heel andere aard dan de ROM.

De ROM is een meetinstrument om de voortgang van het zorgproces bij individuele verzekerden te monitoren en de resultaten van zorgverleners en instellingen te evalueren. Het CVZ streeft een effectmaat na, aan de hand waarvan de effecten op de kwaliteit van leven van een bepaalde afzonderlijke interventie of zorgvorm kan worden vastgesteld. Een dergelijke effectmaat is nodig om tot betere uitspraken over de effectiviteit van nieuwe interventies of zorgvormen te komen. In de somatische zorg bestaat bijvoorbeeld de EQ5-D. Daarmee is het mogelijk het effect op de kwaliteit van leven van verschillende interventies met elkaar te vergelijken.

De EQ5-D is gebaseerd op vijf dimensies. In de care spelen ook dimensies een rol die niet in de EQ5-D of andere gebruikelijke effectmaten zijn opgenomen, zoals sociaal/maatschappelijk welzijn en zingeving. Het is daarbij overigens niet bij voorbaat uitgesloten dat specifiekere effectmaten voor verschillende doelgroepen beter blijken te voldoen. Maar het is te vroeg om daar nu al van uit te gaan.

Rol verzekeren bij gepast gebruik in de AWBZ

Het CVZ stelt in het Pakketadvies dat de remmende rol van eigen bijdragen niet groot is. U wijst erop dat de invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding 40% van de verzekerden doet (overwegen te) stoppen met de begeleiding.

Het CVZ is niet van mening dat er door het voeren van eigen bijdragen geen enkel remmend effect optreedt, maar vooral dat er geen remmend effect is op ongepast gebruik. De maximale eigen bijdrage extramuraal is al snel bereikt, en intramuraal is er geen koppeling met de omvang van de zorg.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

CVZ
T.a.v. dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Afd. Zaaknr.:
INGEKOMEN CVZ 18 FEB. 2011
Volgnr.: 2011020624

Kenmerk : nfm.bri.267
Betreft : Consultatie Pakketadvies 2011
Datum : 16 februari 2011

Geachte heer Boer,

Dank voor uw uitnodiging om te reageren op het concept van het Pakketadvies 2011.

Het Pakketadvies gaat ondermeer in op de thema's "gepast gebruik" en "langdurige zorg". Ten aanzien van het eerstgenoemde thema constateren wij dat tekst m.b.t. de "oplossingen" ontbreekt. Een inhoudelijke reactie is daarom niet mogelijk. Dat is jammer omdat het ontbrekende stuk nu zonder consultatie en reactie van alle veldpartijen aan de minister wordt aangeboden. Dat lijkt ons voor nu en de toekomst geen goede zaak.

Tijdens de gehouden consultatiebijeenkomst over het advies op 7 februari jl. kwam aan de orde het door VWS gedane verzoek een additioneel uitstroomadvies op te stellen. Fysiotherapie en incontinentie werden hierbij o.a. genoemd teneinde een bezuiniging te realiseren van €30 miljoen.

Wij pleiten ervoor dit verzoek onderdeel te laten zijn van de thematische aanpak zoals die CVZ voor ogen staat. Zonder het verzoek in te kaderen of te thematiseren bestaat de kans dat besluitvorming daarover op opportunistische (bezuinigings) gronden plaatsvindt. In de uitvoeringstoets is ruimte voor betrokkenheid resp. consultatie van veldpartijen inbegrepen, zo begrijpen wij.

Het concept-advies gaat in op de vormgeving van de voorwaardelijke financiering. Voor zo'n voorwaardelijke of tijdelijke financiering hebben wij meerdere malen erg gepleit, juist met het oog op het bespoedigen van de opname van innovaties in het basispakket.

Blijkbaar is er een lijst met onderwerpen ten behoeve van bespreking tussen CVZ, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars. Wij stellen hierbij twee opmerkingen:

1. In het kader van deze consultatie zou de CVZ-lijst in het conceptadvies moeten zijn opgenomen om te becommentariëren respectievelijk aan te vullen.
2. Aangezien wij een en andermaal op het belang van dit onderwerp hebben gewezen, bevreemdt het ons zeer dat de besprekingen over de uitwerking volledig buiten ons om plaatsvinden.

Wij pleiten er verder voor geselecteerde onderwerpen niet in het jaarlijks pakketadvies op te nemen maar te kiezen voor een meer flexibele uitvoering. Veelbelovende innovaties zijn gebaat bij een ondersteuning die adequaat is, ook qua tijd. Opneming van geselecteerde onderwerpen in het jaarlijkse pakketadvies kan ertoe leiden dat de inzet van zo'n instrument t.b.v. de innovaties zo'n twee jaar op zich laat wachten. Zo'n periode is ons inziens onbestaanbaar en niet goed in lijn te brengen met wat de voorwaardelijke financiering beoogt namelijk het versnellen van een besluit tot mogelijke opneming van innovaties in het basispakket en niet tot het afremmen of ontmoedigen daarvan.

Over de zogenaamde lagere ziektelast maakt u ons inziens een aantal behartenswaardige opmerkingen.

1. De besparing van meer dan €2 miljard, berekend bij de Herooverweging curatieve zorg 2010 is hoogstens voor een kwart van dit bedrag "mogelijk realistisch".
2. Uitvoering van het criterium lage ziektelast is ingewikkeld.
3. Er bestaan nauwelijks gegevens over lage ziektelast.
4. Er zijn andere manieren om, zo begrijpen wij, tot andere scheidslijnen of afkappunten te komen. Bij de te verwachten uitvoeringstoets gaat het CVZ die ook uitwerken.

Tevens schrijft u dat u samen met het IMTA werkt aan de operationalisatie van het begrip ziektelast.

Gelet op het bovenstaande is onze conclusie dat er nog het nodige dient te worden uitgezocht en onderzocht om te komen tot een nadere uitwerking die ook in internationale context herkenbaar en bruikbaar is. Overigens nemen wij aan dat wij t.z.t. bij de uitvoeringstoets van het CVZ worden betrokken.

Uw opmerkingen over de rol van CVZ in internationaal verband prikkelen ons evenzeer. U spreekt over bijvoorbeeld uw rol binnen het EUnetHTA waarbij het vooral lijkt te gaan over geneesmiddelen. Is het CVZ op enigerlei wijze ook internationaal actief als het gaat om medische hulpmiddelen? Indien dit het geval is zou de desbetreffende tekst daarop moeten worden aangepast.

Met vriendelijke groet,



Mr. Roelf A. van Run
Directeur

Nefemed
T.a.v. de heer mr. R.A. van Run, directeur
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Uw brief van
16 februari 2011

Uw kenmerk
nfm.bri.267

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011020893

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte Van Run,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Gepast gebruik

U geeft aan dat de oplossing die het CVZ voorstelt op het gebied van gepast gebruik in het voorgelegde conceptrapport nog ontbreken. Het lijkt u voor nu en de toekomst geen goede zaak dat het ontbrekende stuk nu zonder consultatie van alle belanghebbende partijen aan de minister van VWS wordt aangeboden.

U constateert terecht dat de oplossingsrichtingen in het conceptadvies nog ontbreken. In het Pakketadvies 2011 zal het CVZ het vervolgtraject van gepast gebruik schetsen. Zoals in het rapport aangegeven, neemt een groot aantal partijen aan de rondetafelbijeenkomsten deel. Het eindproduct is een gezamenlijk product van die partijen, en geen CVZ-rapport. Op welke manier dit eindproduct vorm krijgt, is nu nog niet duidelijk.

Uitstroomadviezen

U verwijst naar de consultatiebijeenkomst van 7 februari, waarin het CVZ aankondigde op verzoek van het ministerie van VWS in juni 2011 nog een uitstroomadvies/-adviezen uit te brengen. U pleit ervoor het verzoek van VWS onderdeel te laten zijn van de thematische aanpak zoals het CVZ die voor ogen staat. Anders bestaat de kans dat besluitvorming op opportunistische (bezuinigings)gronden plaatsvindt.

Het tijdens de consultatiebijeenkomst genoemde uitstroomadvies/-adviezen vloeit voort uit een verzoek van het ministerie van VWS in het kader van het in het Regeerakkoord genoemde stringent pakketbeheer. Het ministerie heeft het CVZ gevraagd om te komen met alternatieve pakketmaatregelen waarmee een voor 2012 afgesproken bezuiniging van € 30 miljoen kan worden gerealiseerd. Dit staat los van de kostenbeheersing die plaatsvindt door middel van gepast gebruik en ook van de verwachte uitvoeringstoets over lage ziektelast. Voor de totstandkoming van het uitstroomadvies/de uitstroomadviezen zal het CVZ zijn gebruikelijke procedures hanteren met betrekking tot consultatie en het betrekken van adviescommissies.

Voorwaardelijke financiering

U laat weten in het verleden meermalen gepleit te hebben voor een dergelijk instrument, juist met het oog op het bespoedigen van de opname van innovaties in het basispakket. U merkt verder op een lijst van potentiële onderwerpen in het concept-pakketadvies te hebben verwacht, waarop commentaar en aanvulling mogelijk zou zijn geweest. Een dergelijke lijst is niet opgenomen in het Pakketadvies.

U betreurt het dat u niet betrokken bent bij de besprekingen over de uitwerking van voorwaardelijke financiering.

De mogelijkheid van introductie van het instrument voorwaardelijke financiering wordt pas sinds kort door de minister van VWS overwogen. Het CVZ werkt op dit moment samen met het ministerie van VWS uit hoe dit instrument vorm moet krijgen in de wet- en regelgeving. Voorts worden nu enkele onderwerpen uitgewerkt, die mogelijk als 'pilot' zouden kunnen dienen. Er bestaat op dit moment geen CVZ-lijst van onderwerpen. Eerst zullen de criteria die eerder in grote lijnen zijn weergegeven (zie CVZ advies voorwaardelijke financiering, december 2009), verder moeten worden uitgewerkt, alsmede een prioriteringswijze. Het CVZ is hierover in gesprek met het ministerie van VWS en ZonMw. Te zijner tijd betreft het CVZ ook de andere relevante partijen.

Ziektelast

U geeft aan dat uitvoering van het criterium lage ziektebelasting ingewikkeld is en dat er nauwelijks gegevens over lage ziektebelasting zijn. U concludeert dat er nog het nodige dient te worden onderzocht om te komen tot een nadere uitwerking die ook in internationale context herkenbaar en bruikbaar is. Tenslotte gaat u ervan uit dat u te zijner tijd bij de uitvoeringstoets van het CVZ wordt betrokken.

Het CVZ zal samen met iMTA onderzoek uitvoeren naar gegevens over lage ziektebelasting en daarbij aansluiting zoeken bij internationale standaarden. In de consultatieronde is er voor u gelegenheid om op de uitvoeringstoets te reageren.

Internationaal

U geeft in uw reactie aan dat de rol van het CVZ in internationaal verband u prikkelt en vraagt zich af of CVZ ook op enigerlei wijze internationaal actief is als het gaat om medische hulpmiddelen.

WP5 is het enige project binnen EUnetHTA dat zich specifiek op geneesmiddelen richt. Andere activiteiten binnen EUnetHTA hebben ook betrekking op medische hulpmiddelen, zoals de database waarin de leden lopende onderwerpen bijhouden, het ontwikkelen van een online applicatie voor het HTA Core Model en het ontwikkelen van een database waarin lopende onderzoeken (bijvoorbeeld registraties) voor het beantwoorden van pakketvragen op Europees niveau kunnen worden geregistreerd. Het CVZ is betrokken bij deze activiteiten en heeft dit, mede naar aanleiding van uw reactie, in het Pakketadvies verduidelijkt.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Nederlandse
Zorgautoriteit

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. Mevrouw M. van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH Diemen

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Afd.	2a
Zaaknr.	2010069398
INFORMATIE	
07 maart 2011	
Volgnr.	2011.025257

Behandeld door
A Noordermeer

Telefoonnummer 030 296 83 57
E-mailadres anoordermeer@nza.nl

Kenmerk
11D0006438

Onderwerp
Concept Pakketadvies 2011

Datum
4 maart 2011

Geachte mevrouw Van der Veen,

De NZa heeft met belangstelling kennis genomen van het concept Pakketadvies 2011. Gepast gebruik, ziektelast en langdurige zorg, de hoofdonderwerpen uit het ontwerp-advies, zijn de komende tijd van groot belang. Hieronder reageren wij op deze onderdelen uit het concept Pakketadvies. Wij betrekken daar ook de passages bij over het risicogericht pakketbeheer en de voorwaardelijke financiering. Daarnaast hebben wij op medewerkersniveau meer uitgebreid gereageerd op de tekst van het concept Pakketadvies. Deze reactie heeft u al ontvangen.

Concept Pakketadvies 2011

De invalshoek om via op elkaar afgestemde samenwerking met de spelers in het zorgveld gepast gebruik te bevorderen, spreekt ons aan. Belangrijk is daarbij wel dat sprake is van een gedeelde analyse en een vertaling daarvan, waarmee alle betrokken partijen kunnen werken. Met name de vraag waar bij risicogericht pakketbeheer centrale sturing nodig is en waar decentralisatie gewenst, is belangrijk. Het is voor ons niet op voorhand een gegeven dat bij zorgvormen waarbij veel innovaties en/of hoge kosten zijn, veel centrale sturing noodzakelijk/wenselijk is. Bij sommige zorgvormen zullen juist decentrale partijen in hun rol moeten worden gezet (verzekeraars, patiënten/consumenten en aanbieders). Bij andere zorgvormen zal meer centrale sturing nodig zijn. De NZa stelt voor om samen met het CVZ te bekijken of het mogelijk is een gezamenlijk afwegingskader te ontwikkelen en samen in kaart te brengen welke (beleids-)informatie nodig is om met zo'n kader te werken. Daarnaast zullen de door het CVZ te treffen regeling voor voorwaardelijke financiering en de NZa-beleidsregel innovatie, heel concreet op elkaar moeten worden afgestemd, zodat die logisch op elkaar aansluiten voor actoren die met beide te maken hebben. Dit onderwerp is overigens ook onderdeel van het zorgvernieuwingprogramma van VWS, CVZ, NZa en ZonMW.

Wat betreft de NZa zitten er beperkingen aan de optie om via de omschrijving van het pakket besparingen te realiseren. Zo kan het (zeer) verfijnd beschrijven wat wel en niet verzekerde zorg is, leiden tot een fijnmazigheid in de bekostiging die uit oogpunt van gelddruk en toezichtskosten niet wenselijk is. De NZa heeft zich daarom eerder op het standpunt gesteld dat het bij uitname van het pakket van zorg om herkenbare en af te bakenen delen van zorg moet gaan. Dit vergroot de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid.

Kenmerk
11D0006438
Pagina
2 van 3

Sommige zorgvormen die geen verzekerde zorg zijn, zoals Fear Fighter of Deep Brain Stimulation, zijn niet onderscheidbaar in onze prestaties. Hierdoor is uitsluiting uit het basispakket en daarmee gepast gebruik als sturingsmechanisme niet gemakkelijk uitvoerbaar. Zorgverzekeraars zouden via materiele controle wel kunnen toezien op recht- en doelmatigheid. De vervanging van de huidige DBC's door zorgproducten (project DOT) betekent dat de prestaties voor medisch specialistische zorg grofmaziger worden en daardoor nog minder aangrijpingspunten geven voor een fijnmazige sturing op gepast gebruik.

Ook vinden wij het belangrijk dat bij gepast gebruik de patiënt in beeld blijft en via bijvoorbeeld transparantie over kwaliteit en gepast gebruik in staat wordt gesteld zelf zijn rol te spelen. Voorbeelden waarbij wordt gesteld dat vermijden van over- en onderbehandeling voor zowel zorgverleners als verzekeraars van belang is, kunnen de indruk wekken dat de patiënt wordt vergeten. Dat risico is overigens bij een keuze voor centrale in plaats van decentrale sturing altijd aanwezig. Dat geldt ook voor het risico dat wanneer eenvoudige en/of goedkope zorg uit het pakket wordt gehaald, een averechts effect wordt bereikt, doordat er substitutie ontstaat naar duurdere vormen van zorg.

Wat betreft de langdurige zorg, herkent de NZa de problemen die een slecht aansluitende keten van aanspraak indicatie bekostiging veroorzaakt. Het belang van een goed sluitende keten onderschrijft de NZa. Een aantal afwegingen, zoals hoe fijnmazig de keten wordt vormgegeven, zal daarbij ook op het niveau van de keten gemaakt moeten worden. Daarom werken het CVZ en de NZa nu al constructief samen aan een sluitende keten voor cliënten die zijn aangewezen op zorg met verblijf zodat sprake is van een duidelijke aansluiting tussen aanspraak, indicatie en bekostiging. Wij achten het van belang dat onze organisaties de komende periode samen blijven werken aan een duidelijke verbetering van de keten.

Voorts geeft u in het pakketadvies aan dat "innovaties en best-practices" zouden moeten leiden tot aanpassing van de indicatiestelling. Wij spreken in dat verband liever van aanpassing in de keten aanspraak – indicatie – bekostiging. Daarvoor ontbreekt inderdaad een vaste structuur. De NZa heeft in 2009 het ministerie van VWS door middel van de uitvoeringstoets ZZP-onderhoud geadviseerd over de wijze waarop een dergelijke structuur kan worden neergezet rekening houdend met ieders taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Wij verwijzen met name naar de hierin opgenomen nadere uitwerking van de verschillende fasen in het onderhoudsproces, waarbij de taken en rollen van CVZ, VWS en CIZ zijn geschetst. De NZa is hierover in gesprek met het ministerie van VWS en verwacht u in 2011 over het ZZP-onderhoud te kunnen informeren.

Tenslotte geeft u in het concept Pakketadvies aan dat u wilt nagaan hoe de noodzakelijke samenhang binnen de zorg en tussen de zorg en aangrenzende domeinen als welzijn, wonen, onderwijs en jeugdzorg, het best te waarborgen is. Een logische en duidelijke afbakening van domeinen, waarbij grijze gebieden en rafelranden worden voorkomen, is een voorwaarde om vervolgens ook samenhang te kunnen realiseren. Voorkomen moet worden dat nodeloos gediscussieerd wordt over de vraag wie verantwoordelijk is voor de zorg. Voor een goede samenwerking is een haarscherpe verantwoordelijkheidsverdeling een randvoorwaarde. Vervolgens kan worden nagedacht hoe de samenhang kan worden gestimuleerd. Voor het CVZ ligt bij de heldere en logische afbakening een belangrijke verantwoordelijkheid. In het NZa-werkprogramma zijn ook een aantal projecten opgenomen, gericht op een verdere knip tussen verschillende domeinen (Zvw, WMO en AWBZ), zoals de projecten overheveling van AWBZ naar WMO, rafelranden Zvw-WMO-AWBZ en overheveling revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw.

Kenmerk
11D0006438
Pagina
3 van 3

Uitgebrachte adviezen na Pakketadvies 2010

Wij sluiten af met een opmerking over het overzicht van alle adviezen die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2010 heeft uitgebracht. Het lijkt ons goed om op managementniveau deze adviezen gezamenlijk langs te lopen voor een antwoord op de vraag of hier een goede aansluiting is met de door de NZa vastgestelde prestaties. Tijdig schakelen tussen CVZ, NZa en DBC-O vinden wij hierbij van groot belang.

Wij vertrouwen erop dat u deze reactie zult kunnen verwerken in het definitieve pakketadvies en gaan graag met u door op de weg van tijdige afstemming en samenwerking.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,



drs. W. de Vreeze
wnd. Stafhoofd Ontwikkeling

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de heer drs. W. de Vreeze,
Wnd. Stafhoofd Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Uw brief van
4 maart 2011

Uw kenmerk
11D0006438

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011021693

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer De Vreeze,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Mate van sturing en gepast gebruik

De gekozen benadering om door op elkaar afgestemde samenwerking van betrokken partijen gepast gebruik te bevorderen, spreekt u aan. Vooral de vraag waar bij risicogericht pakketbeheer centrale sturing nodig is en decentralisatie gewenst, is belangrijk. Het staat voor u niet op voorhand vast dat bij hoge kosten/veel innovatie veel centrale sturing noodzakelijk of wenselijk is. Bij keuzen hierover is een goede afweging noodzakelijk. U oppert de mogelijkheid om samen met het CVZ na te gaan of het mogelijk is hiervoor een afwegingskader te ontwikkelen.

Voorts geeft u aan dat er beperkingen zitten aan de optie om via de omschrijving van het pakket besparingen te realiseren. U hebt het standpunt dat het bij uitname van het pakket om herkenbare en af te bakenen delen van zorg moet gaan om de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid te vergroten. Verder wijst u erop dat het van belang is dat de patiënt bij gepast gebruik in beeld blijft.

Het CVZ dankt u voor uw positieve reactie op de gekozen benadering voor gepast gebruik. Net als u acht het CVZ de rol van de patiënt bij gepast gebruik van belang. Het CVZ zal dit in het rapport meer over het voetlicht brengen. Overigens doen wij dit al samen met u tijdens de rondetafelbijeenkomsten.

Op dit moment werkt het CVZ aan een uitvoeringstoets over het langetermijnbeleid geneesmiddelen. Het CVZ heeft besloten deze uitvoeringstoets breder op te pakken en gaat vanuit deze bredere context na bij welke (onderdelen van) zorgvormen meer sturing is gewenst of decentralisatie mogelijk is. Het CVZ ontwikkelt hiervoor een set van criteria, waarbij het niet op voorhand vaststaat dat louter op basis van hoge kosten of veel innovaties tot de conclusie kan worden gekomen dat meer sturing noodzakelijk is.

Het ligt voor de hand dat we tijdig met de NZa overleg voeren over de totstandkoming van deze uitvoeringstoets. Het CVZ streeft ernaar voor de zomer van 2011 over dit onderwerp te rapporteren. Het CVZ volgt daarbij de gebruikelijke consultatieprocedure.

Het CVZ onderschrijft het belang van de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van pakketmaatregelen. Rapporten en standpunten die het CVZ uitbrengt moeten een effectieve weerslag krijgen in tarifiering en toezicht. Om die reden brengt het CVZ die aspecten in zijn adviezen en standpunten zoveel mogelijk in beeld en legt die ter consultatie van belanghebbende partijen voor.

AWBZ

U deelt de analyse van het CVZ over de slechte aansluiting tussen de schakels in de keten van aanspraak-indicatie-bekostiging. In het onderhoudstraject van de zorgzwaartepakketten kan veel winst worden geboekt als daarbij de verantwoordelijkheden duidelijk zijn vastgelegd. Daarbij is een randvoorwaarde dat de afbakening van de wettelijk verzekerde zorg en andere domeinen scherp is vastgelegd. Terecht stelt u dat daar een stevige verantwoordelijkheid voor het CVZ ligt.

Samenhang zorg en aangrenzende domeinen

In uw brief geeft u uw visie op het bevorderen van samenhang tussen de domeinen zorg, welzijn, wonen, onderwijs en jeugdzorg. Voor goede samenwerking is een haarscherpe verantwoordelijkheidsverdeling een randvoorwaarde. CVZ is het daarmee eens, al kunnen zich op het grensvlak altijd vragen blijven voordoen.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ in het vervolgtraject.

Al uitgebrachte adviezen

Het door u voorgesteld overleg op managementniveau vindt plaats. Verder verwijst het CVZ in dit verband naar zijn eerdere opmerking dat adviezen en standpunten die het CVZ uitbrengt een effectieve weerslag moeten krijgen in tarifiering en toezicht. Het CVZ trekt op dit terrein graag samen met u op.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Zorgverzekeraars Nederland



Afd. <i>Za</i>
Zaaknr.: <i>2010069398</i>
INGEKOMEN CVZ
02 MAART 2011
Volgnr.: <i>2011.023941</i>

College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer,
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH Diemen

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Mr J.J.J. Veerkamp / mw drs. E.E.M. Peters
Doorkiesnummer (030) 698 83 44
Ons kenmerk B-11-670lvos1
Uw kenmerk ZA/2011002853
Datum 1 maart 2011
Onderwerp Reactie op Pakketadvies 2011

Geachte heer Boer,

Bij brief van 13 januari 2011 stuurde u ons het concept-Pakketadvies 2011 toe. Evenals in voorgaande jaren stelt u ons ook dit jaar in de gelegenheid op dit concept-advies te reageren. Van deze gelegenheid maken wij graag gebruik. Blijkens de bij het rapport gevoegde aanbiedingsbrief richt CVZ zich met het rapport op een verantwoord zorgpakket en geeft het aan dat het pakket een goede balans moet houden tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, waarvoor bovendien een maatschappelijk draagvlak bestaat. Twee andere thema's die aan de orde komen zijn gepast gebruik en langdurige zorg.

Algemeen

Bij de context van het pakketbeheer wordt in het rapport allereerst aangegeven dat het bij een dynamisch pakketbeheer niet alleen gaat om toelaten van nieuwe zorgvormen maar evenzeer om een antwoord op de vraag of vergoeding van bepaalde vormen van zorg nog wel nodig blijft. Dat dit mede wordt gezien in relatie tot nieuwe evidence based toepassingsgebied heeft onze instemming, omdat dat niet meer dan logisch is, gelet op de technische en wetenschappelijke ontwikkelingen. Terecht constateert u een spanningsveld tussen enerzijds de wens van patiënten, behandelaars en producenten dat innovaties snel beschikbaar zijn, en anderzijds de afweging en de verantwoordelijkheid die overheid en pakketbeheerder hebben tot een doelmatige aanwending van collectieve middelen voor de zorg. Een kritisch

beheer op dit punt blijft ook naar ons inzicht geboden. Evenals vorig jaar onderschrijven wij ook nu uw opvatting dat gepast gebruik terugdringing van kosten als gevolg van een overmaat aan behandeling mogelijk moet kunnen maken.

Zorgverzekeringswet

Bij een beschrijving van het "open" systeem dat we kennen voor het grootste deel van het wettelijk pakket van de basisverzekering, geeft u terecht aan dat verwijzing van de algemeen geformuleerde aanspraken naar de richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen als voordeel heeft dat het pakket als het ware up to date blijft met betrekking tot de ontwikkelingen in een bepaald zorggebied. Daarbij is dan echter wel vereist dat in goed overleg met de zorgaanbieders dat goede stelsel van richtlijnen blijft bestaan, zodat deze richtlijnen duidelijk zijn over welke behandeling in een bepaalde situatie geboden is (indicatiestelling) en dat een beroepsgroep ook voldoende richtlijnen ontwikkelt. Transparantie mag hierbij ook niet uit het oog worden verloren, zowel voor de patiënt, als voor de zorgverzekeraar die de zorg contracteert en betaalt. Richtlijnen dienen openbaar te zijn en inzichtelijk voor zorgverzekeraars en patiënten om deze bij de zorginkoop duidelijker dan nu te benutten. Zorgaanbieders zouden zorgverzekeraars vervolgens moeten voorzien van informatie over indicatiestelling en het resultaat van de behandeling. Als de overheid besluit dan wel CVZ adviseert om een aanspraak puur "open" en functioneel te omschrijven, kan dit ertoe leiden dat bepaalde behandelingen, genees- en hulpmiddelen alleen tot de verzekerde aanspraken behoren bij een bepaalde indicatie. Zorgverzekeraars beschikken echter niet over de indicatiestelling, en het opvragen of controleren daarvan geeft extra administratieve lasten. Dit speelt ook als een reeds bestaande aanspraak wordt beperkt tot een kleiner aantal indicaties, of als een eerder volledig uitgesloten aanspraak voor een specifiek omschreven indicatiegebied weer herleeft (zie bij voorbeeld ook hoofdstuk 5 c 2, systeemadviezen, ooglidcorrectie). Daarbij komt dat het zgn. jo-jo-effect dat kan optreden door de verzekerde niet wordt begrepen (aanspraak uit basisverzekering, opname in de aanvullende verzekering en later weer omgekeerd).

Voor wat betreft een "open" aanspraak op geneesmiddelen begrijpen wij dat u een adviesaanvraag van het ministerie van het ministerie VWS heeft ontvangen met de vraag of zo'n systeem de voorkeur verdient. Vooruitlopend op uw advisering zouden wij vast het signaal willen afgeven dat bij zorgverzekeraars grote aarzeling hierover bestaat, omdat we vraagtekens hebben bij transparantie en uitvoerbaarheid, en evenmin of het er voor de verzekerde wel duidelijker op zal worden. We zouden dan ook in een vroeg stadium bij de adviesvoorbereiding betrokken willen worden.

Een consequentie hiervan is ook dat een snelle instroom van innovatieve geneesmiddelen wat kan betekenen dat er meer ondoelmatigheid in het systeem sluipt en de kosten daarvan worden afgewenteld op de premiebetalers. In die zin is hier naar onze mening sprake van een hoog risicogebied, waar centrale sturing en strenge toetsing gewenst blijft uit oogpunt van kostenbeheersing. Zo pleiten wij al jaren voor het maken van prijs/volume afspraken bij opname van nieuwe geneesmiddelen in het extramurale pakket. Dit is niet mogelijk bij een automatische instroom van geneesmiddelen in het pakket. Voorts wijzen wij er op dat de richtlijnen van de

beroepsgroep doorgaans achterlopen op de praktijk en geen op doelmatigheidscriteria getoetste volgorde aangeven van de in te zetten geneesmiddelen.

Een bijzonder aandachtspunt is de voorwaardelijke financiering. Ook naar ons oordeel moet voorwaardelijke financiering mogelijk zijn zodat een nieuwe zorgvorm eerst geïntroduceerd, en vervolgens na een bepaalde periode geëvalueerd kan worden. De methodiek die in het concept-rapport wordt genoemd, namelijk jaarlijks een voorstel aan de minister van VWS dit voor bepaalde zorgvormen mogelijk te maken, met de daarbij genoemde criteria lijkt zeker werkbaar. Wel met de kanttekening dat het zich zou moeten verenigen met de innovatieregels die de NZa vaststelt zodat er geen dubbele financiering plaatsvindt via verschillende tijdelijke regels.

De juridische vormgeving van de voorwaardelijke financiering kan op twee manieren, namelijk via de bestaande subsidieregels of via een tijdelijke verruiming van het criterium "behandeling conform de stand van wetenschap en praktijk". Eerder hebben wij ons al op het standpunt gesteld dat financiering door middel van subsidie de voorkeur heeft. Temeer omdat deze vorm van financiering de tijdelijkheid waarborgt.

Aan gepast gebruik is in eerdere adviezen zowel door CVZ als door ZN in reactie daarop de nodige positieve aandacht besteed. Ook verzekeraars blijven van oordeel dat alles wat wordt genoemd in het concept-rapport van groot belang is. Echter op het moment dat gesproken wordt over de verdere ontwikkeling, moet met name het overleg met de organisaties van zorgverleners zelf plaatsvinden, en niet slechts de organisaties die bij de te organiseren Ronde Tafelbijeenkomsten worden genoemd. Het is immers makkelijker gepast gebruik in de praktijk te brengen indien het onderdeel is van het medisch handelen van alledag dat gebaseerd is op richtlijnen, dan wanneer het opgelegd wordt van buiten.

Het is evident dat de belemmeringen die er op dit moment nog zijn op het terrein van kwaliteit van zorg moeten worden weggenomen. Wat dat betreft herkent ZN zich in de opsomming van beperkingen die de relatie tussen gepast gebruik en betaalbaarheid van zorg in de weg staan. Ook wij constateren dat er onvoldoende transparantie is om de kwaliteit en de indicaties bij de zorginkoop te betrekken, verzekeraars constateren daarnaast dat zij onvoldoende weten over de resultaten van de zorg die zij inkopen. Deze terugkoppeling is echter essentieel om het zorginkoopproces continu te kunnen verbeteren.

AWBZ

De zorgketen in de AWBZ wordt beschreven in een zevental logische stappen. Uit de analyse blijkt echter dat de aansluiting tussen aanspraken, indicatie en bekostiging onvoldoende is. Dit is een analyse die wij met u delen. Ook delen wij de analyse van de systeemrisico's en het ontbreken van prikkels voor gepast gebruik. ZN voegt hier nog aan toe dat door de inkrimping van het CIZ de onafhankelijkheid van de indicatiestelling onder druk komt te staan. Het signaleren van deze problemen is één ding, maar een oplossing hiervoor is niet zomaar voorhanden, zeker gelet op de discussie rondom betaalbaarheid. De knelpunten rondom aanspraken hebben wij reeds eerder gesignaleerd en beschreven in een brief aan de DG Langdurige Zorg d.d. 4 december 2009. In deze brief verwoordden wij het ZN-standpunt dat de AWBZ-indicatie het

(individuele) recht op zorg bepaalt. Verder onderstrepen wij hierin de noodzaak om de eenduidigheid van de aanspraken te verbeteren.

ZN is met het CVZ van mening dat bij de vraag of een verzekerde thuis kan blijven, of dat verblijf nodig is, doelmatigheid een rol moet spelen. Wij achten het wenselijk dat er bij indicatiestelling formele omslagpunten komen die gericht zijn op doelmatigheid.

Op pagina 14, onder c. PGB merken wij op dat het PGB ook besteed mag worden voor tijdelijk verblijf.

Een afwenteling vanuit een ander domein naar de AWBZ is niet alleen terug te voeren op een tekort aan beheersinstrumenten in de AWBZ (pagina 19), maar vindt ook plaats als gevolg van te weinig concreet gedefinieerde aanspraken ten opzichte van de Zorgverzekeringswet, met als gevolg een moeilijke afbakening van de AWBZ ten opzichte van de Zvw. En andersom gebeurt ook, zo hebben wij in de GGZ eerder een onderproductie in de AWBZ en een overproductie in de Zvw gesignaleerd, wat leidde tot het verzoek aan CVZ de begrenzing tussen de AWBZ en Zvw scherper te formuleren.

Volledigheidshalve voegen wij de betreffende brief toe als bijlage 2¹.

Met betrekking tot de overheveling van de geriatrische revalidatie constateren wij dat er nog geen adequate DBC's beschikbaar zijn voor een goede inkoop van revalidatie door een verzekeraar. Om deze reden gaat onze voorkeur ernaar uit om in de tussenperiode de beheersinstrumenten zoals die in de AWBZ bestaan te continueren, en dat in eerste instantie een niet-risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars zal plaatsvinden.

Over uw nieuwe visie op de langdurige zorg (pagina 20), nu nog op hoofdlijnen, gaan wij graag in debat. ZN vraagt zich wel af hoe uw visie zich verhoudt tot het kabinetsbeleid en of de vraagstelling breder opgevat wordt dan het domein de AWBZ. In de afbakening tussen stelsels ontstaat er discussie over welke zorg in welk domein hoort, bijvoorbeeld rondom ziekenhuisverplaatste zorg en casemanagement. Dergelijke fricties moeten vooraf worden voorkomen.

Methodiek van pakketbeheer

In het vierde hoofdstuk worden de pakketprincipes nog eens genoemd. Deze zijn en blijven van belang en dienen in onderlinge samenhang bekeken te worden. Het is begrijpelijk dat daarbij het begrip ziektebelasting wordt betrokken, en dat gekeken wordt naar een methode om deze zo goed mogelijk vast te stellen. Dat daarbij door CVZ in twijfel wordt getrokken of een heroverweging van de DBC's met een minimale ziektekostenlast tot een besparing van 2 miljard euro zou kunnen leiden, vinden wij van onze kant alleszins begrijpelijk. Naast handhaving of uitvoerbaarheid van een dergelijke maatregel is het te betwijfelen of deze maatregel past in de poging de focus te verleggen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en het bevorderen van stepped care. Ervaringen uit het verleden met hulp- en geneesmiddelen leren ons dat het schrappen van eenvoudige behandelingen ertoe leidt dat men gaat uitwijken naar behandelingen die nog wel vergoed worden. Daarnaast geeft de

¹ Vragen betreffend de bezwaren van zorgverzekeraars over de afbakening van de Geneeskundige GGZ, 6 januari 2011, ons kenmerk: B-11-486

in de wet verankerde aanspraak op vergoeding van hulp buiten Nederland een verzekerde ook de mogelijkheid om vormen van stepped care te vermijden, omdat hij een complexere vorm van zorg wenst.

Ook het kwantificeren van "Kwaliteit van Leven" en dit vervolgens te hanteren binnen het pakketbeheer is geen eenvoudige opgave, maar heeft zeker onze belangstelling. Vooral omdat dit vragen oproept op welke wijze individuele waarderungen tot uiting komen in breed van toepassing zijnde aanspraken.

Wij ondersteunen de uitwerking van een toetsingskader voor medische tests van harte. Medische tests worden in hoog tempo ontwikkeld en het is wenselijk om deze te toetsen aan wettelijke criteria alvorens deze op te nemen in het basispakket.

Aan het slot van het vierde hoofdstuk wordt een inzicht gegeven in de internationale contacten, ook met het oog op een verdere ontwikkeling van het begrip "behandeling conform de stand van wetenschap zoals deze internationaal gebruikelijk is". De contacten worden ook door verzekeraars toegejuicht omdat op deze wijze in goede harmonie een internationale standaard wordt ontwikkeld en voorkomen kan worden dat er per land geheel verschillende vormen van behandeling voor eenzelfde aandoening bestaan. Bij grensoverschrijdende patiëntenzorg kunnen fricties worden voorkomen, en kan mogelijk ook verdere aandacht voor "stepped care" gevraagd worden

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland



drs. M.W.L. Hoppenbrouwers
directeur Verzekeringen

Bijlage(n): 2



Ministerie van VWS
T.a.v. de heer drs. M.J. Boereboom,
Directeur Generaal Langdurige Zorg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Mw. drs. H.R. Wever
Doorkiesnummer (030) 698 83 16
Ons kenmerk **TUA 2009 0129**
Uw kenmerk
Datum 4 december 2009
Onderwerp ZN-standpunt inzake eenduidige aanspraken

Geachte heer Boereboom,

Bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden is van belang dat er sprake is van een AWBZ met eenduidige aanspraken. Om AWBZ-verzekerden goed te kunnen gidsen, moeten de zorgverzekeraars duidelijk kunnen uitleggen waar een klant op kan rekenen.

Helder moet zijn hoe en waarvoor de collectieve middelen van de AWBZ worden ingezet. Dit maakt een duidelijkere positionering van de AWBZ mogelijk ten opzichte van aanpalende domeinen van (curatieve) zorg, gemeentelijke voorzieningen, arbeidsparticipatie, jeugdzorg en onderwijs.

In gesprekken over uitvoering van de AWBZ door verzekeraars voor eigen verzekerden, hebben we gesproken over een glasheldere polis als randvoorwaarde. Met deze metafoor werd een vergelijking gemaakt met de werkwijze in de Zorgverzekeringswet. Uitgebreid overleg met VWS, aanbieders en cliëntenorganisaties leidt echter tot de conclusie dat in de publiekrechtelijke AWBZ beter een andere weg bewandeld kan worden. In de AWBZ bepaalt de indicatie de omvang van het individuele recht op zorg. Met een goede indicatie heeft een AWBZ-polis voor de individuele cliënt dan ook geen toegevoegde waarde. Dat neemt echter niet weg dat er nog wel een slag gemaakt moet worden in het eenduidiger formuleren van aanspraken.

ZN heeft in dit kader eind oktober 2009 een expertmeeting georganiseerd met VWS, CVZ, NZa, CIZ, Actiz, VGN, GGZ-N en Federatie Opvang. De belangstelling voor de expertmeeting was groot.

Conclusies:

A. Verbeteren eenduidigheid aanspraken

De noodzaak om meer eenduidigheid te scheppen rond de aanspraken werd breed gedragen; de aanwezige partijen ondervinden in hun dagelijkse uitvoeringspraktijk problemen in het toepassen van de aanspraken. Partijen vragen om een verduidelijking aan de voorkant, zowel in de omschrijving als in duidelijke keuzes maken wat waar thuis hoort. Dit helpt afstemmingsproblemen voorkomen en zal uiteindelijk de cliënt ten goede komen in zijn relatie met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Toelichting:

1. Het is wenselijk dat aanspraken, beleidsregels indicatie en beleidsregels bekostiging één op één sporen. Dit vraagt om een strakkere regie van VWS en meer (bereidheid tot) samenwerking van CVZ, CIZ en NZa. Nu is de verzekerde te vaak de dupe van inconsistenties tussen de verschillende sturingssystemen.
2. In de expertmeeting hebben partijen de voorkeur uitgesproken om meer eenduidigheid aan de voorkant te bewerkstelligen, door aanspraken meer eenduidig te omschrijven. Voor de cliënt moet duidelijk zijn wat verzekerde zorg wel en niet is. De cliënt kan zo ergens op terugvallen en is niet afhankelijk van de oplossingen die een verzekeraar kiest. Een alternatief was namelijk om de verzekeraars de onduidelijkheid te laten oplossen, waarbij het risico bestaat dat verzekeraars verschillende oplossingen kiezen.
3. Het is wenselijk de AWBZ-aanspraken met betrekking tot behandeling en verpleging in het kader van intramurale zorg verder aan te scherpen: een groot deel daarvan (verpleging, hulpmiddelen geneesmiddelen) kan in de toekomst in de Zvw worden ondergebracht. De behandelfunctie in de AWBZ kan ook scherper worden omschreven. De huidige aanspraken rond behandeling en (medisch specialistische) verpleging geven verwarring omdat ze deels voortkomen uit de oude aanbodgerichte bekostigingssystemen die destijds vertaald zijn in aanspraken. De grondslagen binnen de AWBZ kunnen verder worden aangescherpt voor jeugdigen in relatie tot onderwijs en jeugdzorg. Ook rondom hulpmiddelen is verduidelijking en versimpeling gewenst, omdat hulpmiddelen nu via Zvw, AWBZ, WMO en UWV worden verstrekt. Deze verduidelijking komt de cliënt in zijn relatie met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder ten goede. Ook draagt dit bij aan duidelijkheid tussen de verschillende domeinen. Partijen vragen om duidelijke keuzes te maken, om het voor de klant zo eenvoudig en overzichtelijk mogelijk te houden.
4. Afstemmingsproblemen zijn hiermee niet opgelost. Meer eenduidigheid is gewenst, maar volledige eenduidigheid is niet haalbaar. De verschillende stelsels AWBZ, Zvw, WMO en WJZ blijven immers bestaan, hoewel meer eenduidigheid afwentelingsproblemen zal voorkomen. Verstrekkingsgeschillen en jurisprudentie zullen uiteindelijk de afbakening bepalen.

B. Glasheldere polis in huidige AWBZ gelijk aan indicatiebesluit

Volledige eenduidigheid is door de aard van de AWBZ niet volledig haalbaar.

1. Een glasheldere polis voor iedereen kan in de huidige AWBZ niet worden bereikt. In de huidige AWBZ bepaalt de uitkomst van de indicatie feitelijk de aanspraak (functie en omvang) van de verzekerde. Dit stelt hoge eisen aan dit proces dat dan dus professioneel en uniform moet plaatsvinden.
2. De kwaliteit van indicatie is essentieel en moet worden verbeterd. De huidige indicatiestelling is doorgeschoten naar een financiële claimbeoordeling, waarbij het van oorsprong bedoeld was als integrale indicatie met betrekking tot wonen, welzijn en zorg.

3. Uniformiteit is ook hier beperkt haalbaar en vloeit voort uit de aard van de AWBZ. Bij indicatiestelling wordt altijd rekening gehouden met gebruikelijke zorg en mantelzorg. De indicatiestelling is betrekkelijk ruim geformuleerd. De zorgaanbieder en de klant moeten (binnen de kaders van het indicatiebesluit) afspraken maken over de invulling.

Een glasheldere AWBZ-polis (of beter: modelovereenkomst) is in een AWBZ met indicatiestelling niet nodig. Het individuele recht op zorg wordt zowel qua aard en omvang gemaximeerd in het indicatiebesluit. Verbeteringen in de indicatiestelling zijn nodig. In verband met het bestaan van verschillende domeinen en om het risico op afwentelingsproblemen te verkleinen is het eenduidiger formuleren van aanspraken gewenst. In de brief zijn daar enkele suggesties voor gegeven. De expertmeeting heeft geleerd dat ook andere partijen bereid zijn om duidelijke keuzes te maken en te accepteren.

Voor de goede orde delen wij u mee dat ZN graag bereid is met u mee te denken over inhoudelijke oplossingsrichtingen rondom het eenduidiger formuleren van aanspraken.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Dr. P.F. Hasekamp
Algemeen Directeur



College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer,
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon	dr. R Luijk / drs. M. Potjens
Doorkiesnummer	(030) 698 83 43
Ons kenmerk	B-10-486-mpot2
Uw kenmerk	-
Datum	6 januari 2011
Onderwerp	Vragen betreffende de bezwaren van zorgverzekeraars over de afbakening van de geneeskundige GGZ

Geachte heer Boer,

Tijdens het gesprek tussen VWS, CVZ en ZN van 3 november jl. betreffende de bezwaren van zorgverzekeraars over de, in hun ogen, tekort schietende afbakening van de geneeskundige GGZ vallend onder de ZVW, werd als processtap in de behandeling van de brief van bezwaar van 24 augustus 2010 van ZN afgesproken dat ZN en zorgverzekeraars hun bezwaren zouden vertalen in concrete vragen aan zowel CVZ als aan VWS. Doel hierbij is om vast te kunnen stellen in hoeverre de duidingen van CVZ in dit kader verduidelijking, aanscherping, aanpassing danwel uitbreiding behoeven. Wanneer hierover duidelijkheid is verkregen, dient vastgesteld te worden welke uitvoeringsproblemen er voor zorgverzekeraars nog resten en hoe c.q. in hoeverre deze voldoende oplosbaar zijn.

Ter verduidelijking zal de algemene context worden gegeven waarin de vragen bezien moeten worden en zal per vraag (zie bijlage I) ook een inleidende toelichting worden gegeven.

Algemene context

Per 1-1-2008 hebben zorgverzekeraars de inkoopverantwoordelijkheid voor de curatieve GGZ onder de ZVW aanvaard, uitgaande van de uitgangspunten die VWS ten aanzien van de overheveling had gecommuniceerd, te weten:

- De overheveling betrof enkel de Geneeskunde GGZ c.q. de op genezing gerichte GGZ-zorg.
- De overheveling zou budgetneutraal geschieden.
- Per saldo zou het verzekerde pakket GGZ-ZVW en GGZ-AWBZ gelijk blijven.

Voor verzekeraars betekende en betekent dit dat alléén de GGZ-zorg, gericht op een medisch herstel (dan wel voorkoming van verergering) van psychische c.q. psychiatrische ziektebeelden is overgeheveld. De niet-geneeskundige zorg voor mentaal gehandicapten waarbij de zorg niet gericht is op een medisch *herstel* van de handicap (dat is immers bij een handicap per definitie niet mogelijk) is niet overgeheveld. Dit betreft namelijk *care-zorg* en zorg (interventies) gericht op het (zo goed mogelijke) kunnen *functioneren* in de directe leefsituatie van betrokkenen ondanks de blijvende beperkingen van de handicap van betrokkenen (*ie* zelfredzaamheid; behoort tot het AWBZ domein) en op het zo goed mogelijk kunnen functioneren in sociaal-maatschappelijke context (*ie* participatie; behoorde ook na 1-1-2008 nog tot AWBZ-domein maar is per 1-1-09 WMO-domein).

Een en ander dus conform de bedoeling achter de verschillende zorgdomeinen als ZVW, AWBZ ten behoeve van zieken en gehandicapten (Zie ook Bijlage 'Achtergrond Informatie onder 1, 2 en 3 van de brief van bezwaar die als bijlage IV ook aan deze brief is toegevoegd).

De rol van zorgverzekeraars is na de overheveling om de geneeskundige GGZ-zorg op een doelmatige manier in te kopen op basis van transparante kwaliteitscriteria. Hierbij dient nadrukkelijk oog te zijn voor de noodzaak van de beheersing van de totale GGZ-kosten onder de ZVW waarover verzekeraars in de loop van de jaren ook toenemend risico moeten gaan lopen.

Om deze rol op een verantwoorde manier te kunnen uitvoeren, is het noodzakelijk dat de verzekerde zorg een adequate afbakening kent en de onderliggende financiering-/declaratiesystematiek voldoende transparantie geeft en ingericht is voor een outcome/prestatiebekostiging.

De ervaringen van de afgelopen jaren leren ons dat de huidige afbakening en de huidige DBC-financieringssystematiek niet voldoen. Met betrekking tot de financieringssystematiek gaven zorgverzekeraars reeds input via de NZa en SDO en over de afbakeningssystematiek zijn zorgverzekeraars in gesprek met VWS en CVZ.

De inadequate afbakening levert niet alleen aanzienlijke uitvoeringsproblemen op en ongewenste verschillen in de uitvoering, maar leidt met name tot een onbeheersbare schadelastontwikkeling voor de GGZ waarbij het voor verzekeraars niet verantwoord is toenemend risicodragend te worden voor deze schade. (Zie ook bijlage II Samenvatting van de afbakeningsproblematiek).

Naar de mening van zorgverzekeraars dienen daarom de duidingen rond de afbakening van de verzekerde GGZ zorg in de ZVW op een dusdanige wijze aangescherpt te worden dat er een eenduidige afbakening is die aansluit bij dat waarvoor de ZVW bedoeld is.

Zoals eerder vermeld, zijn de concrete vragen bij deze brief dan ook bedoeld om vast te kunnen stellen in hoeverre die duidingen van het CVZ in dit kader inderdaad verduidelijking, aanscherping, aanpassing dan wel uitbreiding behoeven en in hoeverre de door verzekeraars gesignaleerde problematiek anderszins dient te worden geadresseerd.

U nogmaals dankend dat het CVZ met deze processtap instemde, zien wij met belangstelling uit naar de beantwoording van de vragen.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

dr. P.F. Hasekamp
algemeen directeur

Bijlagen: 4

C.c.: CVZ - Mw P. Polman, Mw H. van Diggelen

Bijlage I Vragen betreffende de duidingen van het CVZ over onder de ZVW vallende geneeskundige GGZ-zorg

A. DSM IV classificatie

Bij de inrichting van de GGZ-DBC productstructuur is gebruik gemaakt van het DSM IV classificatiesysteem voor mentale stoornissen. Hierdoor is in het veld de indruk ontstaan dat alle onder As I en As II genoemde stoornissen, ziektebeelden betreffen die onder de zorgverzekering vallen. Dit terwijl deze assen alle mentale stoornissen omvatten, dus niet alleen mentale ziekteprocessen, waarvoor de ZVW bedoeld is, maar ook mentale handicaps met hun blijvende beperkingen, niet-geneeskundige ontwikkelingsstoornissen, leerstoornissen en bijvoorbeeld gedragsproblemen als gevolg van tekortkomingen in de opvoeding. Hieronder dus ook stoornissen waarvoor de 'zorg' vóór de overheveling niet vergoed werd, noch vanuit de AWBZ noch vanuit de ZVW¹.

Vraag A1:

Waar kan het veld (cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars) in de duidingen van het CVZ vinden welke mentale stoornissen genoemd in de DSM-IV al dan niet onder de verzekerde zorg van de ZVW vallen?

Vraag A2:

Wanneer de zorg behorende bij alle in de DSM-IV genoemde stoornissen op as I en as II door het CVZ als een aanspraak op de ZVW worden beschouwd, is men zich daarbij dan bewust van het feit dat dit een substantiële uitbreiding van het totale gecombineerde AWBZ-ZVW pakket betekent (en wel ten nadele van de ZVW), hetgeen niet overeenkomt met een van de hoofduitgangspunten bij de overheveling en bovendien strijdig lijkt ten aanzien van bijvoorbeeld het beleid van VWS in zake dyslexie²?

Vraag A3:

Wanneer het CVZ van mening is dat de zorg met betrekking tot niet alle in de DSM-IV genoemde stoornissen op as I en as II als vallend onder de ZVW beschouwd moeten worden, dienen er in dit verband dan geen duidelijke dan wel meer gespecificeerde richtlijnen te komen vanuit de afdeling zorgadvies van het CVZ?

B. Geneeskundige versus niet-geneeskundige behandeling

Het CVZ lijkt, met betrekking tot de GGZ, alle als behandeling benoemde zorgactiviteiten in de GGZ als geneeskundige activiteiten te beschouwen; vandaar ook dat psychiatrie als grondslag voor behandeling onder de AWBZ is verdwenen. Dit terwijl zorgverzekeraars op inhoudelijke gronden nadrukkelijk een niet-geneeskundige behandeling onderscheiden van een geneeskundige behandeling³.

Vraag B1:

Dienen in de visie van CVZ voor de GGZ alle als 'behandeling' benoemde zorgactiviteiten te worden beschouwd als geneeskundige zorg vallend onder de ZVW? Dient dit ook te gebeuren indien een dergelijke behandeling/interventie niet gericht is op het genezen van ziekten dan wel niet gericht op het interveniëren in ziekteprocessen met als doel te komen tot gedeeltelijk herstel of medische stabilisatie (i.e. voorkoming van verergering) van een ziekteproces of ziekte? Bij stabilisatie kan ook sprake zijn van het waar mogelijk minimaliseren van de medische beperkingen die met een bepaald ziekteproces gepaard gaan en het leren omgaan met de ziekte.

¹ Zie ook bijlage I Afbakeningsproblematiek van de brief van bezwaar die ook als bijlage II aan deze brief is toegevoegd.

² Zo zou bijvoorbeeld ook zorg m.b.t. andere leer- of leesstoornissen dan de enkelvoudige ernstige dyslexie (zoals dyscalculie) onder de ZVW gebracht kunnen worden. Dit terwijl bekend is dat door VWS (zelfs pas na de overheveling van de leerstoornissen) slechts de enkelvoudige ernstige dyslexie als uitzondering in de ZVW is opgenomen.

³ Zie ook bijlage Achtergrond informatie onder 2, van de brief van bezwaar die ook als bijlage IV aan deze brief is toegevoegd

Vraag B2:

Zo ja, kan het CVZ aangeven op welke medisch gronden zij tot die slotsom is gekomen; dit wetende dat vele interventies die niet gericht zijn op genezing (en voorkoming van verergering) maar gericht op niet-geneeskundige zorgdoelen als zelfredzaamheid en participatie door zorgaanbieders ook als 'behandeling' worden benoemd?

Vraag B3:

Indien nee, waarom is psychiatrie als grondslag voor een behandeling binnen de AWBZ opgegeven; dit terwijl die grondslag nodig is voor de niet-geneeskundige behandelingen/interventies⁴; dan wel, dient psychiatrie niet weer als AWBZ-grondslag voor behandeling te worden hersteld?

C. Definitie van geneeskundige zorg

Zorgverzekeraars prefereren een inhoudelijke definitie en omschrijving van de geneeskundige zorg zoals die onder de ZVW zou vallen⁵. De wetgever hanteert echter een beschrijving op basis van een verwijzing naar beroepsgroepen die geneeskundige zorg plegen te beïden. Zo beschrijft Art 2.4 BZA wat onder geneeskundige zorg dient te worden verstaan, namelijk:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:"

Zorgverzekeraars erkennen dat andere beroepsgroepen (zoals gedragswetenschappers en vaktherapeuten e.d.) dan de in artikel 2.4 genoemde beroepsgroepen in aanmerking kunnen komen om delen van die geneeskundige zorg (bijvoorbeeld via een verlengde arm constructie) uit te voeren. Het is echter niet correct de redenering om te draaien en de stelling in te nemen dat het feit dat bepaalde niet-medische beroepsgroepen onderdelen van geneeskundige zorg kunnen leveren hiermee andere of alle activiteiten die deze beroepsgroepen plegen uit te voeren daarmee dus ook als geneeskundige zorg betiteld kunnen worden. Hierdoor komen dan namelijk op oneigenlijke gronden ook de niet-geneeskundige activiteiten van die beroepsgroepen onder de ZVW te vallen.

Met de duiding van CVZ dat:

"Geneeskundige zorg is gericht op herstel of voorkoming van verergering en omvat activiteiten gericht op de stoornis of op de gevolgen van de stoornis. In het laatste geval gaat het om het verminderen van de gevolgen, bv. beter te leren omgaan, het verminderen van de beperkingen, waarbij niet op de stoornis zelf wordt ingegrepen. In dit geval is sprake van "leerbaarheid" en een programmatische aanpak. Onder herstel of voorkoming van verergering is dus het leren omgaan met de (gevolgen van) een aandoening begrepen, voor zover sprake is van een geneeskundig doel. Dat wil zeggen dat het een programmatische interventie betreft, gericht op een specifiek doel en waarvoor deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig is."

wordt naar onze mening deze oneigenlijke redenering echter wel door CVZ gehanteerd. Ergo, door de afbakening van geneeskundige zorg via het geneeskundig doel te koppelen aan het handelen van ook niet-geneeskundige beroepen als gedragswetenschappers en dergelijke, wordt naar onze mening door deze duiding van het CVZ het referentiekader voor wat geneeskundige zorg is, onterecht verruimd ten opzichte van art 2.4 BZA (waarin alle referentie-beroepsgroepen wel duidelijke een geneeskundige achtergrond/scholing hebben) en worden daarmee niet-geneeskundige activiteiten/interventies ten onrechte als geneeskundige zorg gepositioneerd⁶.

Vraag C1a:

Zijn interventies (cq behandelingen) door elke zich behandelaar noemende beroepsbeoefenaar, als medische behandeling te beschouwen?

⁴ Hieronder hadden ook de niet-geneeskundige behandelonderdelen van de voormalige AWBZ-functie Activerende Begeleiding gebracht moeten worden; zie ook onder G

⁵ Zie bijlage IV algemene achtergrond informatie onder 1 en 2.

⁶ zie Bijlage III Kernpunten in het verschil in benadering van CVZ en zorgverzekeraars onder bullit statement 2, bijlage IV Achtergrond informatie onder 1 en 2 en art. 2.4 BZA

Vraag C1b:

Zo nee, waarom worden de handelingen van niet-geneeskundige behandelaars dan impliciet wel als referentie opgevoerd voor de definiëring van een geneeskundig doel in casu geneeskundige zorg?

Vraag C2a:

Blijft het CVZ niet tegenstaande bovenstaande argumentatie achter betreffende duiding staan?

Vraag C2b:

En zo ja, kan CVZ aangeven waarom zij voornoemde duiding als interpretatie van de wet c.q. duiding binnen het wettelijke kader ziet en niet als verruiming van het begrip geneeskundige zorg buiten het wettelijk kader (art 2.4 BZA), zoals zorgverzekeraars deze duiding ervaren?

D. Onderscheid mentale handicap en mentale ziekte

In de visie van zorgverzekeraars dient er een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen een mentale stoornis in de vorm van een mentale ziekte en een mentale stoornis in de vorm van een mentale handicap. Dit onderscheid is naar de mening van zorgverzekeraars noodzakelijk daar dit in hun overtuiging aansluit bij de doelstelling waarmee de zorg is verdeeld in ZVW-zorg en AWBZ-zorg⁷.

Vraag D1:

Waarom maakt het CVZ in haar duidingen ten aanzien van de geneeskundige GGZ vallend onder de ZVW geen onderscheid tussen mentale ziekten aan de ene kant en mentale handicaps aan de andere kant waardoor de niet-geneeskundige zorg ten aanzien van de gevolgen van de beperkingen behorend bij die mentale handicaps, anders dan bij somatische handicaps en een verstandelijke handicap (overigens eigenlijk ook een mentale handicap), onder de ZVW komt te vallen in plaats van onder de AWBZ?

Vraag D2:

Wanneer het een bewuste keus is om dit onderscheid niet te maken, wat is de wettelijke basis hiervoor en wat is de wettelijke basis waarop het verschil berust in de inrichting van de op de handicap gerichte zorg met betrekking tot aan de ene kant de somatische gehandicapte en verstandelijk gehandicapte (ie een mentale handicap) en aan de andere kant de overige mentale handicaps.

Vraag D3:

Indien CVZ van oordeel is dat er in de ZVW wel een onderscheid gemaakt moet worden tussen mentale ziekten aan de ene kant en mentale handicaps aan de andere kant, kunnen we dan duidingen van CVZ verwachten die het onderscheid, met bijbehorende consequenties voor dekking vanuit de ZVW, duidelijk maken?

E. Onderscheid tussen directe gevolgen van een ziekteproces en de gevolgen van blijvende beperkingen

In de visie van zorgverzekeraars is er een duidelijk onderscheid tussen twee aspecten van een ziekte. Aan de ene kant staan de directe gevolgen van een ziekte; de pathofysiologische processen behorend bij de ziekte en de symptomen waaronder functionele beperkingen als direct gevolg van de ziekte. En aan de andere kant staan de gevolgen van de blijvende beperkingen horend bij een handicap dan wel de gevolgen van blijvende beperkingen die samen kunnen gaan met chronische psychiatrische aandoeningen. Interventies ten aanzien van het eerste aspect zijn medisch van aard en gericht op genezing of stabilisering van het ziekteproces en het terugdringen van de symptomatologie (waaronder het minimaliseren van de beperkingen behorend bij de ziekte) waardoor deze interventies tot de geneeskundige zorg behoren.

⁷ Zie Achtergrond informatie bij de brief van bezwaar onder 1, 2, 3 en 4 die ook als bijlage IV bij deze brief is ingesloten

De gevolgen van blijvende beperkingen van een handicap of chronische ziekte betreffen problemen in het gedrag c.q. functioneren binnen het gezin of directe woonomgeving (i.e. zelfredzaamheid) en problemen in het sociaal-maatschappelijk gedrag of functioneren (i.e. participatie).

Deze problemen zijn niet medisch van aard en de interventies m.b.t. deze problemen zijn ook niet medisch van aard en zijn ook niet gericht op genezing dan wel stabilisatie van een ziekteproces. De interventies richten zich namelijk op het herstellen of ondersteunen van de zelfredzaamheid (i.e. AWBZ domein) en participatie (was AWBZ domein; is nu WMO domein). Door in haar duidingen geen onderscheid te maken in de directe gevolgen van een ziekte en de gevolgen van een handicap (dan wel blijvende beperking die kan samenhangen met een chronische psychiatrische ziekte) kunnen niet-geneeskundige interventies (m.n. dus gericht op de zelfredzaamheid en participatie) zowel onder de Zorgverzekeringswet vallen als onder de AWBZ/WMO. Daar de ZVW voorliggend is, komen deze op zichzelf niet-geneeskundige interventies alsnog ten laste van de ZVW. (NB. Dit mede gezien de 'definiëring' van een geneeskundig doel aan de hand van handelen van ook niet-geneeskundige beroepen. (zie onder B)).

Vraag E1:

Acht het CVZ het, op grond van bovenstaande uitleg, niet wenselijk dat er in haar duidingen alsnog een onderscheid gemaakt wordt tussen de directe gevolgen van een ziekte en de gevolgen van blijvende beperkingen samenhangend met een mentale handicap of een chronische psychiatrisch beeld, zodat voorkomen wordt dat niet-geneeskundige interventies (o.i. ten onrechte) ten laste van de ZVW komen te vallen met het bijkomende nadeel dat de totale zorgkosten hoger worden omdat de ZVW immers geen wettelijke budgettaire plafonds kent zoals binnen de AWBZ, de ZVW daarnaast een hoger 'zorgminutentariaf' kent dan de AWBZ en de ZVW niet een in omvang en duur gemaximeerde indicatiestelling kent zoals binnen de AWBZ?

F. Onderscheid tussen geneeskundige en niet-geneeskundige gedragsproblemen

Gedragsproblemen zijn niet automatisch geneeskundig van aard of een uiting van een psychiatrisch ziektebeeld. Naast gedragsproblemen als onderdeel van een (psychiatrisch) ziekteproces zijn er namelijk ook gedragsproblemen die puur op het pedagogisch vlak liggen of gedragsproblemen die kunnen optreden als gevolg van een mentale handicap dan wel blijvende beperking bij een chronisch psychiatrisch beeld. Op basis van deze vaststelling zijn zorgverzekeraars van mening dat alleen interventies/behandeling m.b.t. de eerste problemen onder de ZVW zouden moeten vallen. Interventies m.b.t. de tweede categorie problemen vallen dan onder jeugdzorg (e.a.) en interventies/behandeling m.b.t. de laatste categorie onder de AWBZ. Dit laatste is ook in lijn met wat voor gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten (i.e. overigens ook een mentale handicap) geldt.

In de duidingen van het CVZ wordt bovenstaande onderscheid naar al dan niet geneeskundige achtergrond van gedragsproblemen niet gemaakt, waardoor de interventies m.b.t. al de hierboven genoemde typen gedragsproblemen als gedragsstoornissen ten laste van de ZVW kunnen worden gebracht. Zo worden nu dan ook steeds meer verwijzingen van de bureaus Jeugdzorg (die immers wettelijk een verwijfsbevoegdheid hebben) naar de GGZ gezien van kinderen met primair pedagogische verklaarde gedragsproblemen, waarvoor de behandeling naar onze mening eigenlijk onder verantwoordelijkheid (en budget) van bureau jeugdzorg zelf zouden moeten vallen.

NB. Het CVZ geeft aan de ene kant weliswaar aan dat behandeling en voorkoming van verergering van gedragsproblemen onderdeel kan zijn van een AWBZ-behandeling. Toegevoegd wordt echter dat het gaat om gedragsproblemen in verband met een aandoening, handicap of beperking waarvan de behandeling plaatsvindt in het kader van de AWBZ. Omdat psychiatrie als grondslag voor behandeling binnen de AWBZ vervallen is, wordt hiermee naar de mening van zorgverzekeraars de foutieve suggestie gewekt dat gedragsproblemen samengaan met mentale aandoeningen altijd psychiatrische gedragsstoornissen of een integraal onderdeel van een psychiatrisch ziektebeeld zijn.

(NB. Bovendien wordt hiermee ook het bestaan van andere vormen van een mentale handicap dan een verstandelijke handicap voor de AWBZ (o.i. ten onrechte) genegeerd.

Vraag F1:

Maakt het CVZ in haar duidingen bewust geen onderscheid in de gedragsproblemen naar een al dan niet geneeskundige achtergrond van die gedragsproblemen omdat men vindt dat al de genoemde typen gedragsproblemen sowieso onder de ZVW kunnen vallen?

Vraag F2a:

Zo ja, wat is de wettelijke basis hiervoor en wat zijn de inhoudelijke redenen (c.q. medische gronden) waarop het CVZ tot die slotsom is gekomen?

Vraag F2b:

Zo ja, wat is de wettelijke basis en wat zijn de inhoudelijke redenen dat gedragsproblemen die als gevolg van een verstandelijke handicap kunnen ontstaan wel onder de AWBZ behandeld worden en gedragsproblemen die als gevolg van een andere mentale handicap kunnen optreden niet onder de AWBZ behandeld mogen worden?

G. Verdamping Activerende Begeleiding aanspraak onder de AWBZ voor de Psychiatrie

Per 1/1/09 werd Activerende Begeleiding (AB) opgesplitst in een deel dat naar AWBZ-functie behandeling gaat en een deel dat naar de nieuwe functie begeleiding gaat. Het deel van de AB dat niet onder de nieuwe definitie begeleiding valt maar in 2008 een gewone aanspraak in het kader van de AWBZ was, kan voor de GGZ niet naar de AWBZ functiebehandeling gaan omdat psychiatrie als grondslag voor behandeling in de AWBZ verdwenen is. De in principe legitieme aanspraak is hiermee per 1-1-2009 (o.i.) onbedoeld verdampt⁸.

Vraag G1:

Was het een bewuste keus van CVZ of VWS dat de hierboven beschreven, op zich legitieme, aanspraak bij de herverdeling van functies van Beh-AB-OB naar Beh-Begeleiding zou verdampen dan wel een jaar na de officiële overheveling alsnog indirect naar de ZVW over te brengen?

Vraag G2:

Zo ja, wat was hiervoor de wettelijke basis?

Vraag G3:

Zo nee, dient psychiatrie dan niet alsnog weer als AWBZ-grondslag voor behandeling te worden opgenomen?

⁸ Zo geeft het CIZ/BJZ sinds 1-1-2009 geen vervolindicaties AB meer af voor bijvoorbeeld ASS-cliënten van een instelling als Automaat (een begeleidingsinstelling voor kinderen en hun ouders met een autistiforme stoornis). Het gevolg is dat een (ook na de overheveling) legitieme AWBZ-zorgaanspraak in 2008, waarnaar ook in 2008 geïndiceerd en geleverd werd, als negatieve spin-off van de herverdeling van functies, per 1-1-09 onbedoeld niet meer gehonoreerd kon worden. Het zelfde probleem zien we ten aanzien van de AB die vaak voor GGZ-patiënten binnen een RIBW van toepassing is. Dit heeft er toe geleid dat de ongewenste situatie is ontstaan dat zorgverzekeraars allerlei oneigenlijke kunststukjes moeten uithalen om te voorkomen dat cliënten tussen de wal en het schip raken en waarbij er ook een ongelijke behandeling van cliënten op dit punt is ontstaan.

Bijlage II Samenvatting afbakeningsproblematiek

1. Onbedoelde overheveling van niet-curatieve GGZ onderdelen van AWBZ naar ZVW (afbakeningsprobleem I)

Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de ZVW per 1-1-2008 zijn samen met de curatieve GGZ (*i.e.* zorg gericht op genezing dan wel stabilisatie van een ziekteproces) ook grote delen van de niet-geneeskundige GGZ (m.n. zorg gericht op zelfredzaamheid (AWBZ-domein) en participatie (was AWBZ-domein is nu WMO-domein)) tegen de bedoeling in naar de ZVW verhuisd. Voor instellingen is het financieel namelijk aantrekkelijk ook niet-curatieve zorg toch als curatieve zorg aan te merken en te declareren; de ZVW kent immers geen wettelijke budgettaire plafonds zoals binnen de AWBZ, de ZVW kent daarnaast een hoger 'zorgminutentarief' dan de AWBZ en de ZVW kent niet een in omvang en duur gemaximeerde indicatiestelling zoals binnen de AWBZ.

Zorgverzekeraars, voorzover zij de oneigenlijke overheveling überhaupt al inzichtelijk kunnen krijgen, hebben moeite de overheveling van bedoelde oneigenlijke componenten tegen te houden of terug te draaien. Dit aanvankelijk omdat er vanuit het CVZ geen duidelijke afbakeningscriteria geboden werden en later, nadat er op aandringen van zorgverzekeraars geleidelijk wel criteria beschikbaar kwamen, omdat de criteria niet bleken te voldoen. De criteria voldoen niet omdat er aan de hand van die criteria nog steeds een groot deel van de niet-geneeskundige zorg zowel als ZVW zorg dan als AWBZ-zorg kan worden gedeeld. Hierdoor belanden betrokken kosten voor niet-geneeskundige zorg alsnog oneigenlijk bij de ZVW omdat deze immers voorliggend is aan de AWBZ.

Het probleem in deze werd nog vergroot doordat inmiddels psychiatrie als AWBZ-grondslag voor behandeling werd geschrapt waarmee niet op genezing (dan wel medische stabilisatie) gerichte interventies/behandelingen nauwelijks nog onder de AWBZ geplaatst konden worden. Voor de niet-geneeskundige interventies bleef zo in 2008 immers alleen nog de niet-geneeskundige AB als mogelijkheid over. Ook deze mogelijkheid verdween echter vanaf 1-1-2009 omdat de niet-geneeskundige AB binnen de AWBZ per 1-1-2009 werd verdeeld over de nieuwe AWBZ-functie begeleiding (samen met OB) en de AWBZ-functie behandeling; deze laatste kende echter geen psychiatrische grondslag meer. Ergo, een voor 2008 legitieme AWBZ GGZ-aanspraak verdampte hierdoor onbedoeld voor de psychiatrie en moest door verzekeraars dus wel onder de ZVW 'gedoogd' worden om de cliënt niet in de kou te laten staan.

Concluderend hebben de voor aanbieders gunstigere financieringscondities onder de ZVW en een gebrek aan adequate afbakeningscriteria ertoe geleid dat grote delen van de niet-geneeskundige zorg bij de overheveling oneigenlijk c.q. tegen de bedoeling in onder de ZVW beland. Dit heeft als extra nadeel dat deze zorg onder de ZVW niet wettelijk budgettair gelimiteerd is, niet in hoogte en duur gelimiteerd is door een indicatiebesluit en geboden wordt tegen een gemiddeld hogere tarifiering dan in de AWBZ. Alle ingrediënten voor een onbeheersbare ontwikkeling van de zorgkosten zijn hiermee aanwezig.

2. DSM IV classificatie als basis GGZ-DBC-systematiek (afbakeningsprobleem II)

Bij de inrichting van de GGZ-DBC productstructuur is gebruik gemaakt van het DSM IV classificatiesysteem voor mentale stoornissen. Hierdoor is in het veld de indruk ontstaan dat alle onder As I en As II genoemde stoornissen, ziektebeelden betreft die onder de zorgverzekering vallen. Dit terwijl deze assen alle mentale stoornissen betreft, dus niet alleen mentale ziekteprocessen waarvoor de ZVW bedoeld is, maar ook mentale handicaps met hun blijvende gevolgen, niet-geneeskundige ontwikkelingsstoornissen, leerstoornissen en bijvoorbeeld gedragsproblemen als gevolgen van tekortkomingen in de opvoeding. Zorgverzekeraars kunnen aan de hand van declaratiegegevens echter niet herkennen of het om verzekerde zorg gaat die een geneeskundige mentale stoornis adresseert of een niet-

geneeskundige mentale stoornis. Onder de diagnose code 001 (overige stoornissen in de kindertijd) kunnen bijvoorbeeld diverse niet onder de ZVW vallende leerproblemen worden geplaatst of gedragsproblemen die geen medische maar puur een pedagogische achtergrond hebben. Zo zien we steeds meer verwijzingen van de bureaus Jeugdzorg (die immers wettelijk een verwijfsbevoegdheid hebben) naar de GGZ van (pedagogische ontwikkeling) problemen die eigenlijk onder hun eigen verantwoordelijkheid (en budget) zouden moeten vallen.

Concluderend worden er sinds de overgang van de Geneeskundige Zorg van AWBZ naar ZVW niet-geneeskundige zorgvormen vergoed vanuit de ZVW. Het betreft hier dus zorg die voor de overheveling niet vergoed werd; noch vanuit de AWBZ noch vanuit de ZVW. Uiteraard geeft dit aanleiding tot een verdere stijging van de groei van de kostontwikkeling.

3. Medicalisering lifestyle problemen en psychosociale problemen

In het veld zien we een toenemende trend bij zorgaanbieders om zorg m.b.t. lifestyle problemen en psychosociale problemen (die formeel niet toe de verzekerde zorg onder de ZVW vallen) onder de basisverzekering ten laste van de GGZ onder te brengen. Hoewel deze zorg naar aard en complexiteit eerder als eerste lijn zorg geduid zou moeten worden, richten voornoemde pogingen zich bovendien met name op de tweede lijn financiering. Omdat binnen de declaratiesystematiek van de GGZ-DBC's de feitelijke diagnose niet gemeld wordt en de DSM IV hoofdgroepen- aanduiding niet (voldoende) onderscheidend is, is het voor een zorgverzekeraar nauwelijks mogelijk een vinger achter deze ontwikkeling te krijgen.

Concluderend is het mede door de weinig transparante declaratiesystematiek van de tweede lijn GGZ zorg, voor zorgverzekeraars moeilijk de trend om de formeel niet onder ZVW gedekte zorg ingezet voor lifestyle problemen en psychosociale problemen buiten de deur te houden. Voornoemde trend zal dan ook zeer waarschijnlijk tot een versterkte groei van de kostenontwikkeling gaan bijdragen.

NB. In het veld wordt soms geopperd dat afbakeningsproblematiek 1 (ZVW vs AWBZ) opgelost zou kunnen worden door de gehele AWBZ-GGZ zorg over te hevelen naar de ZVW. Dit zou als bijkomend voordeel hebben dat ketenzorg vanuit één financieringssysteem/ financieringsbron eenvoudiger realiseerbaar is. Naar onze overtuiging zou dit echter een schijnoplossing zijn en wel om navolgende redenen:

- In tegenstelling tot de situatie binnen de AWBZ-systematiek zou deze overgehevelde AWBZ-zorg onder de ZVW niet wettelijk budgettair gelimiteerd zijn, niet in hoogte en duur gelimiteerd worden door een indicatiebesluit en geboden worden tegen een gemiddeld hogere tarifiering. Dit leidt tot een forse stijging van de zorgkosten in zijn geheel. Ook worden de zorgkosten per individuele casus hiermee onvoorspelbaar. Door dit laatste wordt tevens het aanvaarden van risicodragendheid door verzekeraars toenemend onverantwoord. (NB. Deze zorg is van oudsher ook niet voor niets als 'onverzekeraar' binnen de AWBZ gepositioneerd!).
- Er zouden aanmerkelijke uitvoeringsproblemen ontstaan, onder andere omdat de betrokken zorg doorgaans niet als tweedelijnszorg te duiden zorgvormen betreft, die desalniettemin in een voor de tweedelijns ingerichte DBC-systematiek zouden moeten worden ingekocht.
- Zorgketens binnen de GGZ overstijgen meestal de domeinen van ZVW en AWBZ, zeker nu sinds 1/1/2009 participatie van AWBZ naar WMO is overgeheveld. Naast de WMO betreffen GGZ-zorgketens ook vaak andere financieringsdomeinen zoals Jeugdzorg, OGGZ, Justitie en zelfs UWV/CWI. Het is onuitvoerbaar en onbeheersbaar om deze domeinen onder een risicodragend ZVW-regime te plaatsen. Een heldere afbakening van de zorgverantwoordelijkheid tussen de verschillende financieringsdomeinen is dus juist voor het goed inrichten van zorgketens cruciaal. Het voorkomt namelijk domein discussies en kan partijen eerder tot overeenstemming brengen over ketenafspraken en de kostenverdeling bij ketenproducten.

- Het zou afbakeningsproblematiek 2 en 3 niet oplossen en mogelijk zelfs nog moeilijker aan te pakken maken.

Bijlage III Kernpunten in het verschil in benadering van CVZ en zorgverzekeraars

- CVZ lijkt, m.b.t. de GGZ, alle als behandeling geduide zorgactiviteiten t.a.v. de GGZ als geneeskundige activiteiten te beschouwen; vandaar ook dat psychiatrie als grondslag voor behandeling onder de AWBZ is verdwenen. Dit terwijl zorgverzekeraars op inhoudelijke gronden nadrukkelijke een niet-geneeskundige behandeling onderscheiden van een geneeskundige behandeling. (zie ook Achtergrond informatie onder 2)
- CVZ lijkt voor de GGZ geen onderscheid te maken tussen een mentale handicap en een psychiatrisch ziektebeeld, waardoor in tegenstelling tot de situatie in de somatiek, de zorg m.b.t. beide onder de ZVW beland. Zorgverzekeraars maken dit onderscheid nadrukkelijke wel daar dit in hun overtuiging aansluit bij de doelstelling waarmee de zorg is verdeeld in ZVW-zorg en AWBZ-zorg. (zie ook Achtergrond informatie onder 1, 3 en 4).
- CVZ geeft geen inhoudelijke definitie van geneeskundige zorg c.q. een geneeskundig doel maar relateert deze begrippen aan leerbaarheid en een programmatische aanpak, waarvoor deskundigheid op het niveau van een behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig is. Zorgverzekeraars zijn echter van mening dat een inhoudelijke definitie en afbakening noodzakelijk is; een afbakening waarbij duidelijk aangegeven wordt dat geneeskundige zorg te maken heeft met het genezen of het stabiliseren van ziekten/ziekteprocessen. Verder maken zorgverzekeraars bezwaar tegen het gebruik van niet-geneeskundige of niet-medische behandelaars als referentiekader voor geneeskundige begrippen, hetgeen ook niet in overeenstemming is met art. 2.4 BZA. In artikel 2.4 BZA hebben de genoemde beroepsgroepen alle wel een duidelijke geneeskundige achtergrond/scholing. (zie ook Achtergrond informatie onder 2 en art. 2.4 BZA)
- CVZ is van oordeel dat activiteiten die gericht zijn op de gevolgen van de aandoening/stoornis, ook tot de geneeskundige zorg behoren waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen gevolgen van een de psychiatrische ziekten aan de ene kant en gevolgen van blijvende beperkingen die samenhangen met een mentale handicap of een blijvende beperking die kan samengaan met een chronische psychische aandoening. Naar de mening van zorgverzekeraars is het maken van een dergelijk onderscheid noodzakelijk om tot een inhoudelijke correcte en werkbare afbakening te komen. Zonder dit onderscheid komen ook allerlei (niet geneeskundige) activiteiten gericht op zelfredzaamheid en participatie oneigenlijk in de ZVW terecht. (zie ook Achtergrond informatie onder 5)
- Het CVZ geeft aan de ene kant aan dat behandeling en voorkoming van verergering van gedragsproblemen onderdeel kan zijn van een AWBZ-behandeling. Toegevoegd wordt dat het gaat om gedragsproblemen in verband met een aandoening, handicap of beperking en waarvan de behandeling plaats vindt in het kader van de AWBZ. Verder wordt toegevoegd dat het hierbij niet gaat om gedragsstoornissen. Omdat psychiatrie als grondslag voor behandeling binnen de AWBZ vervallen is, wordt naar de mening van zorgverzekeraars de foutieve suggestie gewekt dat gedragsproblemen gerelateerd aan mentale aandoeningen altijd psychiatrische gedragsstoornissen of psychiatrische ziektebeelden zijn. Hiermee vallen gedragsproblemen als secundair probleem van een mentale handicap of een blijvende beperking samenhangend met een chronisch psychiatrische stoornis ten onrechte buiten de AWBZ-boot vallen. (zie ook Achtergrond informatie onder 6)
- Per 1/1/09 wordt AB opgesplitst in een deel dat naar AWBZ-functie behandeling gaat een deel dat naar de nieuwe functie begeleiding gaat. Het deel van de niet geneeskundige AB dat niet onder de nieuwe definitie begeleiding valt maar in 2008 een gewone aanspraak in het kader van de AWBZ was, kan voor de GGZ niet naar de AWBZ functie behandeling gaan omdat

psychiatrie als grondslag voor behandeling in de AWBZ verdwenen is. De in principe legitieme aanspraak is hiermee (o.i. onbedoeld) verdampt.

Bijlage IV Algemene Achtergrond informatie

1. De ZVW geeft dekking voor geneeskundige (curatieve) zorg en is dus gericht op herstel of voorkoming van verergering van een geneeskundige aandoening (*i.e.* ziekte).
2. De ZVW is bedoeld voor de Geneeskundige (*i.e.* curatieve) zorg. Niet elke behandeling is een geneeskundige behandeling en niet elke behandelaar is een geneeskundige behandelaar. Behandelingen zonder geneeskundig doel zijn geen geneeskundige behandeling. Een behandeling heeft een geneeskundig doel indien het gericht is op het genezen van ziekten dan wel interveniëert in ziekteprocessen met als doel te komen tot gedeeltelijk herstel of medische stabilisatie (*i.e.* voorkoming van verergering) van een ziekteproces/ziekte (waaronder ook het waar mogelijk minimaliseren van de medische beperkingen die met een bepaald ziekte gepaard gaan en het leren

Geneeskunde	Wetenschap die de oorzaak en de aard van ziekten opspoot en er de geneeswijzen voor aanwijst
Van Dale	
Geneeskunde	Wetenschap van de ziekten en hun genezing
Prisma	
Genezen	Is gerelateerd aan ziekten en betekent 1) herstellen, beter worden; 2) laten herstellen, beter maken
Van Dale en Prisma	
Ziekte	Kenmerkend voor ziekte is dat het een zeker proces aanduidt; er is een begin, een beloop en een eindtoestand (soms genezing, soms de dood, soms met een blijvend effect)
Wikipedia	

omgaan met de ziekte) (zie ook kader).

3. De AWBZ geeft bij chronisch zieken en gehandicapten dekking voor de niet verzekerbare langdurige care-zorg en zorg gericht op herstel c.q. behoud van zelfredzaamheid. Geeft verder ook dekking voor de klinische geneeskundige zorg bij chronisch c.q. langdurig zieken (> 1jr opname)
NB. Het doel van de nieuwe AWBZ-functie begeleiding is niet langer participatie én zelfredzaamheid, maar allen zelfredzaamheid (participatie gaat naar WMO).
4. Niet elke stoornis op as I of as II van de DSMIV betreft een psychiatrisch ziektebeeld. De DSMIV is namelijk een catalogiseringsstelsel van alle mentale stoornissen en betreft zowel psychiatrische ziektebeelden als mentale handicaps en leerstoornissen; deze laatste ongeacht of deze al dan niet mogelijk een medische achtergrond hebben.
5. Er is een verschil tussen de directe gevolgen van een ziekte en de gevolgen van een mentale handicap of een blijvende beperking die kan samengaan met een chronische psychische aandoening. Derhalve dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen activiteiten* gericht op herstel (of voorkoming van verergering) van een ziekte en zijn directe gevolgen (*i.e.* vallend onder ZVW) en activiteiten** gericht op herstel (of voorkoming van verergering) van de gevolgen van een blijvende beperking samenhangend met een mentale handicap of een chronische psychische aandoening (*i.e.* vallend onder AWBZ/WMO). Deze laatste gevolgen betreft m.n. gevolgen op het gedrag of functioneren in het gezin of directe woonomgeving (*i.e.* zelfredzaamheid) en op de het sociaal-maatschappelijk gedrag of functioneren (*i.e.* participatie).
*NB. Ook het leren omgaan met de ziekte en zijn directe gevolgen valt onder deze activiteiten.
**NB. Ook het leren omgaan met de blijvende beperkingen samenhangend met een mentale handicap of een chronische psychische aandoening valt onder deze activiteiten
6. Gedragsproblemen zijn niet automatisch geneeskundig van aard of een uiting van een psychiatrisch ziektebeeld. Gedragsproblemen kunnen puur op het pedagogische vlak liggen, een gevolg zijn van een mentale handicap of blijvende beperking bij een chronisch psychiatrisch beeld en als onderdeel van een (psychiatrisch) ziekteproces optreden. Alleen interventies/ behandeling m.b.t. de laatste problemen zouden onder de ZVW moeten vallen. Interventies m.b.t. de eerste categorie problemen vallen dan onder jeugdzorg (e.a.) en interventies/behandeling

m.b.t. de tweede categorie onder de AWBZ; dit laatste is in lijn met wat ook voor gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten (*i.e.* ook een mentale handicap) geldt.

Zorgverzekeraars Nederland
T.a.v. de heer M.W.L. Hoppenbrouwers,
directeur Verzekeringen
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Uw brief van
1 maart 2011

Uw kenmerk
B-11-67Olvos1

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011021758

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Hoppenbrouwers,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Algemeen

U onderschrijft de context en de dynamiek van het pakketbeheer die het CVZ in zijn rapport schetst.

Zorgverzekeringswet

Het systeem

U beschrijft dat deregulering van de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg vragen oproept over de transparantie van het pakket voor de verzekerde en de uitvoerbaarheid bij bijvoorbeeld overstappen naar een andere verzekeraar. Tevens ziet u een groot risico op ondoelmatigheid, doordat innovaties ongezien het pakket insluipen. Richtlijnen lopen vaak achter op de praktijk en hierin ontbreken ook vaak doelmatigheidsafwegingen. U pleit dan ook voor centrale sturing en strenge toetsing vooraf, liefst uitgebreid met prijs-volume afspraken.

Het is een uitdaging om een systeem te ontwikkelen waarin alle ontwikkelingen die u, en ook andere belanghebbende partijen naar voren brengen, kunnen convergeren. Waar het beleid nog niet duidelijk vorm heeft gekregen, is inderdaad nog onduidelijk hoe dit zal uitpakken. Het CVZ realiseert zich dat in een systeem waarin op wettelijk niveau minder is vastgelegd, de verschillende partijen, waaronder zorgverzekeraars, een grotere rol krijgen in het borgen van doelmatigheid. U kunt er dan ook op rekenen dat het CVZ u zal raadplegen bij de totstandkoming van het advies over het lange termijnbeleid. Wij zullen dan ook komen te spreken over de identificatie van risico's en de beheersing ervan.

Voorwaardelijke financiering

De methodiek voor voorwaardelijk financiering met de daarbij genoemde criteria en een jaarlijks voorstel aan de minister van VWS lijkt u zeker werkbaar. Wel moet deze systematiek zich verenigen met de innovatiereguleerders die de NZa vaststelt, zodat geen dubbele financiering plaatsvindt. Voorwaardelijke financiering door middel van een subsidie heeft uw voorkeur.

In zijn rapport van 30 november 2009 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket' (www.cvz.nl) heeft het CVZ zijn voorkeur uitgesproken voor voorwaardelijke financiering door middel van subsidie. Momenteel vindt overleg plaats met het ministerie van VWS over de vormgeving van de voorwaardelijke financiering in wet- en regelgeving. Daarbij heeft het CVZ herhaaldelijk gepleit voor de samenhang waar u terecht om vraagt.

Gepast gebruik

U ondersteunt in uw reactie het belang van gepast gebruik. Het CVZ deelt uw analyse, dat het verder ontwikkelen en bevorderen van gepast gebruik, dicht bij de praktijk van alledag moet gebeuren. Het is daarbij van belang dat organisaties die verder van die dagelijkse praktijk staan, in gezamenlijkheid zorgen voor eenduidige randvoorwaarden en een adequate informatievoorziening over onder andere effectiviteit, indicaties, kwaliteit, kosten en resultaten. Deze randvoorwaarden en informatievoorziening zijn belangrijke voorwaarden voor het verbeteren van het proces van zorginkoop. Op dat kruispunt komen de verschillende wegen van gepast gebruik immers samen. Dit punt is ook onderkend tijdens de rondetafelbijeenkomsten, en krijgt daar opvolging.

AWBZ

Algemeen

U deelt de analyse die het CVZ van de AWBZ-systematiek heeft gemaakt. Daarbij benadrukt u terecht de noodzaak van duidelijker omschreven aanspraken, en een heldere en scherpe afbakening tussen de AWBZ en andere domeinen, waaronder de Zvw.

Het CVZ dankt u voor uw steun op dit punt.

Langdurige zorg

In uw brief geeft u aan dat u mogelijk frictie ziet in de afbakening tussen twee of meer stelsels. U schrijft dat het helder moet zijn tot welk domein of stelsel zorg behoort. Het CVZ deelt uw opvatting op dit punt.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

Methodiek van pakketbeheer

U wijst er op dat ervaringen uit het verleden met het schrappen van hulp- en geneesmiddelen bij eenvoudige behandelingen hebben geleerd dat men uitwijkt naar behandelingen die wel vergoed worden. Ook de mogelijkheid op vergoeding van zorg buiten Nederland biedt de verzekerde de kans om voor complexere zorg te kiezen.

Het CVZ zal in zijn uitvoeringstoets over lage ziektelast aandacht besteden aan (het voorkómen van) de risico's op substitutie en ander uitwijkgedrag. Hier is overigens ook een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars.

3/ZA/2011021758

Op u als bijlage meegezonden brief van 6 januari 2011 inzake de bezwaren van zorgverzekeraars over de afbakening van de geneeskundige GGZ, heb ik met mijn brief van 8 maart geantwoord, kenmerk ZA/2011017137. Volledigheidshalve voeg ik mijn antwoordbrief bij.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor zorgverzekeringen

Zorgverzekeraars Nederland
T.a.v. de heer dr. P.F. Hasekamp,
Algemeen directeur
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Kopie

BEZOEKADRES

Eekholt 4
1112 XH Diemen

POSTADRES

Postbus 320
1110 AH Diemen

T (020) 797 85 55
F (020) 797 85 00

E info@cvz.nl
I www.cvz.nl

Uw brief van
6 januari 2011

Uw kenmerk
B-10-486-mpot2

Datum
8 maart 2011

Ons kenmerk
ZA/2011017137

Behandeld door
mw. mr. J.M. van Diggelen

Doorkiesnummer
(020) 797 85 49

Onderwerp
Vragen betreffende de bezwaren van zorgverzekeraars over de
afbakening van de geneeskundige GGZ

Geachte heer Hasekamp,

In vervolg op het gesprek tussen VWS, ZN en CVZ heeft u, overeenkomstig de afspraak, uw eerdere brief met bezwaren vervangen door bovenvermelde brief van 6 januari 2011 met concrete vragen, opgenomen in bijlage 1.

De antwoorden op uw vragen gaan hierbij in de bijlage.

Ik hoop dat de beantwoording van de vragen een en ander zo heeft verduidelijkt dat u de uitleg van de Zvw/AWBZ door het CVZ kunt delen. De bedoeling en gevolgen van de wijzigingsbesluiten in verband met de overheveling van de geneeskundige GGZ zijn slechts voor één uitleg vatbaar. Anders dan u hanteert het CVZ niet het begrip mentale handicap. Dat komt ook nergens in de wet- en regelgeving voor. Uit onze antwoorden blijkt dan ook dat wij geen aanleiding zien om de duidingen te herzien.

Uiteraard is het CVZ bereid met u mee te denken op welke wijze deze uitleg beter gecommuniceerd kan worden naar zorgverzekeraars. Ik nodig u graag uit hierover met ons van gedachten te wisselen.

Daarnaast begrijp ik dat de afbakening in de uitvoeringspraktijk tot problemen aanleiding kan geven.

Naast een mogelijke aanvullende communicatie van deze uitleg is het goed om zo nodig met andere partijen, zoals GGZ Nederland en de Nza, een overleg te starten om een eenduidige uitvoering te bevorderen. Graag verneem ik uw reactie hierop.

In uw brief verwijst u naar de DBC-financieringssystematiek. Het CVZ acht een financieringssystematiek die aansluit bij de te verzekeren zorg van groot belang.

2/ZA/2011017137

In dit licht heeft het CVZ overleg met de NZa en DBC-Onderhoud om te komen tot zodanige omschrijvingen van zorgactiviteiten, dat duidelijk blijkt wanneer deze al dan niet tot de Zvw behoren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Boer', written over a faint dotted line.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

cc VWS – de heer J. Palmen en mw. J. Engering

2011017653

Bijlage bij brief d.d. 8 maart 2011 (ons kenmerk ZA/2011017137)

A. DSM IV classificatie

Vraag A1

Waar kan het veld (cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars) in de duidingen van het CVZ vinden welke mentale stoornissen genoemd in de DSM-IV al dan niet onder de verzekerde zorg van de ZVW vallen?

Vraag A2

Wanneer de zorg behorende bij alle in de DSM-IV genoemde stoornissen op as I en as II door het CVZ als een aanspraak op de ZVW worden beschouwd, is men zich daarbij dan bewust van het feit dat dit een substantiële uitbreiding van het totale gecombineerde AWBZ-ZVW pakket betekent (en wel ten nadele van de ZVW), hetgeen niet overeenkomt met een van de hoofduitgangspunten bij de overheveling en bovendien strijdig lijkt ten aanzien van bijvoorbeeld het beleid van VWS inzake dyslexie?

Vraag A3

Wanneer het CVZ van mening is dat de zorg met betrekking tot niet alle in de DSM-IV genoemde stoornissen op as I en as II als vallend onder de ZVW beschouwd moeten worden, dienen er in dit verband dan geen duidelijke dan wel meer gespecificeerde richtlijnen te komen vanuit de afdeling zorgadvies van het CVZ?

Antwoord A1

Vanaf 2002/2003 was bekend dat de GGZ over zou gaan van de AWBZ naar toen nog de Zfw. Later werd besloten de overgang te laten plaatsvinden met de invoering van de Zvw (2006).

Vanaf 2005 werd onder leiding van VWS met betrokken partijen (aanbieders en ZN) en Nza, CVZ overlegd over de overgang (Periodiek Overleg), naast een Stuurgroep DBC-ontwikkeling, waarin de DBC's werden voorbereid. In maart 2005 heeft het CVZ het Rapport Overheveling GGZ uitgebracht. Inmiddels was duidelijk dat ook de eerstelijns-psychologische zorg in de Zvw zou worden opgenomen. Voor het CVZ was dit mede aanleiding om het Trimbos-instituut opdracht te geven voor een onderzoek naar het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ. In juli 2006 heeft het Trimbos-instituut het Rapport afbakening eerste en tweedelijns zorg voor psychische stoornissen opgeleverd. De hoofdlijnen van dit rapport zijn in het GGZ Kompas van 2006 opgenomen. De tekst van het GGZ Kompas staat nu op onze website onder Geneeskundige GGZ. Een afzonderlijk deel is opgenomen over het onderscheid eerste en tweedelijns geneeskundige GGZ. Hier is ook het rapport van het Trimbos-instituut te lezen. Het GGZ Kompas is destijds ook besproken in de door ZN ingestelde werkgroep GGZ (olv P. Algra).

Voor de over te hevelen geneeskundige GGZ is uitgegaan van de omschrijving in de AWBZ. Een van de functies (aanspraken) binnen de AWBZ, die met de overheveling zou vervallen, was de behandeling in verband met een psychiatrische aandoening. Bij de psychiatrische aandoeningen werd uitgegaan van de psychische stoornissen genoemd in de DSM IV. Dit is aangegeven in het GGZ Kompas. Hiermee is impliciet aangegeven dat hier niet de verstandelijke beperking onder valt (ook een item in de DSM IV).

Noch de AWBZ (psychiatrische aandoeningen) noch de Zvw-duiding (psychische stoornissen) hanteren het begrip mentale stoornissen/mentale handicap. Het begrip mentale handicap is in het algemeen synoniem voor mentale retardatie (zwakzinnigheid) of verstandelijk handicap/verstandelijke beperking. Mentale handicap is niet hetzelfde als een psychiatrische aandoening/psychische stoornis. Er kan comorbiditeit zijn waarbij beide aandoeningen voorkomen.

Ter verdere afbakening is geduid dat het bij de geneeskundige GGZ gaat om de stoornissen op As I en As II van de DSM IV. Voor wat betreft de afbakening tussen eerste-

en tweedelijns GGZ is toegelicht dat binnen de eerstelijns geneeskundige GGZ vooral behandeling plaats vindt van stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen (As I). Ook binnen de tweede lijn vindt behandeling plaats van depressieve stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. Vaak is er naast een As I stoornis ook sprake van een persoonlijkheidsstoornis (As II).
(zie geneeskundige GGZ bij Zvw-zorg (kompas) op onze website).

De eerstelijnspsychologische zorg is verder ingevuld bij de desbetreffende Nza-beleidsregel (met name in de toelichting). Deze beleidsregel is voorbereid door een TO, waar zowel ZN als CVZ bij betrokken zijn geweest.

Antwoord A2

Zoals bij het antwoord op vraag A1 aangegeven heeft er geen substantiële uitbreiding, anders dan met de eerstelijnspsychologische zorg, plaats gevonden. De eerder onder de AWBZ als aanspraak geregelde behandeling van psychiatrische aandoeningen en de als aanspraak geregelde activerende begeleiding met een geneeskundig doel van psychiatrische aandoeningen is als geneeskundige zorg, gericht op psychische stoornissen, overgegaan naar de Zvw.

Het CVZ stelt zich op het standpunt dat dyslexie (en dyscalculie) geen stoornis is van As I of As II, maar van As III. Dyslexiezorg is geregeld als onderdeel van de geneeskundige zorg en apart in het Besluit zorgverzekering omschreven. Voor de bekostiging is op grond van beleidsmatige overwegingen aangesloten bij de bekostiging die geldt voor de GGZ (DBC's GGZ).

Gedragsstoornissen (As I) vallen onder de psychische stoornissen.

Gedragsproblemen, niet voortkomend uit een psychische stoornis, maar bijvoorbeeld als gevolg van tekortkomingen in de opvoeding of voortkomend uit een verstandelijke beperking, vallen niet onder de psychische stoornissen.

Uitdrukkelijk is in het GGZ Kompas opgenomen dat psychosociale hulp niet valt onder geneeskundige GGZ. Bij psychosociale hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte) waarvoor geneeskundige zorg nodig is.

Antwoord A3

Met de omschrijvingen in het GGZ Kompas (nu opgenomen op de CVZ-website onder geneeskundige GGZ) heeft het CVZ aangegeven welke zorg onder geneeskundige GGZ valt. De omschrijvingen van de prestaties onder de Zvw zijn functioneel. Met de systematiek van de Zvw (zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen plegen te bieden, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, waarop verzekeren zijn aangewezen) zijn in beginsel voldoende handvatten gegeven aan het veld om de zorg in te vullen. Een limitatieve lijst past hier niet.

B. Geneeskundige versus niet-geneeskundige behandeling

Vraag B1

Dienen in de visie van CVZ voor de GGZ alle als 'behandeling' benoemde zorgactiviteiten te worden beschouwd als geneeskundige zorg vallend onder de ZVW? Dient dit ook te gebeuren indien een dergelijke behandeling/interventie niet gericht is op het genezen van ziekten dan wel niet gericht op het interveniëren in ziekteprocessen met als doel te komen tot gedeeltelijk herstel of medische stabilisatie (i.e. voorkoming van verergering) van een ziekteproces of ziekte? Bij stabilisatie kan ook sprake zijn van het waar mogelijk minimaliseren van de medische beperkingen die met een bepaald ziekteproces gepaard gaan en het leren omgaan met de ziekte.

Vraag B2

Zo ja, kan het CVZ aangeven op welke medisch gronden zij tot die slotsom is gekomen; dit wetende dat vele interventies die niet gericht zijn op genezing (en voorkoming van verergering) maar gericht op niet-geneeskundige zorgdoelen als zelfredzaamheid en participatie door zorgaanbieders ook als 'behandeling' worden benoemd?

Vraag B3

Indien nee, waarom is psychiatrie als grondslag voor een behandeling binnen de AWBZ opgeheven; dit terwijl die grondslag nodig is voor de niet-geneeskundige behandelingen/interventies; dan wel, dient psychiatrie niet weer als AWBZ-grondslag voor behandeling te worden hersteld?

Antwoord B1

Het maken van onderscheid tussen geneeskundige behandeling en niet-geneeskundige behandeling is niet zinvol. Behandeling is per definitie geneeskundig van aard. De Zvw kent als te verzekeren prestatie geneeskundige zorg. Hieronder valt diagnostiek (onderzoek) en behandeling.

De AWBZ kende de functies behandeling, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding. In het Rapport Overheveling GGZ van maart 2005 is het CVZ uitgebreid ingegaan op de over te hevelen functies, in lijn met het voorstel van de minister van VWS destijds, behandeling en activerende begeleiding. Overheveling betekende het laten vervallen van deze functies voor de psychiatrische aandoeningen onder de AWBZ. In de reactie van ZN op een ontwerp van dit rapport (brief 22 maart 2005, bijlage 4 bij het rapport) is opgemerkt dat de door het CVZ voorgestelde wijzigingen voor de overheveling duidelijk maken welke functies uit de GGZ onder de Zvw dan wel onder het werkingsgebied van de AWBZ vallen. Wel wijst ZN op een discussie wanneer sprake is van behandeling dan wel begeleiding. Op een mogelijk onderscheid tussen geneeskundige behandeling en niet-geneeskundige behandeling is niet gewezen.

Omdat bepaalde activiteiten van activerende begeleiding niet-geneeskundig van aard zijn heeft het CVZ eind 2007 bepleit niet alle activerende begeleiding over te hevelen (te laten vervallen in de AWBZ). De minister heeft eind 2007, mede op aandrang van de Tweede Kamer, alsnog de psychiatrische aandoeningen laten staan in de AWBZ-functie activerende begeleiding (Stb. 2007, 516). Deze wijziging betekende dat activerende begeleiding met een niet-geneeskundig doel mogelijk bleef onder de AWBZ. Activerende begeleiding met een geneeskundig doel ging over naar de Zvw, geneeskundige zorg. Deze laatste activiteiten van activerende begeleiding (met een geneeskundig doel) zijn niet uitdrukkelijk uitgezonderd in de AWBZ omdat deze activiteiten, gelet op het feit dat Zvw-zorg voor gaat op AWBZ-zorg (artikel 2, lid 1 Bza AWBZ), vallen onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg.

In de visie van het CVZ vallen alle als "behandeling" genoemde zorgactiviteiten onder de geneeskundige zorg Zvw. Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Deze omschrijving is opgenomen in het Rapport Overheveling GGZ en in het latere GGZ Kompas. De tekst is ontleend aan de nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering, onderdeel geneeskundige zorg.

In het standpunt "Geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding" van 14 december 2009 heeft het CVZ nogmaals aangegeven wat onder geneeskundige GGZ valt. De desbetreffende passages uit dit standpunt zijn:

"Geneeskundige GGZ is onderdeel van de te verzekeren Zwv-prestatie geneeskundige zorg. Het gaat om zorg die huisartsen, medisch-specialisten (psychiaters/zenuwartsen) en klinisch psychologen plegen te bieden. Hierbij gaat het om zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. De concrete zorginterventie moet vervolgens voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Er was sprake van een overheveling van geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zwv. Dit betekende dat de grondslag "psychiatrische aandoening" in de AWBZ-aanspraken behandeling en verpleging is vervallen. AWBZ-behandeling in verband met een psychiatrische aandoening valt vanaf de datum van overheveling (2008) dan ook onder de te verzekeren prestatie "geneeskundige zorg" in het kader van de Zwv. Ook activiteiten van activerende begeleiding met een geneeskundig doel sloten aan op de omschrijving van geneeskundige zorg in de Zwv. Het gaat dus om geneeskundige zorg en niet alleen om "op genezing gerichte" zorg.

Onder herstel of voorkoming van verergering is het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover sprake is van geneeskundige zorg. Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie) en het houden van inzichtgevende gesprekken. De interventie is gestructureerd, programmatisch en richt zich op een specifiek geneeskundig doel. Voor het uitvoeren van de interventie is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschap-pelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Deze zorg valt onder de zorg die huisartsen, medisch-specialisten (psychiaters/zenuwartsen) en klinisch psychologen plegen te bieden.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van geneeskundige zorg. Hiervan is evenwel slechts sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Het komt regelmatig voor, zeker bij de gespecialiseerde GGZ, dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling (geneeskundige zorg)."

Antwoord B2

Zoals hiervoor aangegeven gaat het om geneeskundige zorg, niet enkel om op genezing gerichte zorg. Dit geldt ook voor somatische aandoeningen. Chronische aandoeningen worden behandeld (vallen onder geneeskundige zorg Zwv) zonder uitzicht op genezing. Bij revalidatiezorg bijvoorbeeld gaat het niet om het genezen van de aandoening, maar gaat het erom dat de verzekerde daarmee leert te functioneren.

Het is het CVZ niet bekend dat zorgaanbieders activiteiten behandeling noemen, terwijl deze activiteiten geen onderdeel zijn van geneeskundige zorg. Dit had het CVZ kunnen opmaken uit geschillen of uit aanvragen om advies. Deze hebben het CVZ evenwel niet bereikt.

Antwoord B3

Behandeling is geneeskundig van aard, reden waarom de grondslag psychiatrische aandoeningen in de AWBZ-aanspraak behandeling kon en is vervallen. Het ligt dus ook niet voor de hand "niet-geneeskundige" behandeling voor psychiatrische aandoeningen weer in te voeren in de AWBZ.

C. Definitie van geneeskundige zorg

Vraag C1a

Zijn interventies (cq behandelingen) door elke zich behandelaar noemende beroepsbeoefenaar, als medische behandeling te beschouwen?

Vraag C1b

Zo nee, waarom worden de handelingen van niet-geneeskundige behandelaars dan impliciet wel als referentie opgevoerd voor de definiëring van een geneeskundig doel in casu geneeskundige zorg?

Vraag C2a

Blijft het CVZ niet tegenstaande bovenstaande argumentatie achter betreffende duiding staan?

Vraag C2b

En zo ja, kan CVZ aangeven waarom zij voornoemde duiding als interpretatie van de wet c.q. duiding binnen het wettelijke kader ziet en niet als verruiming van het begrip geneeskundige zorg buiten het wettelijk kader (art 2.4 BZA), zoals zorgverzekeraars deze duiding ervaren?

Antwoord C1a

Het CVZ gaat uit van de te verzekeren prestatie: geneeskundige zorg, zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Van enige omdraaiing van de redenering, zoals u stelt, is geen sprake. Het CVZ kijkt niet naar wie (welke soort hulpverlener) zorg verleent, maar of de zorg onder geneeskundige zorg zoals plegen te bieden, valt (ongeacht wie het verleent). Binnen de GGZ was en is overigens gebruikelijk dat de hulp multidisciplinair, zeker binnen de tweedelijns GGZ, wordt uitgevoerd. Dit houdt in dat ook andere professionals dan medici de zorg kunnen verlenen. Het is evenwel aan zorgverzekeraars om te bepalen wie de zorg verleent. Uit de omschrijving van geneeskundige zorg volgt overigens ook al dat het niet enkel medici zijn die plegen te bieden. In de omschrijving zijn ook opgenomen klinisch-psychologen (geen artsen, wel gedragswetenschappers) en verloskundigen. Het gaat om zorg die genoemde beroepsbeoefenaren plegen te bieden. Wie de zorg kan verlenen bepaalt de zorgverzekeraar in zijn polis. Zorgverzekeraars beperken zich daarbij overigens vanuit kwaliteitsoogpunt in hun polis tot bepaalde BIG-geregistreerde zorgverleners. Een medische behandeling is een behandeling door een medicus. Dus niet door een zich behandelaar noemende beroepsbeoefenaar. De Zvw gaat uit van geneeskundige zorg, niet van medische zorg.

Antwoord C1b

Zie het eerste voorbeeld van het standpunt "Geneeskundige zorg en AWBZ begeleiding". Ook andere professionals dan die genoemd in de omschrijving van geneeskundige zorg (dus andere dan de psychiater en klinisch-psycholoog) kunnen geneeskundige zorg bieden. Anderen zijn bijvoorbeeld een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een gezondheidszorgpsycholoog. Ook deze kunnen geneeskundige zorg bieden. Dit gebeurt veelal multidisciplinair in het kader van een behandelplan, onder aansturing van een hoofdbehandelaar (psychiater).

Overigens heeft geen enkele verzekeraar in zijn polis opgenomen dat andere professionals dan psychiater, psychotherapeut en ggz-instelling geneeskundige specialistische GGZ kunnen bieden. En voor de eerstelijnspsychologische zorg zijn veelal de eerstelijnspsycholoog en gz-psycholoog als hulpverlener genoemd (een enkele verzekeraar heeft hierbij een orthopedagoog genoemd).

Antwoord C2a

Het CVZ blijft achter zijn duiding staan. Voor een toelichting hierop verwijst het CVZ naar de antwoorden op C1a en C1b.

Antwoord C2b

De duiding van het CVZ is gedaan binnen de wettelijke regeling en is geen verruiming. Als de "verruiming" vooral betreft het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte (i.c. een psychische stoornis), waarop het CVZ nadrukkelijk in de laatste duiding is ingegaan,

is geen sprake van verruiming, want dit viel ook al onder de activerende begeleiding in het kader van de AWBZ. Dit deel is zorg met een geneeskundig doel en is per 1/1/2008 overgeheveld naar de Zvw.

In lijn hiermee, is bij de nieuwe opdeling van de drie AWBZ functies behandeling, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding naar twee functies behandeling en begeleiding ook voor de overige behandelingen (behandelingen in verband met een andere dan de psychiatrie grondslag) het deel van activerende begeleiding dat betrekking had op "het leren omgaan met een ziekte" ingedeeld bij de AWBZ-behandeling. Voor de GGZ was dit dus al eerder overgeheveld naar de Zvw.

De conclusie is dus dat er geen sprake is van een verruiming, ook niet door de duiding van het CVZ.

D. Onderscheid mentale handicap en mentale ziekte

Vraag D1

Waarom maakt het CVZ in haar duidingen ten aanzien van de geneeskundige GGZ vallend onder de ZVW geen onderscheid tussen mentale ziekten aan de ene kant en mentale handicaps aan de andere kant waardoor de niet-geneeskundige zorg ten aanzien van de gevolgen van de beperkingen behorend bij die mentale handicaps, anders dan bij somatische handicaps en een verstandelijke handicap (overigens eigenlijk ook een mentale handicap), onder de ZVW komt te vallen in plaats van onder de AWBZ?

Vraag D2

Wanneer het een bewuste keus is om dit onderscheid niet te maken, wat is de wettelijke basis hiervoor en wat is de wettelijke basis waarop het verschil berust in de inrichting van de op de handicap gerichte zorg met betrekking tot aan de ene kant de somatische gehandicapte en verstandelijk gehandicapte (i.e. een mentale handicap) en aan de andere kant de overige mentale handicaps.

Vraag D3

Indien CVZ van oordeel is dat er in de ZVW wel een onderscheid gemaakt moet worden tussen mentale ziekten aan de ene kant en mentale handicaps aan de andere kant, kunnen we dan duidingen van CVZ verwachten die het onderscheid, met bijbehorende consequenties voor dekking vanuit de ZVW, duidelijk maken?

Antwoord D1

Ook binnen de AWBZ was geen sprake van een onderscheid tussen een psychische stoornis en een mentale handicap (als onderdeel van psychiatrische aandoening). Het begrip mentale handicap heeft binnen de AWBZ nooit bestaan. Binnen de AWBZ was sprake van psychiatrische aandoeningen, oftewel psychische stoornissen. Bij sommige psychische stoornissen kan sprake zijn van een langdurige aandoening, waarvoor begeleiding (en dan los van behandeling) ten laste van de AWBZ aan de orde kan zijn. Het vraagstuk omtrent behandeling al dan niet in combinatie (de discussie waarover ZN in de brief van 2005 sprak) met begeleiding is destijds binnen overleggen aan de orde geweest. In eerste instantie was ondersteunende begeleiding uitgesloten van een behandeling, maar na overleg met het veld is behandeling zo omschreven dat ook ondersteunende begeleidingsactiviteiten als onderdeel van een behandeling kunnen zijn. Dit dient dan wel aan bepaalde voorwaarden te voldoen.

In de AWBZ was en is wel sprake van de termen verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke handicap. Bij de AWBZ-functie behandeling gaat het daarbij om behandelactiviteiten die specifiek op die beperkingen zijn gericht.

Antwoord D2

De keuze komt voort uit de in het verleden gemaakte indeling. Er is nimmer onderscheid gemaakt binnen de psychische hulpverlening tussen psychische stoornissen en psychische handicaps (door ZN mentale handicaps genoemd).

Antwoord D3

Het CVZ is van mening dat er geen onderscheid hoeft te worden gemaakt/gemaakt kan worden.

E. Onderscheid tussen directe gevolgen van een ziekteproces en de gevolgen van blijvende beperkingen

Vraag E1

Acht het CVZ het, op grond van bovenstaande uitleg, niet wenselijk dat er in haar duidingen alsnog een onderscheid gemaakt wordt tussen de directe gevolgen van een ziekte en de gevolgen van blijvende beperkingen samenhangend met een mentale handicap of een chronische psychiatrisch beeld, zodat voorkomen wordt dat niet-geneeskundige interventies (o.i. ten onrechte) ten laste van de ZVW komen te vallen met het bijkomende nadeel dat de totale zorgkosten hoger worden omdat de ZVW immers geen wettelijke budgettaire plafonds kent zoals binnen de AWBZ, de ZVW daarnaast een hoger 'zorgminutentarium' kent dan de AWBZ en de ZVW niet een in omvang en duur gemaximeerde indicatiestelling kent zoals binnen de AWBZ?

Antwoord E1

Met ZN is het CVZ van mening dat niet-geneeskundige interventies die gericht zijn op het herstellen of ondersteunen van de zelfredzaamheid (AWBZ-begeleiding kan aan de orde zijn) en participatie (kan WMO-begeleiding zijn) niet ten laste van de Zvw moeten komen. Als er sprake is van een stabiele toestand, bv. bij een chronische psychische stoornis, en behandeling op de achtergrond staat (een enkel consult voor bv. medicatie) dan zal begeleiding, voor zover aan de orde, geen onderdeel van een integrale behandeling zijn en dient in dat geval deze niet ten laste van de Zvw te komen. Bepalend hierbij is datgene wat de behandelaar aangeeft. Mogelijk dat begeleiding ten laste van AWBZ en/of WMO kan komen.

Omdat het CVZ geen onderscheid maakt naar handicaps (blijvende beperkingen) bij psychische stoornissen is dit niet opgenomen in de duidingen. Volgens het CVZ hoeft dit ook niet te veranderen. Overigens kan met de uitleg van het CVZ tot hetzelfde resultaat gekomen worden. Als de situatie is gestabiliseerd en wel begeleiding nodig is, maar niet in verband met een behandeling dient begeleiding niet ten laste van de Zvw plaats te vinden. Als begeleiding wel in het kader van de Zvw-zorg zou moeten plaatsvinden dan zou dit duidelijk uit het behandelplan moeten blijken.

F. Onderscheid tussen geneeskundige en niet-geneeskundige gedragsproblemen

Vraag F1

Maakt het CVZ in haar duidingen bewust geen onderscheid in de gedragsproblemen naar een al dan niet geneeskundige achtergrond van die gedragsproblemen omdat men vindt dat al de genoemde typen gedragsproblemen sowieso onder de ZVW kunnen vallen?

Vraag F2a

Zo ja, wat is de wettelijke basis hiervoor en wat zijn de inhoudelijke redenen (c.q. medische gronden) waarop het CVZ tot die slotsom is gekomen?

Vraag F2b

Zo ja, wat is de wettelijke basis en wat zijn de inhoudelijke redenen dat gedragsproblemen die als gevolg van een verstandelijke handicap kunnen ontstaan wel onder de AWBZ behandeld worden en gedragsproblemen die als gevolg van een andere mentale handicap kunnen optreden niet onder de AWBZ behandeld mogen worden?

Antwoord F1

Voor het, ook door het CVZ gemaakte onderscheid tussen gedragsstoornissen en gedragsproblemen zie antwoord A2.

Uiteraard vindt het CVZ niet dat behandeling van alle gedragsproblemen onderdeel is van geneeskundige zorg. Maar hiertoe behoren wel gedragsproblemen in verband met een psychische stoornis en gedragsstoornissen als psychische stoornis. Gedragsproblemen van niet geneeskundige aard, bv. in verband met opvoedingsproblematiek, vallen niet onder de werking van de Zvw (geneeskundige zorg).

Antwoord F2a

Zie hiervoor bij antwoord A3 de functionele omschrijving van geneeskundige zorg.

Antwoord F2b

De verstandelijke gehandicaptenzorg is van oudsher gepositioneerd onder de AWBZ. De functie behandeling in de AWBZ is gericht op de specifieke problematiek. Behandeling is daar geregeld, dus ook de met de verstandelijke handicap samenhangende gedragsproblemen. De AWBZ-functies kennen geen grondslag mentale handicap, en hebben die ook nooit gekend.

G. Verdamping Activerende Begeleiding aanspraak onder de AWBZ voor de Psychiatrie

Vraag G1

Was het een bewuste keus van CVZ of VWS dat de hierboven beschreven, op zich legitieme, aanspraak bij de herverdeling van functies van Beh-AB-OB naar Beh-Begeleiding zou verdampen dan wel een jaar na de officiële overheveling alsnog indirect naar de ZVW over te brengen?

Vraag G2

Zo ja, wat was hiervoor de wettelijke basis?

Vraag G3

Zo nee, dient psychiatrie dan niet alsnog weer als AWBZ-grondslag voor behandeling te worden opgenomen?

Antwoord G1

De door ZN bedoelde functie is niet verdampt. Het deel AB met een geneeskundig doel is per 1/1/2008 overgeheveld naar de Zvw (geneeskundige zorg). Het deel AB met een niet-geneeskundig doel is per 1/1/2009 overgegaan naar begeleiding AWBZ (zelfredzaamheid) of WMO (participatie).

Voor de bedoelde zorg kunnen vanaf 1/1/2009 indicaties worden afgegeven voor AWBZ-begeleiding of er moeten verwijzingen plaatsvinden naar de gemeenten (WMO).

Het zou niet juist zijn als nu voor deze begeleiding naar de Zvw wordt verwezen. Als dit het geval is dan is vanaf 1/1/2008 niet correct geïndiceerd, want dan zou al vanaf 1/1/2008 verwezen moeten zijn naar Zvw-zorg.

Antwoord G2

Keuze van de minister en parlement om de functie AB op te splitsen. Voor de GGZ was dit al een jaar eerder gebeurd.

Antwoord G3

Zoals hiervoor gesteld kan er sprake zijn van AWBZ-begeleiding. Een aanspraak behandeling in verband met een psychiatrische aandoening kan niet ingevoerd worden in de AWBZ. Als de Zvw voorliggend is, zou deze zorg, gelet op de voorliggendheid van de Zvw op grond van artikel 2, lid 1 Bza AWBZ, toch ook ten laste van de Zvw komen.

2A

Afd. Zaaknr.:
INGEKOMEN-CVZ 28 MAART 2011
Volgnr.: 2011035505



postadres
Postbus 85011
3508 AA Utrecht

bezoekadres
Newtonlaan 115
3584 BH Utrecht
T 030 - 298 34 00
F 030 - 298 34 04
info@jeugdzorgnederland.nl
www.jeugdzorgnederland.nl

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw M. den Haan
Antwoordnummer 1192
1110 VB DIEMEN

Referentie 11/00214
Contact Kitty van Julsingha
Betreft Pakketadvies CVZ 2011

Utrecht, 21-03-2011

Geachte mevrouw Den Haan,

U hebt op 24 januari 2011 Jeugdzorg Nederland verzocht om een bestuursconsultatie inzake uw pakketadvies 2011.

Hieronder treft u de reactie aan van Jeugdzorg Nederland betreffende een drietal hoofdpunten die in het pakketadvies staan uitgewerkt in hoofdstuk 3, Pakketbeheer in de AWBZ.

1. Onvoldoende aansluiting

Bij het toekennen van aanspraken AWBZ worden de aanspraken zeer open omschreven en daarmee geüniformeerd. De individuele vragen van de verzekerden staan niet centraal. Jeugdzorg Nederland meent dat door deze algemene omschrijving van aanspraken en het niet centraal stellen van de hulpvragen en doelen van de verzekerde er geen zorg op maat valt toe te kennen. Bij complexe problematiek, we spreken dan over jongeren met een dubbele grondslag (Psy en VG) en ernstige gedragsproblemen is dit een groot gemis. Er is bewust gekozen om de aanspraken niet tot in detail te regelen, om daarmee de betrokken partijen de mogelijkheid te bieden om de zorg aan te passen aan de individuele vraag. De praktijk leert echter dat deze mogelijkheid niet wordt ingevuld. Vanuit de praktijk constateert Jeugdzorg Nederland dat er weinig ruimte is bij zorgaanbieders (Zvw en AWBZ) om af te wijken van het eigen bestaande aanbod om tegemoet te komen aan de behoefte en wens van de verzekerde. Tevens constateert Jeugdzorg Nederland dat hierin ook weinig wordt bemiddeld door de zorgverzekeraar en het zorgkantoor.

2. Zelf zorg inkopen

Binnen de huidige wettelijke regels heeft de verzekerde de mogelijkheid om zelf te bepalen hoe het PGB-budget wordt ingezet.

versterkt de zorg voor jeugd •

Recent onderzoek van Partners in Jeugdbeleid 2011 'Noodgedwongen gebruik pgb's door tekorten in het zorgaanbod (Zvw en AWBZ)' heeft aangetoond dat de verzekerden kiezen voor een PGB omdat ze daarmee zelf de voorwaarden voor de zorg kunnen stellen. Ervaring uit de praktijk leert dat zorgaanbieders onvoldoende in staat zijn of de mogelijkheid hebben om af te wijken van hun aanbod. Jeugdzorg Nederland meent dat wanneer zorg op maat aangeboden zou kunnen worden, de kans groter wordt dat verzekerden kiezen voor een ZIN. Zorgaanbod dat is ingezet middels ZIN kan worden getoetst op kwaliteit en effectiviteit. Bij inzet van zorg met een PGB is dat niet mogelijk.

3. De geschillentaak van CVZ

In de loop der jaren is het accent van advisering verschoven van individuele bescherming naar meer richtinggevende uitspraken. Uitleg van inhoud en omvang van aanspraken is meer centraal komen staan. De adviezen zijn met name gericht op het verduidelijken van de algemene lijn of waar de indicatiestelling op verkeerde gronden is toegekend. Jeugdzorg Nederland zou het in het belang van de Bureaus Jeugdzorg prettig vinden als er een aparte rubriek zou komen waarin de adviezen worden gebundeld die door CVZ zijn gegeven voor jeugdigen in de leeftijd van 0-18 jaar.

Met vriendelijke groet,



Tanno Klijn
directeur Jeugdzorg Nederland

Jeugdzorg Nederland
T.a.v. de heer T. Klijn, directeur
Postbus 85011
3508 AA UTRECHT

Uw brief van
21 maart 2011

Uw kenmerk
11/00214

Datum
1 april 2011

Ons kenmerk
ZA/2011022492

Behandeld door
J.C. de Wit
Mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2011

Geachte heer Klijn,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2011. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

U signaleert dat een passend aanbod voor jongeren met multiproblematiek ontbreekt. Individuele, op maat gesneden zorg is moeilijk te realiseren, waardoor jongeren een beroep op een PGB moeten doen. Uw signaal ondersteunt de constatering van het CVZ op dit punt. Het CVZ stelt vast dat de bekostigingsstructuur geen prikkel tot innovatie inhoudt. Het CVZ bepleit een meer op outcome gerichte bekostiging.

Sinds het verzenden van het concept Pakketadvies ter bestuurlijke consultatie, heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg verder vormgegeven. Kernvraag is: Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte? Naar het oordeel van het CVZ dient, evenals binnen het domein van de sociale verzekeringen, de activerende verzorgingsstaat hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Verdere invulling en concrete uitwerking van deze contouren, komen onder meer tot stand via het organiseren van publieke debatten met betrokken partijen. Het eerste openbare debat is gepland op 24 mei 2011. Uw reactie betreft het CVZ bij het vervolgtraject.

U wilt graag een op jeugdigen gerichte rubriek van geschillen met een richtinggevende uitspraak. Het CVZ publiceert relevante geschillen op zijn website en in RZA Rechtspraak, een juridische uitgave van Kluwer. Met het trefwoord 'jeugdigen' krijgt u via de zoekfunctie op de website van het CVZ een overzicht van de ingenomen standpunten en uitgebracht adviezen.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage opgenomen in het Pakketadvies 2011. In zijn vergadering van 25 maart 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2011 vastgesteld.

2/ZA/2011022492

Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 11 maart 2011 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2011. Het rapport kunt u vanaf 11 april vinden op onze website (www.cvz.nl).

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Boer'.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Rapport

Pakketadvies 2011

Bijlage 5 overzicht Adviezen

Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **296-a**

Uitgave

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

Volgnummer

2011030108

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

Marianne den Haan en Johan de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 05 / 797 87 97

Bijlage 5

Overzicht adviezen

		Pag.nr.	
1.	Geneesmiddelenbeoordeling Alitretinoïne (Toctino®) 1 september 2010	1	
2.	Geneesmiddelenbeoordeling Dronedarone (Multaq®) 5 juli 2010	3	
3.	Geneesmiddelenbeoordeling Lapatinib (Tyverb®) 14 december 2010	5	
4.	Geneesmiddelenbeoordeling Oxycodon-naloxon (Targinact®) 22 februari 2010	9	
5.	Geneesmiddelenbeoordeling Icatibant (Firazyr®) 23 november 2010	11	
6.	De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten opbrengsten en de praktijk 9 augustus 2010	13	
7.	Behandeling bovenoogleden 17 juni 2010	65	
8.	Functiegericht omschrijving hulpmiddelenzorg Spijverteringsstelsel 14 februari 2011	67	
9.	Functiegericht omschrijving hulpmiddelenzorg Visuele functie 14 februari 2011		
10.	Functiegericht omschrijving hulpmiddelenzorg Spreken 14 februari 2011		
11.	AWBZ-zorg in en om ADL clusterwoning 21 september 2010	127	
12.	Verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd 14 december 2010	165	

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 's Gravenhage

Uw brief van
10 februari 2010

Uw kenmerk
Farmatec/FZ-2987102

Datum
1 september 2010

Ons kenmerk
ZA/2010110009

Behandeld door
M. van der Graaff

Doorkiesnummer
(020) 797 88 92

Onderwerp
CFH rapport 10/17: alitretinoïne (Toctino®)

Geachte heer Klink,

In de brief van 10 februari heeft u het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om een inhoudelijke toetsing uit te voeren met betrekking tot alitretinoïne (Toctino®). De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) heeft deze beoordeling inmiddels afgerond. De overwegingen hierbij treft u aan in het CFH-rapport 10/17 dat als bijlage is toegevoegd.

Alitretinoïne is geregistreerd voor gebruik bij volwassenen met ernstig chronisch handeczeem dat niet verbetert bij een behandeling met sterke topische corticosteroïden. Het product is in de handel in twee tabletsterkten voor één maal daagse toediening: 10 en 30 mg. De standaarddosering is 20 mg/dag.

Bij de beantwoording van de vraag of clustering mogelijk is, is alitretinoïne vergeleken met ciclosporine. Op grond van een verschillend (hoofd)indicatiegebied, is alitretinoïne niet onderling vervangbaar met ciclosporine. Het middel komt daarom niet in aanmerking voor opname op bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering.

Voor opname op bijlage 1B is een gelijke therapeutische waarde of een therapeutische meerwaarde nodig ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. Er is geen standaardbehandeling en ook geen gebruikelijke behandeling voor de betreffende indicatie.

Daarom is de therapeutische waarde van alitretinoïne vergeleken met die van placebo. De vergelijking is beschreven in het farmacotherapeutisch rapport over alitretinoïne. Ook dit rapport is bijgesloten.

Bij patiënten met ernstig, chronisch handeczeem en onvoldoende respons op lokale behandeling met sterk werkzame corticosteroïden, heeft alitretinoïne een therapeutische meerwaarde boven placebo.

.

Opname van alitretinoïne zou leiden tot meerkosten ten laste van het farmaciebudget ten bedrage van ongeveer € 6,7 miljoen per jaar. Daarom was tevens beoordeling van de farmaco-economie nodig. De CFH heeft hierbij evenwel vastgesteld dat de doelmatigheid van alitretinoïne door de aanvrager onvoldoende is onderbouwd. De redenen hiervoor staan vermeld in de bijgesloten farmaco-economische rapportage.

Dit leidt er toe dat alitretinoïne (Toctino®) niet voldoet aan de criteria voor opname in het GVS. Het CVZ adviseert u dan ook om alitretinoïne niet op te nemen.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Uw brief van
12 januari 2010

Uw kenmerk
Farmatec/FZ-2980961

Datum
5 juli 2010

Ons kenmerk
ZA/2010085772

Behandeld door
mw. J.E. de Boer

Doorkiesnummer
(020) 797 85 23

Onderwerp
CFH-rapport 10/13: dronedarone (Multaq®)

Geachte heer Klink,

In uw brief van 12 januari 2010 heeft u het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht een beoordeling uit te voeren over de vraag of het middel dronedarone (Multaq®), tablet 400 mg onderling vervangbaar is met een middel dat is opgenomen in het verzekerde pakket. De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ heeft de inhoudelijke beoordeling inmiddels afgerond. De overwegingen hierbij treft u aan in het CFH-rapport 10/13: dat als bijlage is toegevoegd.

Dronedarone is een anti-aritmicum. Het is geregistreerd voor volwassen, klinisch stabiele patiënten niet-permanent atriumfibrilleren of een voorgeschiedenis daarvan, om het heroptreden van atriumfibrilleren te voorkomen of om de ventrikelfrequentie te verlagen.

Volgens bijgesloten CFH-rapport heeft dronedarone op de controle van het sinusritme een aanmerkelijk geringere werkzaamheid dan amiodaron. Op andere eindpunten als ventrikelfrequentie, mortaliteit en ziekenhuisopname door cardiovasculaire oorzaken zijn geen verschillen aangetoond. Dronedarone wordt mogelijk iets beter verdragen dan amiodaron. In direct vergelijkend onderzoek is tot nu toe echter niet aangetoond dat het veiliger is in het gebruik dan amiodaron.

Dronedarone kan op grond van klinisch relevante verschillen in eigenschappen niet als onderling vervangbaar worden beschouwd met amiodaron. Dronedarone kan daarom niet worden opgenomen in een cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen in het GVS.

Dit houdt in dat bij een besluit tot opname dronedarone op bijlage 1B moet worden geplaatst. Plaatsing vereist een bepaling van de therapeutische waarde, de kostenconsequenties en de onderbouwing van de doelmatigheid.

Volgens het bijgesloten CFH rapport heeft dronedarone een therapeutische minderwaarde ten opzichte van amiodaron. Om die reden is geen kostenconsequentieraming noch een farmaco-economische analyse uitgevoerd.

Op basis van het oordeel van de CFH, mede tot stand gekomen na het horen van belanghebbende veldpartijen, adviseert het CVZ u om dronedarone niet aan te wijzen als een te verzekeren prestatie en Multaq® niet op te nemen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Uw brief van
12 januari 2010

Uw kenmerk
Farmatec/FZ-2980691

Datum
14 december 2010

Ons kenmerk
ZA/2010130116

Behandeld door
P.K. Cheung

Doorkiesnummer
(020) 797 88 10

Onderwerp
Beoordeling lapatinib (Tyverb®)
bij gemetastaseerde borstkanker

Geachte mevrouw Schippers,

In een brief van 12 januari 2010 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport VWS het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht een beoordeling uit te voeren over de vraag of het middel lapatinib (Tyverb®) onderling vervangbaar is met een middel dat is opgenomen in het verzekerde pakket. Aanleiding hiervan is een verzoek van de registratiehouder voor een opname van Tyverb® in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem. De Commissie Farmaceutisch Hulp (CFH) van het CVZ heeft de inhoudelijke beoordeling inmiddels afgerond. De overwegingen hierbij treft u aan in het CFH-rapport dat als bijlage is toegevoegd (CFH-rapport 10/19). Op basis van dit oordeel van de CFH en bestuurlijke overwegingen heeft het CVZ zijn advies over de opname van lapatinib (Tyverb®) in het te verzekeren pakket vastgesteld.

Advies CVZ

Het CVZ adviseert u om het middel lapatinib niet aan te wijzen als een te verzekeren prestatie en Tyverb® niet op te nemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Achtergrond

Lapatinib (Tyverb®) filmomhulde tabletten van 250 mg zijn geregistreerd voor de behandeling van gevorderde of gemetastaseerde borstkanker. Bij de voorliggende beoordeling is het vereist dat lapatinib wordt gebruikt in combinatie met capecitabine, de tumoren een overexpressie aan Her2 (ErbB2) hebben en de ziekte progressief is na eerdere behandelingen met een antracyclinederivaat, een taxaan en trastuzumab.

Van alle maligne ziekten bij vrouwen komt borstkanker in Nederland het meest voor. Jaarlijks wordt bij ongeveer 13.000 patiënten borstkanker vastgesteld en overlijden ongeveer 3.300 vrouwen aan de gevolgen van de ziekte¹. Metastasering treedt relatief snel op. Ongeveer 20% van de tumoren heeft een overexpressie van de epidermale groeifactorreceptor-2 (Her2). Borstkanker met Her2-overexpressie is gecorreleerd met een slechte prognose en wordt anders behandeld dan borstkanker zonder Her2-overexpressie.

¹ Databank VIKC, www.ikcnet.nl, 2009

Volgens de Richtlijn Mammacarcinoom heeft de combinatie van trastuzumab met een taxaan, al of niet voorafgegaan door een behandeling met een antracycline, de voorkeur bij de behandeling van gemetastaseerde Her2-positieve borstkanker (eerstelijns-behandeling). Trastuzumab als een tweede- of verderelijnsbehandeling wordt vooral gegeven in combinatie met een ander middel zoals capecitabine of vinorelbine. Lapatinib komt pas daarna in aanmerking, als patiënten met deze behandelingen niet uitkomen.

Uitkomsten CFH beoordeling

Na beoordeling is de CFH tot de volgende conclusies gekomen:

- Lapatinib is niet onderling vervangbaar met enig in het GVS opgenomen geneesmiddel. Daarom kan dit middel niet worden opgenomen op bijlage 1A van de Regeling zorgverzekeringen. Voor een eventuele opname op bijlage 1B moet de therapeutische waarde van dit middel worden vastgesteld.
- Bij patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde Her2-positieve borstkanker heeft behandeling met lapatinib in vaste combinatie met capecitabine een therapeutische minderwaarde ten opzichte van voortgezette behandeling met trastuzumab al dan niet in combinatie met capecitabine of vinorelbine. Ten opzichte van chemotherapie met capecitabine monotherapie of vinorelbine monotherapie na eerdere behandeling met antracycline, taxaan en trastuzumab, nadat ook voortgezette behandeling met trastuzumab niet meer zinvol werd geacht, heeft de toepassing van lapatinib/capecitabine een therapeutisch gelijke waarde ten opzichte van de monotherapie als capecitabine of vinorelbine.
- Eventuele opname van lapatinib als een laatstelijnsbehandeling in het GVS gaat gepaard met meerkosten in het extramurale farmaciebudget. Deze kosten bedragen naar schatting circa €3,3 miljoen op jaarbasis. Een onzekere factor in deze schatting betreft de vraag in hoeverre lapatinib ook eerder in de behandeling (als tweede- of verderelijnsbehandeling) zal worden ingezet.
- Omdat hier geen sprake is van een therapeutische meerwaarde en er meerkosten gemaakt worden, is een farmaco-economische analyse niet aan de orde.

Reactie belanghebbende partijen

In de voorbereidende fase van dit advies is een consultatie gehouden onder belanghebbende partijen. De volgende partijen hebben commentaar gegeven op het concept:

- GlaxoSmithKline (GSK; fabrikant van Tyverb®)
- de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en de Borstkankervereniging Nederland (BVN) via een gezamenlijke reactie
- de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)

Tevens is op 29 november 2010 een hoorzitting gehouden, zowel met GSK als met de NVMO.

De drie partijen die een reactie hebben gegeven zijn tegen het voorstel van het CVZ om lapatinib niet op te nemen in het GVS. Zij vinden dit niet acceptabel. De partijen willen dat er wel een vergoeding komt voor het toepassen van lapatinib. De partijen zijn het oneens met conclusie van de CFH over de therapeutische plaats van dit middel. Zij vinden dat er sprake is van een therapeutische meerwaarde van dit middel in sommige situaties. Als dit middel niet in het GVS wordt opgenomen dan heeft dit, volgens de betrokken partijen, grote consequenties voor hen. De behandelaren kunnen niet volgens hun richtlijn handelen en borstkankerpatiënten hebben geen toegang tot dit middel. Ook de verstrekking van lapatinib (op kosten van de fabrikant) via het Named Patient Programma zal worden gestopt.

Het CVZ heeft de argumenten van de belanghebbende partijen gewogen en geconcludeerd dat er geen nieuwe feiten zijn aangedragen die aanleiding geven tot een wijziging van standpunt. De therapeutische plaats van dit middel is door de CFH conform de procedures op de juiste wijze bepaald. Belanghebbende partijen zijn tijdens het CFH-traject gehoord en hun inbreng is meegewogen bij de beoordeling door de CFH. Het CVZ stelt vast dat er geen redenen zijn om van het oordeel van de CFH af te wijken.

Overwegingen CVZ

- Lapatinib is door de European Medicines Agency (EMA) geregistreerd onder de condities van de zogenaamde "voorwaardelijke toelating". EMA heeft de registratiehouder om aanvullend bewijs gevraagd over de werkzaamheid van dit middel. Dit betekent o.a. dat er meer gegevens verzameld moeten worden, met name over het effect van lapatinib op de uitzaaïing van borstkanker (in het bijzonder hersenmetastasen). De registratiehouder is bezig met een nieuwe fase 3 onderzoek (RCT) om een lapatinib bevattende behandeling te gaan vergelijken met een trastuzumab bevattende behandeling.
- Naast de toepassing van lapatinib bij de indicatie gemetastaseerde Her2-positieve borstkanker na falen van trastuzumab (huidige beoordeling) is dit middel ook geregistreerd voor de behandeling van Her2-positieve borstkanker met metastasen bij postmenopauzale vrouwen, maar dan in combinatie met een aromatase remmer. Deze toepassing van lapatinib is nog niet beoordeeld door de CFH (aanvraag in voorbereiding).
- Door het ontbreken van direct vergelijkend onderzoek heeft de CFH zich moeten baseren op een indirecte vergelijking. Op basis hiervan is de CFH tot de conclusie gekomen dat lapatinib/capecitabine een therapeutische minderwaarde heeft ten opzichte van de voortgezette behandeling met trastuzumab, al dan niet in combinatie met capecitabine. De CFH vindt het ontbreken van direct vergelijkend onderzoek tussen lapatinib en trastuzumab een belangrijk gemis. Tussen monotherapie capecitabine en de combinatietherapie van lapatinib met lapatinib is wel informatie beschikbaar op basis van direct vergelijkend onderzoek. Volgens de CFH is de combinatietherapie van lapatinib met capecitabine therapeutisch gelijkwaardig met de monotherapie van capecitabine. Hierbij spelen twee argumenten een rol: de onderzoeksgegevens met betrekking tot de overleving zijn te beperkt om te kunnen spreken van een meerwaarde, maar het toevoegen van lapatinib aan de capecitabine monotherapie leidt ook niet tot aantoonbare en belangrijke bijwerkingen.
- De kostenconsequentieraming is gebaseerd op een toepassing van lapatinib als laatstelijnsbehandeling. Onzekere factoren in deze schatting betreft de vraag in hoeverre lapatinib eerder in de behandeling (als tweede- of verderelijns-behandeling) zal worden ingezet. Meerdere partijen hebben ook daadwerkelijk aangegeven dat er signalen zijn dat lapatinib voor een grotere groep zal worden ingezet dan waar het voor bedoeld is. Mogelijke off-label toepassingen van lapatinib zullen leiden tot hogere kosten.
- In ons omringende landen en andere westerse landen is lapatinib nog niet overal beoordeeld, ook de vergoedingsstatus verschilt per land. Sommige Europese landen staan een vergoeding toe vanwege de ernst van de aandoening of omdat hun gezondheidszorgsysteem zodanig is ingericht dat, in geval dat hun beoordelingsautoriteit tot een gelijklopende conclusie komt als de CFH, die niet tot een afwijzing zal leiden. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval in Frankrijk. In Zweden is de extramurale vergoeding van lapatinib - na een inhoudelijke beoordeling - gemotiveerd afgewezen.
- De Europese en de Amerikaanse richtlijnen zien een (beperkte) plaats voor lapatinib. Deze richtlijnmakers hebben een enigszins andere waardering gegeven aan de beschikbare wetenschappelijke onderzoeken. Zo nemen zij genoegen met progressie-eindpunten in plaats van de Overall Survival als uitkomstmaat en wegen zij het ontbreken van een directe vergelijking tussen lapatinib en trastuzumab minder zwaar dan de CFH. Daarnaast zijn ze, door een ander opzet van het zorgstelsel, ook niet gebonden aan het Nederlandse beoordelingskader voor het vergoeden van extramurale geneesmiddelen. In Nederland is de beroepsgroep momenteel bezig met het opstellen van een nieuwe richtlijn voor de behandeling van borstkanker.

- In de consultatieronde tijdens de beoordeling door de CFH hebben verschillende partijen gepleit lapatinib als behandeloptie beschikbaar te stellen voor groepen patiënten die niet (meer) uitkomen met de gebruikelijke behandelingen. Wanneer patiënten progressieve ziekte ontwikkelen ondanks behandeling(en) met trastuzumab zijn er momenteel geen verdere behandelmogelijkheden dan chemotherapie. Het CVZ begrijpt de behoefte aan behandelalternatieven voor uitbehandelde patiënten. Er moet wel sprake zijn van voldoende aangetoonde gunstige effecten om enig therapeutisch voordeel/verbetering te kunnen verwachten. Anders is een vergoeding ten laste van de collectieve middelen niet te rechtvaardigen. Een patiënt is namelijk niet zonder meer gebaat bij een behandeling waarvan de effectiviteit tot op heden niet is bewezen. Het toevoegen van lapatinib aan de monotherapie van capecitabine leidt niet tot een therapeutische meerwaarde; een behandeling van capecitabine al of niet in combinatie met lapatinib is therapeutisch gelijkwaardig.
- Als lapatinib niet in het GVS wordt opgenomen, dan heeft dit consequenties voor de patiënt. Na een definitieve vergoedingsbeslissing moet GSK met onmiddellijke ingang de Name Patient Programma (NPP) voor lapatinib staken vanwege een gesanctioneerde vaststellingsovereenkomst. Patiënten kunnen dan niet via de NPP worden voorzien van lapatinib. Belanghebbende partijen pleiten daarom voor een vorm van vergoeding zodat een kleine groep patiënten behandeld kan worden met lapatinib. De NVMO doet een voorstel van voorwaardelijke financiering (coverage with evidence development; CED). Gezien de huidige wet- en regelgeving is een voorwaardelijke financiering voor extramurale geneesmiddelen niet mogelijk. Hiervoor is aanpassing van de wet- en regelgeving nodig. Het CVZ is een voorstander om de mogelijkheden van dit nieuwe instrument te verkennen, maar is van mening dat lapatinib hiervoor geen geschikte kandidaat is. Zoals de registratiehouder meldt, om onderzoek-technische redenen is het niet te verwachten dat er nog nieuwe onderzoeksresultaten zullen verschijnen. Bij CED is het juist de verwachting dat er nog gegevens verzameld kunnen worden om de therapeutische waarde van de interventie aan te tonen.
- De CFH is tot de conclusie gekomen: Ten opzichte van chemotherapie met capecitabine monotherapie of vinorelbine monotherapie na eerdere behandeling met antracycline, taxaan en trastuzumab, nadat ook voortgezette behandeling met trastuzumab niet meer zinvol werd geacht, heeft de toepassing van lapatinib/capecitabine een therapeutisch gelijke waarde ten opzichte van de monotherapie als capecitabine of vinorelbine. Deze toepassing van lapatinib is verzekerde zorg en kan, als onderdeel van geneeskundige zorg, ten laste komen van het ziekenhuisbudget.

Het CVZ is van mening dat niet onderling vervangbare geneesmiddelen die meerkosten met zich meebrengen tot het GVS kunnen behoren, mits de therapeutische meerwaarde van dat middel is aangetoond. Dit is niet het geval bij de voorliggende beoordeling van lapatinib.

Op basis van het bovenstaande adviseert het CVZ u Tyverb® niet op te nemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Uw brief van 7 augustus 2009	Uw kenmerk Farmatec/FZ-2948336	Datum 22 februari 2010
Ons kenmerk ZA/2010025577	Behandeld door mw. J.E. de Boer	Doorkiesnummer (020) 797 85 23

Onderwerp
CFH-rapport 10/03: oxycodon/naloxon (Targinact®) herbeoordeling

Geachte heer Klink,

In uw brief van 7 augustus 2009 heeft u het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht een herbeoordeling uit te voeren over de vraag of het middel oxycodon/naloxon (Targinact®) onderling vervangbaar is met een middel dat is opgenomen in het verzekerde pakket. De Commissie Farmaceutisch Hulp (CFH) van het CVZ heeft de inhoudelijke beoordeling inmiddels afgerond. De overwegingen hierbij treft u aan in het CFH-rapport dat als bijlage is toegevoegd. Op basis van dit oordeel van de CFH heeft het CVZ zijn advies over opname van oxycodon/naloxon (Targinact®) in het verzekerde pakket vastgesteld.

Advies CVZ

Het CVZ adviseert u om het middel oxycodon/naloxon niet aan te wijzen als een te verzekeren prestatie en Targinact® niet op te nemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Achtergrond

Het combinatiepreparaat oxycodon/naloxon is bestemd voor de behandeling van ernstige pijn die alleen met opioïde analgetica adequaat kan worden behandeld. Naloxon is toegevoegd om opioïdgeïnduceerde obstipatie door een lokale werking op de darmen tegen te gaan.

Targinact is in de handel als oxycodon/naloxon tabletten 5/2,5 mg, 10/5 mg, 20/10 mg en 40/20 mg.

De CFH heeft eerder geoordeeld (CFH rapport 09/12, 27 april 2009) dat de onderzoeksgegevens ontbreken om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van oxycodon/naloxon ten opzichte van de gebruikelijke behandeling met oxycodon monotherapie in combinatie met een optimaal laxansregime bij patiënten met ernstige pijn. De huidige klinische onderzoeken maken alleen aannemelijk dat bij gebruik van de combinatie oxycodon/naloxon minder laxantia nodig zal zijn, maar niet hoe groot dit effect is en hoe dit zich verhoudt tot oxycodon met een optimaal laxansregime. Dit resulteerde in de uitspraak dat Targinact een therapeutische minderwaarde heeft.

Inmiddels is de registratie van Targinact uitgebreid met twee nieuwe sterktes (Targinact 5 mg/2,5 mg en 40 mg/20 mg) en zijn er nieuwe gegevens gepubliceerd die bij de eerdere beoordeling nog geen rol hebben gespeeld.

Uitkomsten CFH herbeoordeling

Reeds bij de beoordeling in 2009 heeft de CFH geconcludeerd dat oxycodon/naloxon niet onderling vervangbaar is met enig ander geneesmiddel in het GVS. Targinact kan daarom niet worden opgenomen op bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering. Bij een besluit tot opname dient het middel opgenomen te worden op bijlage 1B.

De nieuwe gegevens en de uitbreiding van de registratie met twee nieuwe sterktes heeft niet geleid tot een ander oordeel. De nieuwe gegevens bevestigen slechts de indruk dat bij gebruik van de combinatie oxycodon/naloxon minder laxantia nodig zijn vergeleken met oxycodon. De nieuwe gegevens geven echter geen informatie over de effectiviteit van oxycodon/naloxon ten opzichte van oxycodon monotherapie in combinatie met een optimaal laxansregime. Er zijn dus nog steeds onvoldoende gegevens om te oordelen of Targinact een therapeutische meer of gelijke waarde heeft ten opzichte van de gebruikelijke behandeling van oxycodon in combinatie met een optimaal laxansregime. De commissie blijft dan ook bij haar oordeel dat Targinact een therapeutische minderwaarde heeft. Dit betekent dat Targinact niet kan worden opgenomen op bijlage 1B.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

De Nederlandse Zorgautoriteit NZa
T.a.v. mr. drs. T.W. Langejan
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum
23 november 2010

Ons kenmerk
ZA/2010131003

Behandeld door
M. van der Graaff

Doorkiesnummer
(020) 797 88 92

Onderwerp
icatibant (Firazyr®)

Geachte heer Langejan,

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft de adviesaanvraag inzake icatibant (Firazyr®) afgerond. De Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU) heeft deze adviesaanvraag in het kader van de "Beleidsregel Weesgeneesmiddelen" bij CVZ gedeponerd in een brief van 22 maart 2010 (10.0963/rp/LVDT). De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) heeft gerapporteerd over de farmacotherapeutische waarde en de kostenprognose van icatibant (Firazyr®). Het bijbehorende farmacotherapeutische rapport treft u bijgaand als bijlage aan.

De eindconclusie van de CFH ten aanzien van de farmacotherapeutische waarde luidt: Bij de behandeling van matig tot zeer ernstige acute aanvallen van HAE bij volwassenen is de therapeutische waarde van icatibant gelijk aan die van C1-INH concentraat. Ten opzichte van tranexaminezuur is er voor deze indicatie een therapeutische meerwaarde.

C1-INH concentraat is o.m. in de handel onder de merknaam Ceter®. C1-INH concentraat staat niet op de "Beleidsregel Weesgeneesmiddelen".

Eén van de criteria voor opname is dat, gezien de therapeutische waarde, het in het belang van de volksgezondheid is dat het geneesmiddel in de beleidsregel wordt opgenomen. Het CVZ heeft dit criterium als volgt geoperationaliseerd. Als de CFH meerwaarde vaststelt ten opzichte van de door de CFH gebruikte referentie behandeling, op of buiten de beleidsregel, dan adviseert CVZ om het product op te nemen. Als de CFH gelijke waarde vaststelt t.o.v. een ander product op de beleidsregel, dan adviseert CVZ eveneens positief. Als de CFH evenwel gelijke waarde vaststelt met een product dat niet op de beleidsregel staat, dan adviseert CVZ om het product niet op de beleidsregel op te nemen.

Tranexaminezuur is niet op de beleidsregels opgenomen, doch is geen referentie behandeling. De referentie behandeling C1-INH concentraat is evenmin in de beleidsregel opgenomen. Dat betekent dat het CVZ u adviseert om het product icatibant (Firazyr®) niet in de beleidsregel op te nemen.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

cc. mevr. R. Poll (NFU)

Rapport

De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk

Op 9 augustus 2010 uitgebracht aan het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **289**

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010047390
<i>Afdeling</i> <i>Auteur</i>	ZORG-ZA mw. F.M. van der Meer; mw. drs. B.T.L.E. Couwenbergh; drs. J.J. Enzing; mw.dr. G. Ligtenberg; mw.mr. P.C. Staal
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

GLI in het Besluit zorgverzekering

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit advies over en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering. Zij is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. De interventie kan ingezet worden bij overgewicht en obesitas, om gerelateerde aandoeningen te voorkomen. In dit rapport geeft het CVZ aan hoe de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende interventie een plaats kan krijgen in de regelgeving, namelijk vermelding als te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering. Het rapport is een vervolg op de duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie uit 2009 (*Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*).

per 1 januari 2012 Om zorgverzekeraars een ruime voorbereidingstijd te gunnen, beveelt het CVZ aan de wettelijke verankering van de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie, niet eerder dan 1 januari 2012 te realiseren.

geen eigen bijdrage Het CVZ adviseert geen eigen bijdrage te heffen voor de GLI en het aanbod onder de basisverzekering niet te beperken tot eenmaal. De meningen over het effect van een eigen bijdrage lopen uiteen. Een eigen bijdrage kan enerzijds motiveren tot 'therapietrouw', anderzijds kan de bijdrage ook een drempel vormen voor deelname. Voor het CVZ was doorslaggevend dat de interventie is opgebouwd uit elementen van de reguliere zorg waarvoor evenmin een eigen bijdrage geldt.

geen beperking tot eenmaal

De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht is op het verwerven en behouden van gezond gedrag. Een gedragsverandering bereiken is niet eenvoudig. Een langdurige interventie kan hiervoor nodig zijn. Ook bij andere aandoeningen kan gedragsverandering de remedie zijn. Voorbeelden hiervan zijn te vinden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit domein onttrekt de basisverzekering niet iemand de vergoeding van een behandeling, mocht een eerdere interventie niet succesvol zijn gebleken. Het CVZ wil dan ook niet adviseren, om de inzet van de GLI onder de basisverzekering formeel tot eenmaal te beperken. De zorgaanbieder moet op basis van zijn professionele inzicht in het individuele geval bepalen of de inzet van de GLI (nog) zin heeft gezien de motivering, mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt.

het kostenonderzoek door het iMTA

Het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) van de Erasmus Universiteit te Rotterdam heeft een kostenonderzoek uitgevoerd voor het CVZ rond de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. Dit onderzoek omvatte een uitgebreide budgetimpactanalyse over meerdere jaren. Naast de kosten

verfijning hoog- risicoindeling	van de GLI, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend. Het iMTA raamt het saldo van kosten en opbrengsten in jaar 1 op ca. 51 miljoen euro. Een gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met jaar 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10 (dit saldo geldt voor kosten en opbrengsten binnen de zorg). Bij de berekening vanuit maatschappelijk perspectief raamt het iMTA de opbrengst in jaar 10 op 192 miljoen euro.
monitoring	Het iMTA is uitgegaan van de hoog-risicoindeling die het CVZ ontleende aan de CBO-richtlijn <i>De behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen</i> uit 2008. In de tussentijd is <i>Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas</i> gepubliceerd die een verfijning heeft aangebracht op deze risico-indeling waardoor niet alle participanten meer in aanmerking zouden komen voor de GLI.
doelmatige uitvoering door zorgverzekeraars	Het rekenmodel moest uitgaan van veel veronderstellingen, omdat er nog geen sprake is van een gestructureerd aanbod van de GLI. Vanwege deze veronderstellingen is het zinvol de praktijk van de GLI van begin af aan te monitoren. CVZ zal hierover overleggen met het ministerie van VWS, ZonMw en de NZa.
preventieketen : integrale aanpak	Zorgverzekeraars hebben voor een doelmatige uitvoering een aantal handvatten nodig die nog aan nauwkeurigheid kunnen winnen. Hierbij gaat het vooral om twee aspecten : ▪ de koppeling tussen de specifieke indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van de interventie; ▪ de functionele beschrijving van de GLI. Beide aspecten zijn van belang voor een doelmatige inzet van de interventie. Het CVZ heeft immers de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie in haar algemeenheid vastgesteld. De doelgroep van de interventie is echter groot, met een grote variatie in ernst en complexiteit van de aandoening. Het is nodig om zicht te hebben op de koppeling tussen indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van GLI, wil deze gepast ingezet kunnen worden. Hierover komen gaandeweg meer gegevens beschikbaar. De <i>Zorgstandaard Obesitas</i> kan hierbij ook behulpzaam zijn Voor een doelmatige organisatie van de GLI is het verder belangrijk dat per component van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid aangegeven is (bij de verschillende niveaus van risico). De <i>Zorgstandaard Obesitas</i> zal zich hierover buigen in 2011.
	Tenslotte, afstemming tussen de zorg via de basisverzekering en het lokale gezondheidsbeleid is een belangrijke voorwaarde

om de preventieketen goed te laten functioneren. Het CVZ zal in dit verband een standpunt innemen over het *PreventieConsult Cardio-metaboolsyndroom*, zodra hiervan een definitieve beschrijving beschikbaar is.

1. Inleiding

In februari 2009 heeft het CVZ het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* gepubliceerd.¹ In dit rapport heeft het CVZ de gecombineerde leefstijlinterventie (*hierna* : GLI) beschreven en aangegeven in hoeverre deze interventie onder de basisverzekering valt. In dit rapport geeft het CVZ een vervolg hierop en gaat het in op de wettelijke vormgeving van de gecombineerde leefstijlinterventie, de kosten en opbrengsten van de interventie en randvoorwaarden voor de uitvoering door zorgverzekeraars.

De Beweegkuur

De GLI in de basisverzekering speelt tegen de volgende achtergrond. In 2007 is het *Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen* (NISB) van start gegaan met het ontwikkelen van De Beweegkuur. De Beweegkuur is bedoeld om mensen met diabetes (of een hoog risico daarop) te begeleiden naar een actievrije leefstijl met een gezond voedingspatroon en voldoende beweging. Het ministerie van VWS subsidieert dit project.²

ontwikkeling naar gecombineerde leefstijlinterventie

Aanvankelijk was De Beweegkuur alleen een beweegprogramma. Voortschrijdend inzicht rond de effectiviteit van leefstijlinterventies leidde tot uitbreiding van dit programma met de componenten voeding/eetgewoonten en gedragsverandering (gezamenlijk gericht op het adopteren van gezond gedrag).³ De drie componenten gezamenlijk kunnen namelijk een effectief wapen vormen tegen overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen.

landelijk aanbod

Het ministerie van VWS wilde aanvankelijk vanaf 2011 een landelijk aanbod realiseren van De Beweegkuur via de basisverzekering. Het CVZ heeft aangegeven dat een prestatie die louter 'De Beweegkuur' omvat, niet past binnen de systematiek van de Zorgverzekeringswet. De Zvw gaat immers uit van een functionele systematiek. Dat wil zeggen dat de wet omschrijft 'wat' onder de basisverzekering valt. 'Wie' deze uitvoert en 'waar' deze wordt uitgevoerd, bepaalt de

¹ *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*, CVZ, 2009 (publicatienummer 271). Tegelijkertijd publiceerde het CVZ *Preventie van diabetes : verzekerde zorg?* (publicatienummer 272). De bevindingen rond de gecombineerde leefstijlinterventie zijn gelijkluidend in beide rapporten.

² Het CVZ heeft de gecombineerde leefstijlinterventie geduid als interventie bij overgewicht en obesitas. Overgewicht is een risicofactor voor het ontwikkelen van DM 2. Patiënten met DM 2 hebben vrijwel altijd (ca. 90%) overgewicht. Er is dus een kleine groep met diabetes zonder overgewicht. De optimale interventie bij manifeste diabetes is nog niet duidelijk. Wel geldt voor deze groep dat gezond gedrag en lichamelijke activiteit de diabetes makkelijker behandelbaar maakt en cardio-vasculaire risicofactoren verlaagt. Voor deze groep is er dan ook een indicatie voor een GLI, zij het dat deze minder nadruk zal leggen op gewichtsreductie en er nog onduidelijkheid is over de optimale vormgeving.

³ Het RIVM-rapport rond de kosteneffectiviteit van beweeg- en dieetadvisering speelde hierbij een belangrijke rol : *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2*, RIVM, 2008.

zorgverzekeraar (in overleg met verzekerden en zorgaanbieders). Dit betekent dat een gecombineerde leefstijlinterventie deel gaat uitmaken van de te verzekeren prestaties (voor alle daarvoor aangewezen hoog-risicogroepen). De Beweegkuur is hiervan een voorbeeld, maar ook andere programma's kunnen onder de basisverzekering vallen. Voorwaarde is dat de interventie voldoet aan de criteria van een gecombineerde leefstijlinterventie en dus een combinatie levert van advisering over en begeleiding bij voeding(sgewoontes) en beweging die gericht zijn op het adopteren en behouden van een gezonde leefstijl. Deze interventie heeft het CVZ geduid in het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijl-interventie*.⁴

kosten en uitvoering

Het ministerie heeft het CVZ gevraagd om de kosten en uitvoeringsaspecten in beeld te brengen van een gestructureerd aanbod van de gecombineerde leefstijlinterventie.

systeemadvies

In dit rapport zetten we uiteen welke plek de GLI als samenhangende prestatie kan krijgen binnen de regelgeving. Het CVZ omschrijft een dergelijke uitwerking van een te verzekeren prestatie in de regelgeving als een systeemadvies. Via de duiding van 2009 heeft het CVZ al het standpunt ingenomen dat de interventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties wat de stand van de wetenschap en praktijk betreft (kortweg : de effectiviteit van de interventie) én de omschrijving van de te verzekeren prestaties in Zvw en Bzv. Gezien deze conclusie was een instroomadvies (waarin het CVZ de noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit van de prestatie toetst) dan ook niet meer aan de orde.⁵

leeswijzer

De volgende onderwerpen komen in dit rapport aan de orde. Hoofdstuk 2 geeft een samenvatting van de duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie van begin 2009. Hoofdstuk 3 richt zich op de wettelijke vormgeving van de gecombineerde leefstijlinterventie. Hoofdstuk 4 bespreekt de kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijlinterventie op korte en middellange termijn. De uitkomsten van een onderzoek door het institute for Medical Technology Assessment (iMTA), Erasmus Universiteit Rotterdam vormen hiervoor de basis. Dit onderzoek omvatte een uitgebreide budgetimpactanalyse over meerdere jaren. Naast de kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie, zijn besparingen door substitutie van zorg, gezondheidseffecten en, buiten de

⁴ Zie noot 1

⁵ Nog ten overvloede : de componenten van de GLI (adviseren over en begeleiden bij voeding/voedingsgewoontes, bewegen en gedragsverandering) vallen onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen, diëtisten en fysio- en oefentherapeuten die plagen te bieden. Een toetsing van de GLI aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit met een negatieve uitkomst zou ertoe leiden dat deze onderdelen uitgesloten zouden moeten worden van de basisverzekering.

zorg, door de afname van ziekteverzuim, berekend.

Hoewel de gecombineerde leefstijlinterventie is opgebouwd uit onderdelen van de reguliere zorg, is er tot op heden nauwelijks sprake van een gestructureerd aanbod van de 'gecombineerde' interventie. Hoofdstuk 5 benoemt aandachtspunten voor de organisatie van de gecombineerde leefstijlinterventie en de voorwaarden voor een adequaat, gestructureerd aanbod. Dit hoofdstuk gaat ook in op het monitoren van het effect van de gecombineerde leefstijlinterventie na introductie.

***kinderen met
overgewicht***

Aparte aandacht verdienen kinderen met overgewicht en obesitas. Het inzetten van de gecombineerde leefstijlinterventie bij kinderen met overgewicht en obesitas stuit op additionele problemen. De effectiviteit op lange termijn van de interventie is namelijk voor een groot deel afhankelijk van de mate waarin het 'gezin' (of in het algemeen: 'samenlevingsverband') van het kind het gezonde gedrag adopteert. Dit vergt een andere aanpak dan bij volwassenen. In hoofdstuk 6 schetsen we deze 'gezinsaanpak'. Ook geven we aan welke additionele informatie het CVZ nog nodig heeft, alvorens het in een 'duiding' kan aangeven of deze 'gezinsaanpak' deel uitmaakt van de basisverzekering.

***cijfers rond
overgewicht***

Recent zijn er veel publicaties uitgekomen met cijfermateriaal rond de gezondheidstoestand van de Nederlander en het belang van een gezonde leefstijl (bijvoorbeeld RIVM en CBS). In bijlage 4 hebben we een aantal feiten en trends op een rijtje gezet.

***veelgestelde
vragen***

In bijlage 5 is een aantal veelgestelde vragen (en antwoorden) opgenomen. De ervaring leert ons dat de inhoud en omvang van de GLI, de organisatie in samenhang met de functionele systematiek, het verband tussen te verzekeren prestatie en bekostiging, nog voor veel onduidelijkheden kunnen zorgen. Het leek ons goed deze overzichtelijk samen te vatten, los van de hoofdtekst van het rapport.

***reacties con-
sultatieronde***

Bijlage 6 geeft een overzicht van de reacties die ontvangen zijn in de consultatieronde.

2. Samenvatting duiding gecombineerde leefstijlinterventie en de (concept-)Zorgstandaard Obesitas

2.a. De duiding

rapport 2009 – de duiding

Zoals gezegd, heeft het CVZ in het rapport van begin 2009 ‘geduid’ in hoeverre de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de basisverzekering. Voor het begrip van dit vervolgrapport, vatten we de bevindingen van deze duiding samen (in *bijlage 1* is de duiding in een schematisch overzicht samengevat).

drie componenten

De gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij voeding/eetgewoonten, beweging en gedragsverandering. De patiënt krijgt deze drie componenten in samenhang aangeboden. Duur en intensiteit van de componenten afzonderlijk én van de interventie als geheel hangen af van de indicatie, de mogelijkheden en wensen van de patiënt.

effectiviteit van de GLI

In het rapport van 2009 concludeerden we dat de gecombineerde leefstijlinterventie als geheel effectiever is dan de inzet van de drie componenten apart om gewichtsreductie te bewerkstelligen, de lichamelijke fitheid te verbeteren en daarmee gezondheidswinst te realiseren. De interventie voldoet dan ook, aldus het rapport, aan de stand van de wetenschap en praktijk. (In het vervolg van dit rapport spreken we in dit verband over de effectiviteit van de GLI).

geneeskundige zorg

Daarnaast hebben we vastgesteld dat de verschillende componenten van de interventie tot de geneeskundige zorg behoren. Advisering over en begeleiding bij voeding/eetgewoonten, beweging en gedragsverandering behoren tot de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, fysio-/oefentherapeuten en diëtisten die plegen te bieden (artikelen 2.4 en 2.6 Bzv).

begeleiding bij bewegen

‘Begeleiding bij bewegen’ in de zin van ‘in levende lijve’ instrueren en motiveren valt onder de noemer ‘zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden’ in de Zvw. ⁶Aan deze prestatie is een additionele wettelijke voorwaarde verbonden, namelijk vermelding van de aandoening op de zogenaamde Chronische lijst (art. 2.6 lid 2 Bzv). Overgewicht en obesitas komen niet voor op deze lijst en daarom behoort de gecombineerde leefstijlinterventie uiteindelijk niet volledig tot de te verzekeren prestaties.⁷

⁶ De noemer ‘zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden’ betekent overigens niet dat alleen een fysio-/oefentherapeut de zorg kan leveren. De Zvw omschrijft, kortweg, het ‘deskundigheidsgebied’. Iedere zorgaanbieder die bevoegd en bekwaam is mag de betreffende zorg leveren.

⁷ Artikel 2.6 lid 2 Bzv : voor aandoeningen die wél vermeld staan op de *Chronische lijst* geldt dat de eerste negen behandelingen niet onder de basisverzekering vallen (voor verzekerden ouder dan achttien jaar).

**Fysiotherapie voor
verzekerden > 18
jaar**

Verzekerden jonger dan achttien jaar kunnen ook behandeld worden voor andere aandoeningen dan die vermeld op de 'Chronische lijst' (art. 2.6 lid 3 Bzv). Voor deze groep maakt de gecombineerde leefstijlinterventie op zich wel deel uit van de basisverzekering. Voor jongeren geldt wel dat het zelden op lange termijn effectief is om louter het kind te behandelen. Effectiever zijn systeeminterventies waarbij de eet- en leefgewoonten van het hele gezin worden betrokken.

hoog-risicogroepen

De gecombineerde leefstijlinterventie is erop gericht om aandoeningen te voorkomen die kunnen samenhangen met overgewicht en obesitas. Voor de inzet van een preventieve interventie (in de zin van geïndiceerde preventie) onder de Zvw is het nodig om de hoog-risicogroepen te omschrijven die voor de interventie geïndiceerd zijn.⁸

2.b. De hoog-risicogroepen

**hoog risico in de
CBO-richtlijn**

Het CVZ onderscheidde in zijn rapport van 2009 de volgende hoog-risicogroepen die in aanmerking zouden moeten komen voor de gecombineerde leefstijlinterventie:

- personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen);
- personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);
- vanaf een BMI = 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

**hoog risico in de
concept-Zorgstan-
daard Obesitas**

Deze risico-indeling ontleende het CVZ aan de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*.⁹ In de tussentijd heeft een verdere verfijning plaatsgevonden van de koppeling tussen risicogroepen en de gecombineerde leefstijlinterventie. Deze is uitgewerkt in de concept-Zorgstandaard *Obesitas*, in juni 2010 vertrouwelijk verspreid onder de titel *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas*.¹⁰ Deze wordt voorbereid door het Partnerschap Overgewicht Nederland in overleg met inhoudelijk betrokken partijen.

⁸ Voor verzekerden met obesitas en/of overgewicht met comorbiditeit valt de interventie onder de noemer zorggerelateerde preventie. Zodra er sprake is van een hoog risico dat relevant is voor de Zvw, met andere woorden er is sprake van geïndiceerde preventie, is het onderscheid preventie en curatie voor de Zvw niet meer van belang.

⁹ Richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. 2008

¹⁰ De definitieve *Zorgstandaard Obesitas* eind november 2010 verwacht. Het *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas* is vertrouwelijk verspreid aan inhoudelijk betrokkenen. De informatie uit het voorstel hebben wij in ons rapport verwerkt in overleg met het PON. In het vervolg van het rapport zullen wij spreken over de concept-zorgstandaard, als wij verwijzen naar het voorstel.

De concept-Zorgstandaard *Obesitas* gaat uit van de volgende tabel gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

BMI kg/m ²	RISICOFACTOREN en COMORBIDITEIT		
	<i>risico op (sterfte aan) HVZ of diabetes</i>		COMOR- BIDITEIT**
	geen verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ en DM	verhoogd risico op (sterfte aan) HVZ of DM door risicofac- toren*	
≥25BMI<30	licht verhoogd	sterk verhoogd	sterk verhoogd
≥30BMI<35	sterk verhoogd	sterk verhoogd	sterk verhoogd
≥35BMI<40	sterk verhoogd	sterk verhoogd	extreem verhoogd
BMI≥40	extreem verhoogd	extreem verhoogd	extreem verhoogd

tabel 1 : gewichtsgelateerd gezondheidsrisico

* Er is sprake van een verhoogd 10-jaarsrisico op sterfte aan HVZ zodra deze > 5% is of bij de aanwezigheid van een gestoord nuchter glucose.

** Aanwezigheid van DM type 2, HVZ, slaapapneu en/of artrose.¹¹

Basis voor deze indeling is het 'gewichtsgelateerd gezondheidsrisico' (GGR) op (sterfte aan) hart-vaatziekten of diabetes. Deze relatieve risico-indeling ontleent de zorgstandaard aan de rubricering van obesitas zoals WHO en NICE deze hebben gedefinieerd. Het GGR drukt de mate van ernst uit van obesitas en de kans op hieraan gerelateerde gezondheidsschade. Het GGR onderscheidt drie niveaus : licht verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd. Bij een *licht verhoogd risico* komt de persoon in aanmerking voor *algemene leefstijladviezen*. Bij een *sterk verhoogd risico* is de verzekerde geïndiceerd voor de GLI. Een intensieve vorm van de GLI, de 'GLI+' is geïndiceerd bij *extreem verhoogde risico's* : een BMI die gelijk is aan of hoger dan 35 kg/m², met comorbiditeit of

¹¹ De concept-zorgstandaard geeft aan onder 'comorbiditeit' een tweetal soort aandoeningen te verstaan :

- ziekten die vooral de kwaliteit van leven beïnvloeden zoals artrose en slaapapneu;
- ziekten die vooral de levensverwachting beïnvloeden zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

Het CVZ heeft de GLI niet beoordeeld bij de aandoeningen artrose en slaapapneu. Dit betekent dat een BMI tussen 25 en 30 die 'louter' gepaard gaat met slaapapneu en/of artrose geen voldoende indicatie is voor de GLI onder de basisverzekering.

een BMI gelijk aan of hoger dan 40, ook zonder comorbiditeit.

Deze indeling betekent niet dat de 'hoog-risicogroepen' uitgebreid worden ten opzichte van de CBO-richtlijn (en daarmee het rapport van het CVZ van 2009). De onderverdeling van de totale hoog-risicogroep is alleen verfijnd. Daarnaast is via de introductie van een categorie 'algemene leefstijladviezen' de koppeling tussen risico en interventie gewijzigd voor een deel van de totale doelgroep.

2.c. Algemene leefstijladviezen of GLI

algemene leefstijladviezen bij licht verhoogd risico

Belangrijk verschil tussen bovenstaande risico-indeling en de indeling uit de CBO-richtlijn vormt de categorie BMI tussen 25 en 30 kg/m². In de huidige benadering kan deze categorie hetzij een zelfstandig leefstijlprogramma krijgen met algemene adviezen voor gezonde leefstijl, hetzij een gecombineerde leefstijlinterventie. Het onderscheid wordt bepaald aan de hand van de aanwezigheid van specifieke additionele risicofactoren. In het rapport van 2009 kwalificeerde het CVZ de hele groep met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een additionele risicofactor (hetzij een grote buikomvang, hetzij een risicofactor voor HVZ, DM 2, hetzij manifeste DM 2) als hoog-risicogroep. Op basis daarvan zou de hele groep in aanmerking zou komen voor een gecombineerde leefstijlinterventie. Binnen deze categorie maakt de concept-zorgstandaard nu een onderverdeling in licht verhoogd en sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. De groep met een licht verhoogd risico komt in aanmerking voor het zelfstandig leefstijlprogramma, de groep met een sterk verhoogd risico is geïndiceerd voor een GLI.

zelfstandig leef- stijlprogramma en GLI

Wat is het onderscheid tussen beide interventies? De concept-zorgstandaard omschrijft het als volgt. Het zelfstandig leefstijlprogramma gaat uit van algemene leefstijladviezen. De nadruk ligt op het zelfstandig uitvoeren van de adviezen. Nadat de zorgverlener de persoon bewust heeft gemaakt van het risico dat hij loopt, ligt het initiatief voor het aanpassen van de leefstijl bij de persoon zelf. Kern van het aanbod voor deze groep zijn algemene adviezen voor een gezonde leefstijl. De zorgverlener kan de persoon op weg helpen door middel van het rechtstreeks geven van adviezen en aanvullend verwijzen naar adequate informatie en zelfstandig uit te voeren programma's.

individueel zorgplan

Een gecombineerde leefstijlinterventie omvat een interventie die op het individu is toegesneden. De centrale zorgverlener stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op en bekijkt in welke intensiteit de verschillende onderdelen van de

**terugval-
preventie**

GLI ingezet moeten worden.¹² De concept-zorgstandaard gaat er verder vanuit dat na één jaar intensieve behandeling één jaar onderhoud volgt, gericht op terugvalpreventie (driemaandelijke controles). Na de behandelfase van twee jaar volgt voor onbepaalde tijd een begeleidingsfase (op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt). Een jaarlijkse controle is in deze fase geïndiceerd.

**2.d. De intensieve gecombineerde leefstijl-
interventie**

**extreem verhoogd
risico**

Aan het andere eind van het risicospectrum onderscheidt de concept-zorgstandaard een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie. Deze intensieve variant is bestemd voor patiënten met een BMI gelijk aan of boven 35 kg/m² in combinatie met comorbiditeit(en) (diabetes, HVZ, slaapapneu en/of artrose) én alle patiënten met een BMI gelijk aan of boven 40 kg/m².

Bij een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie is er nog steeds sprake van een combinatie van advisering over/begeleiding bij voeding(sgewoontes) en bewegen gericht op het adopteren en vasthouden van een gezonde leefstijl. Uitgangspunt is ook een individueel zorgplan dat door een centrale zorgverlener wordt opgesteld. In deze intensieve variant zal daarbij meestal sprake zijn van samenwerking met of doorverwijzing naar meer specialistische zorg. De zorgstandaard gaat ervan uit dat ondersteuning van de gedragsverandering via cognitieve gedragstherapie een vast onderdeel van de behandeling is.¹³

hogere intensiteit

De intensieve GLI heeft een hogere intensiteit dan de 'standaard'-GLI en ook andere accenten. Het aantal contactmomenten plus vervolgafspraken ligt hoger, de tijdsduur per contactmoment is ruimer en er is meer ruimte voor individuele consulten.

De fasering van de intensieve GLI is gelijk aan die van de GLI. Ook bij een intensieve GLI wordt het eerste jaar van intensieve behandeling gevolgd door één jaar onderhoud gericht op terugvalpreventie en een begeleidingsfase voor onbepaalde tijd (vast te stellen op basis van professioneel inzicht en behoefte van de patiënt).

¹² Dit betekent overigens niet dat de zorg ook individueel wordt geleverd. Groepsgewijze uitvoering van de GLI blijkt de effectiviteit te bevorderen.

¹³ In het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* heeft het CVZ toegelicht dat de inzet van een GGZ-interventie (gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) een diagnose op as I en/of II van DSM IV vereist. Overgewicht en obesitas zijn geen DSM IV-diagnoses. Er moet sprake zijn van additionele problematiek die wel aan deze kwalificatie voldoet, bijvoorbeeld depressie (zie : genoemd rapport, pp. 29 e.v.)

2.e. De GLI als onderwerp van dit rapport

GLI in de eerste lijn Dit rapport richt zich op de gecombineerde leefstijlinterventie die in de eerste lijn kan plaatsvinden. Dit wil zeggen dat de intensieve gecombineerde leefstijlinterventie buiten beschouwing wordt gelaten. De intensieve variant is ook niet meegenomen in het kostenonderzoek van het iMTA.

3. De gecombineerde leefstijlinterventie in de regelgeving

3.a. Huidige mogelijkheden voor een GLI onder de Zvw

geen nieuwe interventie

In de *Inleiding* hebben we de conclusies uit 2009 rond de GLI als te verzekeren prestatie samengevat. Duidelijk is dat de gecombineerde leefstijlinterventie geen volledig nieuwe interventie vormt. Zij combineert onderdelen van de reguliere zorg en biedt die als samenhangend geheel, multidisciplinair aan. Juist deze samenhang bepaalt de effectiviteit van de GLI en maakt dat deze interventie een meerwaarde heeft ten opzichte van de inzet van de onderdelen afzonderlijk. Aangezien de GLI onderdelen in zich verenigt uit de reguliere zorg, is het niet verwonderlijk dat deze onderdelen ook voldoen aan het wettelijk criterium 'zorg zoals -beroeps-beoefenaren- die plegen te bieden'. Voor de meeste interventies binnen de geneeskundige zorg is het voldoen aan deze beide criteria voldoende, om vervolgens te vallen onder de basisverzekering. Bij de fysio-/oefentherapeutische prestatie geldt echter nog een additoele wettelijke voorwaarde : de toepasselijkheid van de *Chronische* lijst. Deze lijst somt op bij welke aandoeningen de prestatie fysio-/oefentherapie onder de basisverzekering valt (voor verzekerden > 18 jaar). Verzekerden onder de achttien jaar kunnen ook behandeld worden voor aandoeningen die *niet* op de *Chronische lijst* vermeld staan.

begeleiden bij bewegen

Dit betekent dat de GLI nu al in volle omvang aangeboden kan worden aan verzekerden onder de achttien jaar, dus inclusief 'begeleid bewegen'. Aan verzekerden die ouder zijn dan achttien jaar kunnen varianten van de GLI aangeboden worden die geen 'begeleiding bij bewegen' omvatten. De verzekerde wordt dan bijvoorbeeld in individuele consulten of groepsbijeenkomsten geadviseerd, geïnstrueerd en gemotiveerd, maar voert het beweegonderdeel zonder begeleiding, op eigen houtje uit. Zwaardere varianten van de GLI die ook het 'begeleid bewegen'¹⁴ omvatten, kunnen nu ook aangeboden worden, maar vallen dan niet in hun geheel onder de Zvw. Het 'begeleid bewegen' valt daarbuiten (kan dan bijvoorbeeld via een aanvullende verzekering vergoed worden), terwijl de overige componenten ten laste van de basisverzekering komen.

aanvullende verzekering

Het CVZ is van mening dat deze situatie onwenselijk is : een interventie opgebouwd uit meerdere componenten, die haar effectiviteit juist ontleend aan deze combinatie, valt voor de ene groep verzekerden wel in volle omvang onder de

¹⁴ 'Begeleid bewegen' omvat in dit verband 'het in levende lijve instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen (zie : *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie*, pag. 25).

basisverzekering en voor een andere groep niet. De consequentie is ook dat de groepen met, over het algemeen, een hoog risico en een grote zorgbehoefte de interventie niet in haar volle omvang binnen de basisverzekering kunnen ontvangen. Er zijn twee mogelijkheden om deze situatie op te lossen :

- de *Chronische lijst* uitbreiden met de aandoeningen overgewicht en obesitas;
- de gecombineerde leefstijlinterventie als te verzekeren prestatie opnemen in het Bzv.

3.b. Uitbreiding Chronische lijst met overgewicht en obesitas ?

Chronische lijst	Zouden de aandoeningen overgewicht en obesitas een plaats kunnen krijgen op de <i>Chronische lijst</i> ? De lijst is ooit opgezet in een periode toen er sprake van was fysiotherapie uit te sluiten van de ziekenfondsverzekering (1995). Aanleiding was een gestage toename van de kosten die hand in hand ging met twijfel over de effectiviteit van fysiotherapeutische behandelingen in veel gevallen. Een lijst met chronische aandoeningen is toen opgesteld. Bij de vermelde aandoeningen ging het om langdurige fysiotherapie; de effectiviteit van de interventie werd bij deze aandoeningen verondersteld. Aangezien de effectiviteit van de GLI bij overgewicht en obesitas is vastgesteld, zouden er in die zin geen belemmeringen hoeven te zijn voor een vermelding op de lijst.
'onder reconstructie'	De <i>Chronische lijst</i> is op het ogenblik echter 'onder reconstructie'. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoeren namelijk veel problemen met de lijst (de inhoud; de procedure; de financiering; de uitvoerbaarheid; de toetsbaarheid en de context). De kritiek op de samenstelling van de lijst betrof voornamelijk het langzamerhand enigszins willekeurige karakter hiervan. Het CVZ heeft nu een ontwikkelplan uitgestippeld voor een systematische doorlichting van de <i>Chronische lijst</i> wat de effectiviteit van de fysio-/oefentherapie betreft bij aandoeningen op de lijst en bij potentiële vermeldingen. In het verlengde van de uitkomsten zal het CVZ bezien of er überhaupt sprake moet zijn van een dergelijke lijst.
geen geschikt instrument	Het CVZ meent dat verschillende argumenten tegen vermelding van de GLI op deze lijst pleiten: 1. Vooralsnog geldt dat de eerste negen behandelingen fysio- en oefentherapie uitgesloten zijn van vergoeding voor verzekerden boven de achttien jaar (artikel 2.6 lid 2 Bzv). ¹⁵ Bij

¹⁵ We gaan nog uit van de wettelijke regeling zoals die in 2010 geldt. Het ministerie van VWS heeft voornemens geuit, om het aantal uitgesloten behandelingen te verhogen tot twaalf.

de GLI zou deze uitsluiting een ongewenste drempel kunnen vormen om de interventie te volgen. Daarnaast, zou het niet vergoeden van de eerste negen behandelingen paradoxaal zijn bij een preventieve interventie die een gelimiteerde inzet van fysio-/oefentherapeuten (of andere bevoegde, bekwame zorgaanbieder) omvat.¹⁶ Binnen de huidige systematiek van de *Chronische lijst* zou het lastig zijn om in het specifieke geval van overgewicht en obesitas hiervan af te wijken.

2.

Het CVZ meent dat vermelding van overgewicht en obesitas op de *Chronische lijst* afbreuk zou doen aan het samenhangende karakter van de GLI. Het is juist niet de bedoeling dat een overgewichtige of obese verzekerde als preventieve interventie louter 'begeleiding bij bewegen' krijgt aangeboden, wat de consequentie zou kunnen zijn van vermelding op de *Chronische lijst*.

3.

Daarnaast telt, dat er nu onduidelijkheid is over voortzetting en opzet van de *Chronische Lijst*. Dit kan een risico vormen voor de toekomstbestendigheid van de gecombineerde leefstijlinterventie onder de basisverzekering.

GLI structurele plek in Bzv

3.c. GLI als aparte prestatie in de regelgeving?

Het CVZ geeft de voorkeur aan een structurele plek binnen het Bzv voor de GLI die recht doet aan het samenhangende karakter van de interventie. Dit zou kunnen via de vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als 'totaalinterventie' in de regelgeving, vergelijkbaar met de dyslexiezorg en het stoppen-met-roken-programma.¹⁷ Deze vermelding is mogelijk omdat de gecombineerde leefstijlinterventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en tot de geneeskundige zorg behoort. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt dan vermeld als samenhangende prestatie, die als eenheid contracteerbaar en te beprijzen valt.

1.

Deze optie heeft meerdere voordelen. Het geeft de regelgever de mogelijkheid om, indien gewenst, beperkingen die gelden voor de afzonderlijke prestaties, buiten beschouwing te laten voor de totale interventie, zoals de genoemde uitsluiting die geldt voor de eerste negen behandelingen bij de prestatie fysio- en oefentherapie.

¹⁶ In de meest intensieve variant van De Beweegkuur, het begeleid-bewegenprogramma, wordt er, naast de leefstijladvies-consulten, 12 weken lang in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut aan beweging gedaan.

¹⁷ Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 (...) Het stoppen-met-roken-programma is overigens nog niet in werking getreden.

2.

Genoemde wettelijke vormgeving kan ook voordelen hebben die liggen op het vlak van het 'gepast gebruik'. De regelgever kan, bijvoorbeeld in het Besluit of in de Toelichting bij het Besluit, verwijzingen opnemen naar relevante zorgstandaarden en protocollen, zoals de *Zorgstandaard Obesitas*, wanneer deze definitief is, en relevante NHG-standaarden (Cardiovasculair Risicomanagement, Diabetes Mellitus, PreventieConsult, module cardiometabool). De koppeling met zorgstandaarden en protocollen moet de praktijk een handvat geven voor de organisatie en inrichting van de gecombineerde leefstijlinterventie (zoals het bepalen van de duur en intensiteit van de interventie bij specifieke indicaties; de organisatiestructuur; vereiste competenties van de zorgaanbieders bij de verschillende modules).

3.

Daarnaast geldt dat bij aparte vermelding van de interventie als te verzekeren prestatie, zorgverzekeraars de plicht hebben om de interventie als samenhangend geheel te aan te bieden in de polis. Uit oogpunt van 'goede zorg' is dit wenselijk.

4.

Het is ook onwenselijk dat de GLI los van de reguliere eerstelijnszorg aangeboden gaat worden. Contact met de primaire behandelaar (veelal de huisarts) om voortgang te monitoren en overzicht te houden over de gezondheidseffecten is noodzakelijk. Deze connectie is simpeler te construeren, als de GLI als één entiteit wordt aangeboden.

3.d. Aandachtspunten voor GLI in de regelgeving

wetstechnische aandachtspunten

Welke aandachtspunten zijn er uit wetstechnisch oogpunt bij de vermelding van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte prestatie?

Omschrijving

De GLI zou als volgt omschreven kunnen worden :

De gecombineerde leefstijlinterventie omvat een combinatie van advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, beweging en gedragsverandering, gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag.

onderdeel 'totale zorgpad'

'Plegen te bieden'-criterium

Het 'plegen te bieden'-criterium is bij deze omschrijving niet meer van toepassing. Aan het 'plegen te bieden'-criterium hangen we, bij de gecombineerde leefstijlinterventie, voorwaarden op voor de plaats van de interventie binnen de eerste lijn (bijv. 'moet deel uitmaken van het totale zorgpad' en 'regie door primaire behandelaar'). De basis daarvoor gaat

ontbreken als de GLI als aparte te verzekeren prestatie in de regelgeving wordt opgenomen. Dit betekent dat de plek van de GLI binnen het totale zorgpad' vermeld moet worden in de bepaling of in de Toelichting.

Toepasselijkheid protocollen en/of standaarden

Voor de afbakening en vormgeving van de interventie (de koppeling tussen risicogroep en duur en intensiteit van de interventie) is de uitwerking hiervan in protocollen en/of standaarden een belangrijke voorwaarde. De *Zorgstandaard Obesitas*, die nu in concept gereed is, en de relevante NHG-standaarden vormen hiervoor een belangrijk instrument. (De Toelichting bij) het Bzv kan hiernaar verwijzen.

beperking in duur 'Duur' van de interventie

Mochten er beperkingen in het gebruik van de prestatie wenselijk zijn, bijvoorbeeld een beperking tot eenmaal 'in het leven', eenmaal per kalenderjaar, gedurende maximaal 12 maanden enz., dan moet dat apart vermeld worden in het betreffende artikel.¹⁸

(In het volgende hoofdstuk gaan we onder andere in op de duur van de GLI, het belang van 'terugkom'-interventies/begeleiding. Daar gaan we ook verder in op het eventueel limiteren van de GLI binnen de basisverzekering tot eenmaal 'in het leven'.¹⁹)

eigen bijdrage ? Eigen bijdragen en eigen risico

Er zijn geluiden bij zorgverzekeraars om een eigen bijdrage te verbinden aan de inzet van de interventie of 'prestatiecontracten' in te voeren. Een dergelijk instrument zou de motivatie tot volhouden kunnen verhogen, menen zij. In zijn rapport van 2009 wees het CVZ er al op dat instrumenten als een eigen bijdrage en prestatiecontracten alleen ingezet kunnen worden, als hiervoor een basis in de wet te vinden is. Een dergelijke basis zou gelegd kunnen worden in de wettelijke bepalingen rond de GLI.²⁰

De meningen over de wenselijkheid van een eigen bijdrage lopen onder betrokkenen overigens uiteen (in een reactie op het rapport uit 2009 liet de *Nederlandse Obesitas Vereniging* (NOV) weten geen principiële bezwaren hiertegen te hebben, in tegenstelling echter tot de *Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie* (NPCF)). Het effect van een eigen

¹⁸ *vergelijk* : artikel 2.5b lid 2 : De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat slechts het volgen van het programma één keer per kalenderjaar.

¹⁹ Ook het iMTA is in zijn rekenmodel ervan uitgegaan dat de GLI eenmaal 'genoten' wordt. In hoofdstuk 5.c gaan we in op de wenselijkheid van een 'eenmalige GLI'.

²⁰ *vergelijk* : artikel 2.12 lid 2 Bzv, eigen bijdrage kraamzorg.

bijdrage kan immers tweeledig zijn : sommige groepen zet het aan om de interventie vol te houden, andere groepen ervaren het als een drempel om deel te nemen.

Het CVZ meent dat een eigen bijdrage bij deze zorg niet wenselijk is. In de eerste plaats speelt hierbij de zorginhoudelijke overweging dat je (een deel van de) risicogroepen niet wilt ontmoedigen, om aan deze interventie deel te nemen, wat het gevolg kan zijn van een eigen bijdrage. Beloningen werken nu eenmaal over het algemeen beter bij het bewerkstelligen van gedragsverandering. Deze mening is echter niet gebaseerd op specifiek onderzoek naar de werking van eigen bijdrages bij leefstijlinterventies. In de tweede plaats, en misschien meer op het terrein van het CVZ, de GLI is opgebouwd uit componenten uit de reguliere, te verzekeren zorg. Voor deze componenten wordt geen eigen bijdrage geheven. Het zou merkwaardig zijn een eigen bijdrage te introduceren, zodra deze componenten in samenhang worden aangeboden, terwijl juist de samenhang de effectiviteit bevordert.

Een ander instrument is het kwijtschelden van het verplichte eigen risico. Vanaf 2009 is het voor een zorgverzekeraar mogelijk om –kort gesteld- een verzekerde het eigen risico kwijt te schelden voor zorg in verband met een aandoening, als deze een programma volgt, dat door de zorgverzekeraar is aangewezen in verband met diezelfde aandoening.²¹ Deze optie gaat niet uit van een eigen bijdrage, maar van een beloning. Een dergelijke beloning kan aantrekkelijker zijn om doelgroepen te bewegen tot het volgen van een GLI dan een eigen bijdrage. In de praktijk kan deze beloning echter ook weer een lege huls blijken te zijn, omdat het eigen risico bij geïndiceerden met een hoge zorgconsumptie al betaald zal zijn in verband met andere zorg. Er zijn overigens zorgverzekeraars die deze groepen uit eigen middelen, dus niet ten laste van de Zorgverzekeringswet, een tegemoetkoming in de kosten doen.

Verwijzingen

Verwijzingen door een huisarts naar de GLI is wenselijk. Het CVZ gaf dat al aan in het rapport van 2009. Ook de Beweegkuur gaat ervan uit dat de toegang tot de interventie wordt bepaald door de huisarts. De voorwaarde van een

²¹ De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:

a. (...)

b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd;

c. (...)

verwijzing geldt wettelijk alleen voor de medisch-specialistische zorg (zie : artikel 14 lid 2 Zvw). Voor de overige zorg is het aan zorgverzekeraars om te bepalen of een verwijzing (door een huisarts) vereist is.

***'kapstok'-artikel
en Regeling
zorgverzekering***

3.e. 'Kapstok'-artikel

We willen in deze paragraaf nog ingaan op de regeltechnische consequenties van het vermelden van de GLI als afzonderlijke te verzekeren prestatie in het Bzv. De wenselijkheid hiervan staat volgens het CVZ buiten kijf. In de vorige paragraaf is het CVZ ingegaan op de inhoudelijk uitwerking hiervan. In deze paragraaf willen we de mogelijkheid van een 'kapstok'-artikel uitwerken, waaronder ook andere (toekomstige) programmatische aanspraken een plek zouden kunnen krijgen.

1.

Nadeel van een vermelding in artikel 2.4 Bzv kan zijn, dat aan dit artikel een onoverzichtelijke opsomming van allerhande programma's wordt toegevoegd (nu al : dyslexiezorg en stoppen-met-rokenprogramma). Dit komt de overzichtelijkheid van het artikel niet ten goede.

2.

Deze vermelding kan nieuwe interventies omvatten die niet onder bestaande noemers in het Bzv geschaard kunnen worden (zoals dyslexiezorg). Het kunnen ook combinaties van prestaties zijn, waarvan de componenten individueel al in het Bzv geregeld zijn (zoals de gecombineerde leefstijlinterventie en het stoppen-met-roken-programma). De vraag is of dit laatste regeltechnisch gewenst is.

3.

Tenslotte zijn er nog procedurele overwegingen. Het Bzv is een AMvB. Een AMvB dient via een wetgevingstraject gewijzigd te worden. Zodra er sprake is van een programmatische prestatie die uiteindelijk, formeel, niet meer is, dan de optelsom van prestaties die al in het pakket zitten, is dit wellicht een te zwaar instrument.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen, kan de regelgever besluiten programmatische interventies te vermelden in de Regeling zorgverzekering, als uitwerking van de geneeskundige zorg uit artikel 2.4 Bzv. De Regeling zorgverzekering is een ministeriële regeling die door de Minister zelf gewijzigd kan worden.²² Als dit een wenselijke weg is, zou het Bzv daarvoor wel de wettelijke basis moeten leveren, bijvoorbeeld in de vorm van een 'kapstok'-artikel voor programmatische aanspraken. De mogelijkheid voor een

²² De Regeling zorgverzekering geeft een uitwerking van verschillende prestaties (bijvoorbeeld hulpmiddelen en farmacie), specificeert eigen bijdragen en benoemt ook uitsluitingen op het gebied van de medisch-specialistische zorg.

dergelijk 'kapstok'-artikel is op haar beurt gelegd in artikel 11 lid 4 Zvw.²³

3.f. Conclusie

Samengevat, het CVZ adviseert de GLI als aparte te verzekeren prestatie op te nemen. Dit kan gebeuren via vermelding van de GLI in artikel 2.4 Bzv. Regeltechnisch zou het wenselijk zijn om, nu of in de toekomst, een 'kapstok'-artikel voor programmatische interventies te introduceren. Hieronder kan de GLI én bijvoorbeeld ook een stoppen-met-roken-programma een plaats krijgen.

²³ artikel 11 lid 4 Zvw : In de algemene maatregel van bestuur (dat is : *het Bzv*) kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10 onderdeel *a*, *c* en *d*, nader wordt geregeld;

4. Kosten en opbrengsten van de gecombineerde leefstijl-interventie

**kosten en
opbrengsten :
korte en middel-
lange termijn**

4.a. De inhoud van het onderzoek

Het CVZ heeft het iMTA, Rotterdam een onderzoek laten uitvoeren naar de kostenconsequenties van een gestructureerd aanbod van de gecombineerde leefstijlinterventie binnen de basisverzekering : *Budgetimpactraming, gecombineerde leefstijlinterventie*.²⁴ Het onderzoeksrapport is als bijlage 2 bij dit rapport gevoegd. In de eerste plaats omvat dit onderzoek een raming van de effecten binnen het Budgetair Kader Zorg op de korte en middellange termijn. Het Budgetair Kader Zorg is voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kaderstellend voor de bekostiging van de zorg in Nederland.

De kostenraming omvat de volgende onderdelen :

1. *initiële budgetimpact* : de kosten van het geschat gebruik van de GLI;
2. *substitutie-effect* : in hoeverre vervangt de GLI zorg die nu al genoten wordt binnen de Zvw (bijvoorbeeld : voedingsadviezen en -begeleiding vallen nu al onder de 'dieetadvisering' binnen de Zvw). De hieraan verbonden kosten komen in mindering op de initiële kosten;
3. *gezondheidseffecten* : welke afname van zorg kan optreden door de inzet van de GLI (bijvoorbeeld : afname van geneesmiddelengebruik en artsbezoek).

Naast deze ramingen binnen de zorg, heeft het iMTA een schatting gemaakt van de besparingen buiten de zorg door het volgen van de GLI, bijvoorbeeld door een afname van het ziekteverzuim. Kosten en opbrengsten zijn geraamd over een periode van 10 jaar.

De studie heeft betrekking op een volwassen populatie (> 18 jaar) en heeft als basisjaar 2010. De doelgroep van de GLI wordt gevormd door de hoogrisicogroepen die het CVZ heeft benoemd in zijn rapport van 2009²⁵ :

- personen met een BMI tussen 25 kg/m² en 30 kg/m² in combinatie met een grote buikomvang (≥ 88 cm voor vrouwen; ≥ 102 cm voor mannen);
- personen met een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een

²⁴ *Budgetimpactraming, gecombineerde leefstijlinterventie*; iMTA, Rotterdam, 2009

²⁵ In hoofdstuk 2 gaven we aan dat de concept-*Zorgstandaard Obesitas* een wijziging heeft aangebracht in de koppeling tussen risico en interventie via de introductie van een categorie algemene leefstijladviezen. Dit betreft de groep met een licht verhoogd risico op gewichtsgelateerde aandoeningen. Ten tijde van het onderzoek was hiervan nog geen sprake. Het iMTA is dan ook uitgegaan van de toentertijd bestaande risico-indeling. Overigens lijkt het voor de hand te liggen dat deze gewijzigde indeling vooral een positief effect op de kosten zal hebben. Het betreft namelijk een kostenverlaging voor een grote groep verzekerden (algemene adviezen in plaats van een individuele GLI). De zorgstandaard vindt dit een verantwoorde keuze voor deze groep, we mogen ervan uitgaan dat de effectiviteit dus minimaal gelijk zal blijven. Overigens, deze groep heeft een licht verhoogd risico en dus nog weinig zorgkosten gerelateerd aan het overgewicht. Hun invloed op de 'opbrengsten'kant is dus sowieso gering.

normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);

- vanaf een BMI = 30 kg/m² (ook met 'normale' buikomvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

4.b. Kosten, substitutie en gezondheidswinst vanuit BKZ-perspectief²⁶

de parameters van het model

In de volgende tabel staan de, modelmatig berekende, kosten en opbrengsten in jaar 1 tot en met 5 en de situatie in jaar 10. In paragraaf 4.4 geven we aan welke parameters het model omvat. Een groot deel van deze parameters zijn gebaseerd op veronderstellingen (bijvoorbeeld aantal deelnemers per jaar, effecten, prijzen).

saldo kosten en opbrengsten in jaar 1

De kosten in jaar 1 raamt het iMTA op ca. 85 miljoen euro. Het raamt vervolgens substitutie- en gezondheidseffecten op ca. 34 miljoen. Het saldo van kosten en opbrengsten bedraagt in jaar 1 daarmee ca. 51 miljoen euro. Een gestructureerd aanbod van de GLI leidt in de raming in jaar 1 tot en met 4 tot kosten (per saldo). Deze nemen langzaam af tot 9 miljoen euro in jaar 4 en vanaf jaar 5 is er sprake van een batig saldo, dat oploopt tot 50 miljoen euro in jaar 10. Kosten en opbrengsten over deze tien jaar leveren tezamen een batig saldo op van ca. 77 miljoen in jaar 10. (De kosten en opbrengsten zijn berekend op basis van tarieven).

over een periode van 10 jaar

Over een periode van 10 jaar worden de kostenbesparingen voor 96% gegenereerd door de bereikte gezondheidseffecten. De overige 4% zijn te herleiden tot substitutie van zorg door de GLI.

J A A R	KOSTEN INVOERING	BESPARING SUBSTITUTIE	BESPARING GEZONDHEIDS- EFFECT	TOTAAL KOSTEN
2011	85	-3,9	-30	51
2012	80	-4	-49	30
2013	77	-4	-57	19
2014	73	-4	-65	9
2015	70	-3	-73	-1
..	..	..	..	..
2020	56	-3	-103	-50
TOTAAL	689	-34	-732	-77

tabel 2 : kosten, substitutie en gezondheidseffecten (op basis van tarieven)

²⁶ Voor alle berekeningen is 2010 het basisjaar.

**raming vanuit
maatschappelijk
perspectief**

4.c. Kosten en opbrengsten vanuit maatschappelijk perspectief

Het iMTA heeft de berekening ook gemaakt vanuit maatschappelijk perspectief. Dit betekent dat ook de besparingen buiten de zorg berekend zijn, bijvoorbeeld door het vermijden van productieverlies. Bij een berekening vanuit het maatschappelijk perspectief worden kostprijzen in plaats van tarieven gehanteerd. Hierdoor verschillen de kosten en besparingen binnen de zorg ten opzichte van de berekening vanuit BKZ-perspectief.

In deze modelmatige berekening is er alleen in jaar 1 sprake van kosten (per saldo), namelijk 29 miljoen euro. In jaar 2 zouden de opbrengsten de kosten overtreffen en zou het batige saldo 15 miljoen euro bedragen. In jaar 10 zijn deze dan opgelopen tot 192 miljoen euro. In de BKZ-benadering bedragen de opbrengsten in jaar 10 : 50 miljoen euro. Twee factoren verklaren met name dit verschil, namelijk een verschil in de berekende gezondheidseffect-opbrengsten : 103 miljoen euro in de BKZ-benadering (tarieven) en 151 miljoen euro in het maatschappelijk perspectief (kostprijzen). Daarnaast leveren de vermeden productieverliezen in jaar 10 uiteindelijk 88 miljoen euro op.

J A A R	KOSTEN INVOERING	BESPARING SUBSTITUTIE	BESPARING GEZONDHEIDS- EFFECT	VERMEDEN PRODUCTIE- VERLIES	TOTALE KOSTEN
2011	85	-11	-44	0	29
2010	80	-11	-72	-13	-15
2011	77	-10	-85	-23	-40
2012	74	-10	-96	-30	-62
2013	70	-10	-107	-38	-84
"	"	"	"	"	"
2020	57	-9	-151	-88	-192
TOTAAL	695	-97	-1.078	-436	-916

tabel 3 : kosten en opbrengsten vanuit het maatschappelijk perspectief

**kerngetallen van
het model**

4.d. Het rekenmodel

De ramingen zijn opgesteld aan de hand van een rekenmodel. Voor de budgetimpactanalyse zijn zeven groepen kerngetallen gedefinieerd en berekend die de ruggegraat vormen van de gehele kostenraming.²⁷ Het gaat om de volgende kerngetallen :

- *algemeen*
(bijvoorbeeld : jaarlijks inflatiepercentage; jaarlijkse groei zorggebruik);
- *doelgroepgrootte*
(bijvoorbeeld : omvang volwassen bevolking; % obesitas; %

²⁷ zie noot 24 : pagina 15 e.v.

- overgewicht);
- **aantallen gebruikers**
(bijvoorbeeld : prevalentie huisartsbezoek; verwijs% HA obesitas; verwijs% HA overgewicht; effect GLI, bekliven effect);
- **kosten invoering GLI**
(bijvoorbeeld : aantallen gebruikers per jaar; kosten van de GLI-programma's);
- **substitutie-effecten**
(bijvoorbeeld : substitutie vindt alleen plaats in jaar van deelname; afname zorg 'diëtisten');
- **effect zorgkosten door gewichtsverlies**
(bijvoorbeeld : %verschuiving van obesitas naar overgewicht+);
- **vermeden productiviteitsverlies**
(bijvoorbeeld : gemiddeld jaarloon; gemiddeld verzuim).

De kritische parameters binnen iedere groep kerngetallen zijn, waar mogelijk, gebaseerd op gegevens uit de wetenschappelijke literatuur en betrouwbare landelijke databases, zoals Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Waar gegevens niet beschikbaar waren, is gebruik gemaakt van veronderstellingen. Hoofdstuk 3 van het onderzoeksrapport geeft een overzicht van de kritische parameters. We willen hier een aantal met name noemen omdat deze bij uitstek de kosten en opbrengsten bepalen die verbonden zijn aan de invoering van de GLI.

4.e. Het aantal : omvang doelgroep

De Nederlandse bevolking > 18 jaar bestaat in 2011 uit, naar schatting, 13.081.722 personen.²⁸ Van deze groep heeft 11,1% obesitas (vanaf BMI = 30) en 25,2% overgewicht+ (dat wil zeggen BMI tussen 25 en 30 én een additionele risicofactor voor gerelateerde aandoeningen HVZ en DM 2. Deze risicofactoren kunnen variëren van grote buikomvang tot hoge bloeddruk, dyslipidemie enz.). Dit betekent dat er uiteindelijk, in theorie, 4.748.665 Nederlanders in aanmerking komen voor een gecombineerde leefstijlinterventie.²⁹ Niet alle overgewichtige en obese personen zullen een GLI volgen. Het iMTA heeft een aantal factoren benoemd die uiteindelijk de deelname bepalen. Uitgangspunt binnen het model is dat een GLI gevolgd wordt op verwijzing van de huisarts. Dit betekent dat een verzekerde eerst het initiatief moet nemen om zijn huisarts te bezoeken en dat de huisarts vervolgens moet besluiten naar de GLI te verwijzen. Ook een verwijzing leidt niet automatisch tot deelname. Motivatie, mogelijkheden en

**daadwerkelijk
deelnemen aan de
GLI**

²⁸ *Gecombineerde leefstijlbegeleiding : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* RIVM. 2010 : deze factsheet gaat uit van een maximale doelgroep van 11.237.000 personen. Het verschil vloeit voort uit de leeftijdsgrens van 70 jaar die het RIVM hanteert (het RIVM hanteert deze grens omdat het niet beschikte over gegevens over comorbiditeit die gepaard gaat met overgewicht/obesitas boven die leeftijdsgrens). Het CVZ redeneert vanuit de basisverzekering : hierbinnen geldt geen maximale leeftijd. Het percentage overgewichtigen+ bedraagt bij het RIVM 24,5 en obesen 10,7.

²⁹ De verfijning van de risico-indeling leidt niet tot een wijziging in de omvang van de totale doelgroep in de concept-Zorgstandaard Obesitas.

	beperkingen bepalen het uiteindelijke responspercentage. Het iMTA heeft berekend dat vanuit de ‘maximale’ doelgroep per jaar ca. 236.000 mensen zullen deelnemen aan een GLI.³⁰ Dit is 5% van de totale hoog-risicogroep (zie : hoofdstuk 2 en bijlage 1). Op basis van deze veronderstellingen zullen in 10 jaar tijd naar schatting 1,8 miljoen mensen deelnemen.
onderverdeling van de groep hoog risico	Het iMTA heeft geen onderverdeling gemaakt naar risicofactor binnen de hoog-risicogroep overgewichtigen+.³¹ Voor de totale kosten is dit ook niet per se van belang. Het RIVM heeft deze onderverdeling wel gemaakt en het becijfert de omvang van de groep met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een grote buikomvang en <i>geen</i> andere risicofactor, op 573.000.³² Binnen het totaal van de hoog-risicogroepen van het CVZ is dit ca.12%.³³
	4.f. P * Q : de prijzen en de aantallen De kosten worden bepaald door de omvang van de doelgroep en de prijs van de interventie. De gecombineerde leefstijlinterventie wordt echter nog niet gestructureerd aangeboden; de prijs van de interventie kan dus niet aan de praktijk ontleend worden. In Nederland lopen tal van experimenten die een vorm van een GLI bieden voor specifieke doelgroepen. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontwikkelt het NISB nu <i>De Beweegkuur</i>. Dit programma was aanvankelijk ‘louter’ een beweegprogramma, bestemd voor mensen met een hoog risico op DM 2. Thans is een transformatie gaande naar een gecombineerde leefstijlinterventie : het programma omvat niet alleen advies en begeleiding bij bewegen, maar ook advies en begeleiding bij voeding. Dit programma onderscheidt drie varianten die oplopen in duur en intensiteit van het advies en de begeleiding :
prijs van De Beweegkuur	
drie programma-varianten	▪ het zelfstandig-bewegenprogramma;³⁴ ▪ het opstartprogramma;

³⁰ Het iMTA heeft de ‘maximale’ doelgroep vermenigvuldigd met de volgende percentages :

- het percentage mensen dat een huisarts bezoekt : 73,3%;
- met het verwijzpercentage van de huisarts. Uitgangspunt is dat de huisarts verwijst voor de GLI. De percentages zijn 30 voor de obesitaspatiënten en 15 voor de overgewicht+patiënten;
- het responspercentage van de patiënten, het percentage patiënten dat na een verwijzing inderdaad een GLI gaat volgen : 35%.

³¹ Ten tijde van het onderzoek was deze onderverdeling niet van belang, gezien de beschrijving van de hoog-risicogroep in de CBO-richtlijn. Nu de concept- Zorgstandaard Obesitas een categorie *licht verhoogd risico* heeft geïntroduceerd die algemene leefstijladviezen krijgt in plaats van de GLI telt deze onderverdeling wel. De groep met een BMI tussen 25 en 30 met alleen een grote buikomvang krijgt in de benadering van de Zorgstandaard dus *geen* GLI.

³² *Gecombineerde leefstijlbegeleiding : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?* RIVM. 2010, bijlage 4. NB : het RIVM legt de leeftijdsgrens bij 70, in tegenstelling tot het CVZ (zie : noot 23).

³³ We brengen hier de omvang van de groep BMI 25-30 met grote buikomvang volgens het RIVM (de bevolking tussen 18-70 jaar) in verband met de doelgroep van het CVZ (de bevolking > 18 jaar). Dit vertekent de uitkomst, maar het percentage geeft nog steeds een indicatie van het aandeel in de totale doelgroep.

³⁴ De categorie algemene leefstijladviezen, die de concept-Zorgstandaard Obesitas introduceert bij een licht verhoogd risico, verschilt in ieder geval van het zelfstandig-bewegenprogramma wat het vereiste van een individueel behandelplan betreft.

- het begeleid-bewegenprogramma.³⁵

De prijzen van de Beweegkuur vormen nu de beste, beschikbare informatie voor de kostenramingen. Dit programma zal immers een gecombineerde leefstijlinterventie aanbieden die zich richt op een breed spectrum van de hoog-risicogroepen, in tegenstelling tot andere voorbeelden van de GLI die zich meer op een specifieke doelgroep richten.

De prijzen van de Beweegkuur luiden, vooralsnog, als volgt :

- het zelfstandig-bewegenprogramma : € 328
- het opstartprogramma : € 432
- het begeleid-bewegenprogramma : € 905

We willen bij deze prijzen een aantal opmerkingen maken die van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke kosten.

toedeling over de programma-varianten

Ten eerste, er zijn nog vragen over de toedeling van de patiënten over de verschillende programma's. Hoe leg je de koppeling tussen indicatie van de patiënt en de duur en intensiteit van het programma ? De *Zorgstandaard Obesitas* geeft aan uit te gaan van een individueel zorgplan voor de patiënt. De inhoud wordt bepaald aan de hand van een analyse van de gezondheidstoestand van verzekerde, diens individuele beperkingen, wensen en mogelijkheden. Ook bij een individueel zorgplan is het stepped care-principe van belang : de behandeling begint met de minst ingrijpende en minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerst gekozen behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpendere of intensievere behandelvorm. De zorgstandaard geeft ook aan dat er geen evidence voorhanden is om de exacte frequentie van de contacten binnen de behandeling te bepalen. Het is aan zorgverleners binnen de verschillende disciplines om samen met de patiënt de juiste intensiteit van de behandeling (en het onderhoud dat daarop volgt) te bepalen en persoonlijke behandeldoelen te stellen.

vier criteria voor toedeling

De *Beweegkuur* hanteert vier criteria om een patiënt toe te wijzen aan een programmavariant : inspanningsbeperking,

³⁵ Bij het zelfstandig-bewegen programma krijgt men leefstijladvies van een voor deze taak opgeleide zorgprofessional: de leefstijladviseur. Het opstart programma is een combinatie van leefstijladvies en bewegen onder supervisie. In het begeleid-bewegenprogramma wordt er, naast de leefstijladviesconsulten 12 weken lang in groepsverband onder begeleiding van een fysiotherapeut aan beweging gedaan.

³⁶ Het ZonMw-monitoringonderzoek gaat na of deze criteria de juiste zijn.

³⁷ Zie onder andere : *Gecombineerde leefstijlbegeleiding bij overgewicht : om hoeveel mensen gaat het in Nederland?*. RIVM. 2010, bijlage 6.

³⁸ In de huidige concept-versie van de zorgstandaard is dit onderdeel nog niet uitgewerkt. Deze beschrijving zal naar verwachting in 2011 haar beslag krijgen.

³⁹ Vooralsnog heeft de NZa een beleidsregel opgesteld voor de integrale bekostiging van de volgende aandoeningen: diabetes mellitus 2 en cardiovasculair risicomanagement. Zodra de zorgstandaard voor COPD definitief is vastgesteld, zal ook een beleidsregel opgesteld worden voor deze chronische aandoening.

⁴⁰ RIVM-schatting, bevolking tussen 18 en 70 jaar.

nevenpathologie, bewegingsgerelateerde klachten en startdrempel.³⁶ De praktijk moet uitwijzen of deze criteria inderdaad de juiste zijn voor de koppeling van de deelnemer aan het specifieke programma.

Het iMTA gaat in de kostenraming uit van de volgende verdeling qua deelnemers (afgerond en per jaar):³⁷

- het zelfstandig-bewegenprogramma : 200.000
- het opstartprogramma : 30.000
- het begeleid-bewegenprogramma : 5.000

functionele systematiek en de GLI

Ten tweede, uitgangspunt van de Zvw is de functionele systematiek: de wet geeft aan 'wat' er onder de basisverzekering valt, de zorgverzekeraar kan in overleg met zorgaanbieder en verzekerde bepalen 'wie' de zorg levert. In het algemeen geldt dat degene die de zorg levert 'bevoegd en bekwaam' hiertoe moet zijn. De vormgeving van de GLI kan wat de bemensing betreft verschillen, zolang de minimaal vereiste deskundigheid per onderdeel gewaarborgd is. Dit betekent in de praktijk van de GLI bijvoorbeeld, dat advisering over voeding en eetgewoonten deel zal uitmaken van de interventie, maar dat het niet per se noodzakelijk is dat deze (volledig) geleverd wordt door een diëtist(e). De interventie onderscheidt immers het adviseren en begeleiden bij gezonde voeding en eetgewoonten. Dit kan betekenen dat aan het begin van een GLI een specialistisch dieetadvies gegeven wordt door een diëtist(e) en dat de begeleiding in handen komt van een nurse practitioner of een leefstijladviseur. Algemene adviezen zouden ook door een leefstijladviseur of nurse practitioner geleverd kunnen worden.

vereiste minimale deskundigheid

Dit betekent dat idealiter de componenten van de GLI, dus het adviseren over en begeleiden bij voeding, beweging en gedragsverandering, in functionele termen beschreven worden en dat daarbij duidelijk is wat de vereiste minimale deskundigheid is om het onderdeel te leveren. Op basis van een dergelijke functionele beschrijving kan een reële prijs tot stand komen in het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de zorginkoop. De *Zorgstandaard Obesitas* zal ingaan op de benodigde kennis, vaardigheden en bevoegdheden voor de verschillende onderdelen van de GLI. De zorgstandaard zal functioneel omschrijven over welke competenties zorgverleners per onderdeel en per fase van het zorgcontinuüm moeten beschikken en welke opleiding dit veronderstelt.³⁸

GLI en integrale zorg voor chronische aandoeningen

Tenslotte, voor de prijs kan ook nog van belang zijn of de GLI geleverd wordt binnen de integrale zorg voor een chronische aandoening of los daarvan.³⁹ Voor de aandoeningen diabetes mellitus 2 en cardiovasculair risicomanagement heeft de NZa een beleidsregel integrale bekostiging opgesteld. De integrale zorg richt zich op personen die gediagnosticeerd zijn voor de

betrokken aandoening. In de termen van de hoog-risicogroepen die het CVZ heeft omschreven betekent dit dat de verzekerden met een BMI tussen 25 en 30 kg/m² en een grote buikomvang buiten de integrale zorgprogramma's zullen vallen, de overige ontvangen hun zorg binnen een dergelijk programma (ervan uitgaande dat alle DM 2- en CVR-zorg als integrale zorg geleverd wordt). In aantallen vertaald betekent dit dat 573.000 personen van de hoog-risicogroepen buiten de integrale zorg blijven⁴⁰ en 3.000.000 daarbinnen (zie : bijlage 3).

4.g. Het effect

effectiviteit van de GLI op langere termijn

In het CVZ-rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie* heeft het CVZ aangegeven interventies als effectief te beschouwen die een gewichtsreductie weten te bewerkstelligen van $\geq 5\%$ na één jaar behandeling (bij hoog risico). Een dergelijke gewichtsreductie leidt tot klinisch relevante gezondheidswinst. Deze percentages stemmen overeen met de percentages die onder andere ook de CBO-richtlijnen hanteren (zowel die voor overgewicht en obesitas, als voor cardiovasculair risicomanagement) en de NICE. In het onderzoek is het iMTA uitgegaan van een gewichtsverlies van 5%. Het gemiddeld gewichtsverlies blijkt voor ongeveer 40% over een periode van 10 jaar.

Dit percentage is ontleend aan de bevindingen in het RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met ((hoog risico op) diabetes mellitus type 2*.⁴¹ De bevindingen in het RIVM-rapport differentiëren echter naar de mate van gewichtsverlies (bij $\geq 4\%$ gewichtsverlies beklijft 20 tot 60% en bij 2-4% gewichtsverlies ruim 90% in het tweede jaar. Deze vaststelling is gebaseerd op uitkomsten in dertig interventiearmen⁴². Deze uitkomsten beperken zich tot een periode van twee jaar.)

terugvalpreventie

Daarnaast constateerde het RIVM dat continuering van de interventie in het tweede jaar lijkt te garanderen dat bij obese mensen het gewichtsverlies ten minste voor 50% behouden blijft (De Beweegkuur gaat uit van een maximale duur van 12 maanden). Het RIVM verbindt aan deze 'terugkom'-interventie een prijs van 150 euro, maar specificeert de inhoud hiervan niet nader.

behandeling en onderhoud

De concept-Zorgstandaard *Obesitas* onderscheidt een behandeljaar en een onderhoudsfase om te controleren in hoeverre de gedragsverandering beklijft (beide durven 12 maanden). Grosso modo gaat de zorgstandaard ervan uit dat

⁴¹ *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met ((hoog risico op) diabetes mellitus type 2*; Bemelmans e.a., RIVM, 2008

⁴² idem, pagina 60

een driemaandelijks face tot face-consult zou moeten volstaan. Zij houdt wel de ruimte open voor een hogere frequentie, afhankelijk van de behoeften van de patiënt; ook houdt zij de mogelijkheid open van het herstarten van een intensievere fase.

Kortom, er bestaat eensgezindheid over het belang van een onderhoud- en/of begeleidingsfase. De praktijk moet uitwijzen wat de vorm en frequentie moeten zijn in het individuele geval.

Duidelijk is dat deze nazorg nodig is om de effectiviteit over een langere periode te kunnen vasthouden en de geraamde gezondheidseffecten niet te laten verdampen, sterker nog, begeleiding na beëindiging van de 'eigenlijke' interventie kan zelfs tot een vermeerdering van de gezondheidseffecten leiden.⁴³ Gegeven de onduidelijkheden rond de vormgeving en frequentie, kon het model hiervoor geen kosten meenemen. Deze zijn dan ook buiten beschouwing gebleven.

4.h. De gecombineerde leefstijlinterventie : nieuwe zorg ?

GLI : onderdelen uit de reguliere zorg

Het is goed om bij de gecombineerde leefstijlinterventie een onderscheid te maken tussen intensivering van zorg en nieuwe zorg. In hoofdstuk 2 hebben we de duiding van de GLI uit begin 2009 samengevat. Daar gaven we aan dat de GLI voor het grootste deel uit reguliere zorg bestaat die nu al onder de basisverzekering valt. Inhoudelijk is de zorg dus niet nieuw binnen de basisverzekering. Wat wél nieuw is, is het gestructureerde, samenhangende aanbod van advisering en begeleiding bij voeding en eetgewoonten, beweging en gedragsverandering. Als we deze noties vertalen naar het onderzoek van het iMTA en De Beweegkuur betekenen deze het volgende. Het zelfstandig-bewegen-programma van De Beweegkuur is te kwalificeren als intensivering van zorg. In het rekenmodel richt dit programma zich op 85% van de jaarlijkse instroom.

nieuw : begeleiden bij bewegen

Het element 'begeleiding bij bewegen' in de zin van 'het in levende lijve instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen' kwalificeert het CVZ als 'zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden'. De aandoeningen overgewicht en obesitas komen niet voor op de *Chronische lijst*. Programmavarianten die 'begeleiding bij bewegen' omvatten, leveren zorg die nieuw is onder de basisverzekering. In het model zal 15% van de jaarlijkse instroom enige vorm van 'begeleiding bij bewegen' krijgen (duur en intensiteit varieert per patiëntengroep). Het iMTA heeft geraamd wat deze nieuwe component zou kosten binnen

⁴³ *ibidem*

de basisverzekering (bij de geraamde omvang van de jaarlijkse instroom). Het schat dat de kosten van fysiotherapie in jaar 1 bijna 5 miljoen euro bedragen. Na 4 jaar bedragen deze kosten totaal 17 miljoen euro en na 10 jaar 38 miljoen euro. De kosten van fysiotherapie binnen de GLI zijn ongeveer gelijk aan 6% van de totale invoeringskosten.⁴⁴

4.i. Samenvattend

In de voorgaande paragrafen hebben we een aantal kerngetallen uit het rekenmodel besproken, namelijk :

- de totale omvang van de doelgroep;
- de deelnamegraad;
- de verdeling van de totale doelgroep over de verschillende GLI-varianten;
- de prijzen van GLI-varianten;
- het te behalen en te behouden effect.

scenario's voor kosten en opbrengsten

Omdat er nog geen landelijk, gestructureerd aanbod is van de gecombineerde leefstijlinterventie moest het rekenmodel uitgaan van veronderstellingen. Deze kunnen enerzijds beschouwd worden als conservatief (bijvoorbeeld een geraamde jaarlijkse instroom van 5% van de totale doelgroep), anderzijds zijn zij aan de hoge kant. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor de prijzen van de GLI, vooral ook als wij het PON-voorstel in aanmerking nemen om bepaalde risicogroepen een lichtere variant van de GLI aan te bieden.⁴⁵ Het iMTA heeft een aantal scenario's uitgewerkt waarin gevarieerd is met verwijspersentages, prijzen en effecten. Ook het iMTA geeft overigens een aantal punten voor discussie aan in het rapport (zie : hoofdstuk 6). Onder de gegeven omstandigheid en gezien de beschikbaarheid van gegevens, levert het rekenmodel, naar onze mening, de beste benadering van kosten en opbrengsten.

monitoren

Gezien deze nuanceringen is het wel van belang om van meet af aan de praktijk te blijven volgen en de feitelijke cijfers naast de geraamde te leggen. In het volgende hoofdstuk gaan we hier verder op in, zie : de paragraaf *Monitoring van de GLI in de praktijk*.

⁴⁴ zie : iMTA, pagina 23

⁴⁵ Zie voor het scenario waarin het iMTA een lichtere variant van de GLI als uitgangspunt heeft genomen hoofdstuk 5 van het iMTA-rapport, *tabel 11*. Het betreft de GOAL-interventie : gestandaardiseerde digitale leefstijlinterventie aangeboden door een nurse practitioner. De kosten van de interventie bedragen circa € 200 per persoon. De kosten zijn lager, maar ook de effectiviteit van deze interventie is lager : zie eveneens hoofdstuk 5 van het iMTA-rapport.

5. De gecombineerde leefstijlinterventie in de praktijk

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat voor de GLI een grote doelgroep bestaat. Het zal de nodige voorbereidingen vergen, wil de GLI inderdaad structureel aangeboden kunnen worden aan overgewichtigen en obesen. Hierna zetten we een aantal aandachtspunten op een rijtje.

5.a. Effectiviteit en kosteneffectiviteit

RIVM over kosten-effectiviteit GLI

In discussies over de gecombineerde leefstijlinterventie binnen de basisverzekering komt vaak het criterium 'kosteneffectiviteit' naar voren, ook in samenhang met de bevindingen hierover van het RIVM in hun rapport van 2008. Het lijkt het CVZ goed om in dit rapport nog wat nader in te gaan op de plek van 'kosteneffectiviteit' binnen de Zvw. Hierbij zullen we ook ingaan op de constatering van het RIVM hierover in hun rapport.⁴⁶ In bijlage 1 hebben we schematisch aangegeven hoe het CVZ te werk gaat, als het nagaat of de gecombineerde leefstijlinterventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties. De volgende wettelijke criteria spelen een rol :

kosteneffectiviteit geen wettelijk criterium

1. stand van de wetenschap en praktijk, met andere woorden, de vraag naar de effectiviteit van de GLI (art. 2.1 lid 2 Bzv);
2. maakt de GLI deel uit van, in dit geval, de geneeskundige zorg, met andere woorden is het zorg zoals 'huisartsen, verloskundigen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, fysio- en oefentherapeuten en diëtisten die plegen te bieden' (artikel 2.4 en 2.6 Bzv);
3. overige wettelijke voorwaarden. Bij de GLI is ten aanzien van 'de begeleiding bij bewegen' de voorwaarde uit artikel 2.6 lid 2 Bzv van toepassing : vermelding van de aandoening op bijlage 1 bij het Besluit, de zogenaamde Chronische lijst).

In dit overzicht komt het criterium 'kosteneffectiviteit' niet voor. Het vormt dan ook geen wettelijk criterium om vast te stellen of een interventie deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties. Dit criterium is wel één van de pakketprincipes. Het CVZ toetst aan de pakketprincipes, zodra het heeft geconstateerd dat een interventie géén deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties en het zich bezint of een instroom van de interventie in de basisverzekering wenselijk is (of andersom: na geconstateerd te hebben dat een interventie deel uitmaakt van de basisverzekering, bezint het CVZ zich op uitstroom).

kosteneffectiviteit en contractering

Kosteneffectiviteit mag dan geen wettelijk criterium zijn om vast te stellen of een interventie deel uitmaakt van de basisverzekering, in de praktijk van de zorginkoop kunnen

⁴⁶ RIVM. 2008

gegevens hierover wel van belang zijn. De bevindingen van het RIVM over de kosteneffectiviteit van de beweeg- en dieetadvisering kunnen bijvoorbeeld richting geven aan prijsonderhandelingen over de GLI tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij is wel van belang om te bedenken dat de conclusies van het RIVM differentiëren naar risico-groep, mate van effectiviteit én van kosteneffectiviteit. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de bevindingen van het RIVM.

5.b. Wat zegt het RIVM over de kosteneffectiviteit?

kosteneffectiviteit bij verschillende risicogroepen

Het RIVM heeft een grondige analyse gemaakt van de kosteneffectiviteit van voedings- en beweegprogramma's. Deze programma's heeft het ontleend aan de literatuur. Het RIVM heeft de kosteneffectiviteit berekend voor verschillende risicogroepen. (Zeer) kort samengevat, komen de constatering neer op het volgende. Bij de risicogroep overgewicht geldt dat de intensievere (en daardoor duurdere) leefstijlbegeleiding een gunstiger effect heeft op het gewicht na één jaar dan de minder intensieve (en goedkopere). Dit geldt voor de leefstijlbegeleiding tot ongeveer 500 euro. De effectiviteit van de leefstijlbegeleiding is geringer (qua gewichtsreductie) bij mensen met IGT of DM 2 dan bij mensen met overgewicht. Bij de risicogroepen IGT en DM 2 lijkt dure leefstijlbegeleiding (rond 1100 euro) meer effect te hebben op het gewicht dan leefstijlbegeleiding onder 400 euro, maar er zijn weinig goede trials voor de kostencategorie 400 – 800 euro. Voor patiënten met DM 2 ontbreekt ook goede informatie voor de kostencategorie > 800 euro.

conclusies verschillende pakketten

Conclusies rond de (kosten)effectiviteit van de verschillende pakketten bij verschillende risicogroepen⁴⁷ :

Het RIVM onderscheidt de volgende pakketten die oplopen in duur en intensiteit :

- pakket A : € 150; (≈ huidige basispakket)
- pakket B : € 300;
- pakket C : € 450;
- pakket D : € 1150.

en koppelt deze aan de volgende risicogroepen :

- overgewicht (+ hypertensie) ;
- obesitas (+ hypertensie);
(IGT in deze groep ≈ 15% bij matig overgewicht, ≈ 20% bij obesitas)
- IGT zonder overgewicht;
- DM 2.

De conclusies luiden als volgt :

- *risicogroep overgewicht - IGT* :
pakket B bereikt meer gezondheidswinst dan pakket A bij een

⁴⁷ zie : RIVM, hoofdstukken 3 en 4

- zelfde kosteneffectiviteitsratio;
- *risicogroep DM 2* :
pakket B is effectief, maar is voor deze groep minder effectief dan voor risicogroep overgewicht;
- *risicogroep overgewicht* :
pakket C bereikt meer gezondheidswinst dan pakket B; pakket C is kosteneffectief ten opzichte van B;
- *risicogroep IGT – DM 2* :
meerwaarde van pakket C ten opzichte van pakket B is niet aangetoond;
- *risicogroep DM 2* :
Uit trials blijkt dat pakket D effectief is in het voorkomen van DM 2 bij personen met IGT.⁴⁸ Voor patiënten met DM 2 is dit pakket waarschijnlijk niet kosteneffectief ten opzichte van leefstijlbegeleiding rond 400 € (pakket C), vanuit het oogpunt van voorkomen hart- en vaatziekten. De meerwaarde van dure leefstijlbegeleiding kan mogelijk wel liggen in verbetering van kwaliteit van leven of preventie van depressie. Dit dient nader onderzoek aan te tonen. Er is vrijwel geen informatie beschikbaar uit goede trials voor leefstijlbegeleiding rond 400 euro.

***effectiviteit
duurste 'pakket' en
DM 2-patiënten***

Voor de conclusies rond de effectiviteit van de verschillende varianten van de GLI (qua duur en intensiteit) is de laatste constatering ook belangrijk. Hiervoor gaven we al aan dat de koppeling tussen duur en intensiteit van de GLI en de specifieke indicatie van de patiënt nog aan nauwkeurigheid kan winnen. Dit is een belangrijke voorwaarde om een doelmatige zorginkoop te kunnen realiseren. In het algemeen geldt dat naarmate de begeleiding intensiever is, de effectiviteit van de GLI toeneemt. Hoe wenselijk dit ook moge zijn, het stepped care-principe stelt dat niet iedere patiënt direct de zwaarste variant van de interventie krijgt toebedeeld. Uit oogpunt van een doelmatige zorgverlening ligt dit ook voor de hand. Voor de beoordeling van het duurste variant van de GLI (zie hierboven) betekent dit, dat niet geconcludeerd kan worden dat deze niet-effectief is. Dit ligt aan de uitkomstmaten die gehanteerd worden en vervolgens de indicatie-interventie-combinatie. Wél kan gesteld worden, dat nog niet duidelijk is welke groep patiënten per se is aangewezen op het duurste programma en óf hetzelfde effect (bijvoorbeeld het voorkomen van DM 2 bij personen met IGT) niet ook bereikt kan worden met een lichtere variant.

5.c. GLI : eenmalige interventie ?

***interventie gericht
op gedragsverandering***

De kostenraming gaat ervan uit dat een verzekerde één keer in zijn leven gebruik maakt van de GLI. Als deze beperking gewenst is, moet zij in de regelgeving vastgelegd worden (zie ook : hoofdstuk 3). Een definitieve gedragsverandering is niet eenvoudig te bewerkstelligen. Zij vergt over het algemeen een

⁴⁸ idem, pagina 58

langdurige interventie. Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie onderscheidt de *concept-Zorgstandaard Obesitas* dan ook een behandelfase-onderhoudsfase-begeleidingsfase. De begeleiding wordt in de laatste fase teruggebracht als het gezonde gedrag beklijft en het gewichtsverlies behouden blijft (te bepalen aan de hand van professioneel inzicht en de behoeften van de patiënt).

***beheersbaarheid
inzet GLI***

Argument voor een formele beperking van de GLI onder de basisverzekering, is het risico van een onbeheersbare inzet van de interventie. Het systeem van de verzekering is er niet bij gebaat als verzekerden, vruchteloos, tot in het oneindige de GLI kunnen herhalen. Anderzijds, ook bij andere aandoeningen kan gedragsverandering de remedie zijn. Voorbeelden zijn te vinden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dit domein ontnemt de basisverzekering niet iemand de vergoeding van een behandeling, mocht een eerdere interventie niet succesvol zijn gebleken. Het CVZ wil dan ook niet adviseren, om de inzet van de GLI onder de basisverzekering formeel tot eenmaal te beperken. Het is aan de beroepsgroep om op basis van het genoemde professionele inzicht te bezien of voortzetting van de behandeling of begeleiding aan de orde is, óf beëindiging van de interventie. Belangrijke criteria zijn daarbij de motivatie en mogelijkheden van de patiënt, om het effect vast te houden en/of te verbeteren. Ook overleg met de primaire behandelaar kan aan de orde zijn, om dit te bepalen.

***niet beperken tot
eenmaal***

***rol zorgverzeke-
raar***

Als de zorgverzekeraar wil voorkomen dat de inzet en duur van de GLI zich aan zijn oog onttrekken, kan hij voorwaarden opnemen in de polis om hier zicht op te houden. We noemden in hoofdstuk 3 al het instrument van de verwijzing. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld ook opnemen in de polis, dat na verloop van 12 maanden onderhoud of begeleiding de primaire behandelaar opnieuw een verwijzing moet geven. De zorgverzekeraar kan overigens niet zelf bepalen dat de GLI als eenmalige interventie wordt aangeboden, als de wet hiervoor geen basis geeft.

***functionele
beschrijving GLI***

5.d. Functioneel inkopen

In hoofdstuk 3 gaven we aan dat het voor een adequate zorginkoop nodig is om een functionele beschrijving te hebben van de gecombineerde leefstijlinterventie : een beschrijving van de minimaal benodigde deskundigheid voor de onderdelen adviseren en begeleiden bij voeding en gedrag. Deze beschrijving moet differentiëren naar de verschillende geïndiceerde groepen. Het voedingsadvies binnen een zelfstandig-bewegenprogramma kan immers minder gespecialiseerd zijn dan het voedingsadvies voor een verzekerde met DM 2 en cardiovasculaire risicofactoren. Hetzelfde geldt voor het beweegadvies en de begeleiding.

de leefstijladviseur In dit verband speelt ook de competentiebeschrijving van nieuwe disciplines als de leefstijladviseur. Dergelijke beroepsbeoefenaren kunnen zowel inhoudelijk als coördinerend een rol gaan spelen binnen het proces van de gecombineerde leefstijlinterventie. Van belang is dat duidelijk is over welke competenties de leefstijladviseur moet beschikken om een dergelijke rol te kunnen spelen. Vooralsnog zijn de competenties, opleidings- en deskundigheidsvereisten voor deze functionaris niet formeel vastgelegd.⁴⁹ Dit is natuurlijk wel nodig wil de kwaliteit van deze beroepsbeoefenaar gewaarborgd zijn. De functionele systematiek laat de zorgverzekeraar vrijheid om te bepalen welke functionaris hij wil inschakelen voor welke zorg. De zorgverzekeraar moet dan wel beschikken over een handvat om te bepalen of hij te maken heeft met een 'bevoegde en bekwame' functionaris wat de aan te beiden interventie betreft. De andere kant van het verhaal is natuurlijk wel dat de zorgverzekeraar door de functionele systematiek, veel vrijheid heeft om zelf invulling te geven aan de organisatie van de gecombineerde leefstijlinterventie. Hij hoeft zich niet te committeren aan het bestaande aanbod, maar kan via taakherschikkingen de organisatie optimaliseren.

**competenties,
deskundigheid,
opleiding**

Zoals we in hoofdstuk 3 aangaven, zal de *Zorgstandaard Obesitas* zich buigen over de benodigde kennis en kunde binnen de verschillende onderdelen van de GLI. Dit onderdeel is nog niet vervat in de huidige concept-versie. Dit onderdeel zal in 2011 zijn beslag krijgen.

de leefstijladviseur en de te verzekeren prestaties Het CVZ wil hiermee overigens niet zeggen dat 'de leefstijladviseur' onderdeel gaat uitmaken van de basisverzekering, zodra de competenties en deskundigheden van deze zorgaanbieder helder zijn. In het voorgaande gaven we aan dat de leefstijladviseur een functie of een rol kan vervullen binnen de gecombineerde leefstijlinterventie. De gecombineerde leefstijlinterventie is de te verzekeren prestatie die deel uitmaakt van de basisverzekering, *niet* de leefstijladviseur. Deze benadering volgt uit de functionele systematiek van de Zvw. De wet omschrijft 'wat' onder te verzekeren prestaties valt, de zorgverzekeraar mag bepalen 'wie' de te verzekeren zorg levert. Een zorgaanbieder die zich leefstijladviseur noemt, kan nog allerhande andere interventies leveren naast de GLI. Het CVZ moet dan omschrijven wat deze interventies precies inhouden en vervolgens bepalen of ook deze deel uitmaken van de te verzekeren prestaties onder de basisverzekering. Een dergelijke duiding kan pas aan de orde zijn, als 'leefstijladviseurs' daadwerkelijk actief zijn en we

⁴⁹ Het Instituut voor Sportstudies van de Hanzehogeschool te Groningen biedt een opleiding tot beweeg- en leefstijladviseur aan, een competentiegericht beroepsopleiding. *De Beweegkuur* omvat ook een functieprofiel van de leefstijladviseur zoals die binnen *De Beweegkuur* gaat werken.

enigszins zicht hebben op de zorg die zij leveren.

5.e. De verwijzing

**betrokkenheid
huisarts**

De polis geeft uiteindelijk aan hoe de zorgverzekeraar de te verzekeren zorg heeft georganiseerd voor zijn verzekerden. In de polis kan de zorgverzekeraar ook aanvullende voorwaarden stellen, zoals verwijzingen. Het CVZ heeft al eerder uitgesproken, het wenselijk te vinden dat er een verwijzing is verbonden aan de toegang tot de GLI. Deze verwijzing kan ook een rol spelen bij het inbedden van de GLI binnen de 'reguliere' eerstelijnszorg. Afstemming over de voortgang van de interventie en de effecten hiervan, bijvoorbeeld voor de medicatie, is van belang voor het vaststellen en vasthouden van de gezondheidswinst hiervan.

5.f. Het zorgaanbod

**jaarlijkse instroom
en zorgaanbod**

Voor de zorginkoop is ook van belang dat er voldoende gekwalificeerd zorgaanbod is. In hoofdstuk 4 hebben we de ramingen van het iMTA beschreven over de omvang van de jaarlijkse instroom van GLI-deelnemers. De schatting is dat er zich jaarlijks 235.000 deelnemers melden voor een interventie in verband met overgewicht en obesitas. Dit is eigenlijk nog een conservatieve inschatting, want bedraagt 'slechts' 5% van de totale doelgroep overgewichtigen en obesen. Deze veronderstellingen zijn gebaseerd op bestaande percentages rond huisartsenbezoek, verwijzingsgedrag en respons. In de praktijk kunnen deze afwijken, zeker als er veel voorlichting komt rond de gecombineerde leefstijlinterventie.

**Centrum Gezond
Leven van het
RIVM**

De vraag is of er voldoende zorgaanbod is, om de totale jaarlijkse instroom op te vangen als de GLI gestructureerd aangeboden gaat worden én of het aanbod van voldoende kwaliteit is. Naast *De Beweegkuur* zijn er natuurlijk nog tal van andere initiatieven in het land om gecombineerde leefstijlinterventies aan te bieden. Het *Centrum Gezond Leven* van het RIVM kan hierbij behulpzaam zijn.⁵⁰ Dit centrum houdt zich bezig met de certificering van interventies voor gezondheidsbevordering. Het geeft een overzicht van beschikbare leefstijlinterventies beoordeeld op effectiviteit, kwaliteit en samenhang. Het organiseert beoordelingen voor erkenning door een onafhankelijke erkenningscommissie. Daarbij moet wel aangetekend worden, dat op basis van de risico-indeling van de concept-*Zorgstandaard Obesitas* een deel van de overgewichtigen en obesen niet meer in aanmerking komt voor een GLI, maar voor een algemeen leefstijladvies.

Het ministerie van VWS zou tijdig moeten aangeven welk

⁵⁰ www.loketgezondleven.nl

***voorbereidings-
tijd voor zorg-
verzekeraars***

besluit de minister neemt rond de gecombineerde leefstijlinterventie, om zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijd te geven zich voor te bereiden. Daarbij is wel van belang te bedenken dat, volgens de inschatting van het NISB, de grootste groep deelnemers het zelfstandig-bewegenprogramma gaat volgen. Dit betekent dat de deelnemer zelf zijn beweegactiviteiten moet 'organiseren' (eventueel met hulp vanuit de eerstelijnsbegeleiding) en dat deze voor eigen rekening moeten komen. Hier speelt ook de samenhang met de publieke gezondheidszorg een rol : het aanbod van lokale, gemeentelijke faciliteiten en ondersteuning. Aan het eind van dit hoofdstuk gaan we dieper op dit onderwerp.

Vanuit de zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan daarbij natuurlijk wel motiverend werken om de deelnemers op groepen van gelijkgezinden te wijzen. Uit alle studies komt naar voren dat de groepsaankpak bij de leefstijlprogramma's tot een hogere effectiviteit leidt dan de individuele aankpak.

5.g. Monitoring van de effecten van de GLI in de praktijk

***monitoren effecten
van de GLI***

In hoofdstuk 2 hebben we gesproken over de effectiviteit van de GLI. Deze is vastgesteld aan de hand van onderzoeksuitkomsten over een periode van twee jaar. Het doel is natuurlijk het bereiken van een levenslang effect. Een grootschalige introductie van de GLI zal hand in hand moeten gaan met het monitoren van de effecten, om na te gaan of de effectiviteit die behaald is in onderzoeken ook stand houdt in de alledaagse praktijk én of deze langdurig gecontinueerd kan worden. Belangrijk punt is ook de koppeling tussen de specifieke indicatie van een verzekerde en de duur en intensiteit van de GLI. In dit verband zijn ook praktijkgegevens van belang over de vormgeving en organisatie van onderhoud- en begeleidingsfase.

Kortom, het is zaak de GLI in de praktijk van meet af aan te monitoren rond bijvoorbeeld :

- aantal verwijzingen vanuit eerste lijn;
- responspercentage;
- verdeling deelnemers over verschillende programmavarianten;
- 'therapietrouw': aantal uitvallers.
- effectiviteit op korte en middellange termijn;
- duur en frequentie van onderhoud- en begeleidingsfase;
- prijzen van de programma's.

Het CVZ zal met ZonMW, NZa en VWS overleggen hoe deze monitoring kan plaatsvinden en wie deze kan uitvoeren.

5.h. Zorg : de schakel met de publieke gezondheidszorg

het Convenant Overgewicht

Uit de voorgaande paragrafen zou het beeld kunnen oprijzen dat de zorg het enige wapen is bij de preventie van aandoeningen die samenhangen met overgewicht en obesitas. Dat beeld is niet de bedoeling en zou ook niet terecht zijn. In het rapport van begin 2009 gaf het CVZ al aan dat de zorg (en de zorgverzekering) de laatste schakel zou moeten zijn in de preventieketen. Er zijn schakels in de preventieketen die aan de gezondheidszorg voorafgaan : lokaal, regionaal, particulier, collectief, beleidssectoren naast de volksgezondheid. Het *Convenant Overgewicht*⁵¹ noemt een breed scala van activiteiten die kunnen bijdragen aan het terugdringen van overgewicht en obesitas en daaraan gerelateerde aandoeningen : algemene voorlichtingcampagnes, openbare ruimte geschikt maken voor bewegen, sportvelden in de nabijheid van de woonomgeving, gezonde-keuze-informatie op voedingsmiddelen, ruim assortiment in gezonde producten in het bedrijfsrestaurant, het stimuleren van het gebruik van de fiets in het woon-werkverkeer. Het welslagen van deze activiteiten bepaalt uiteindelijk de belasting van de laatste schakel in de keten en daarmee ook de kosten voor de zorg en de zorgverzekering.

aansluiting met openbare gezondheidszorg

Voor een doelmatige aanpak van gezondheidsbevordering en preventie bij ongezonde leefstijl is de aansluiting tussen de openbare gezondheidszorg en de zorgverzekering belangrijk. Belangrijk daarbij is dat een doelgroepenbenadering niet spoort met de systematiek van de Zorgverzekeringswet. In het rapport *Van preventie verzekerd* heeft het CVZ uiteengezet hoe de scheidslijn loopt tussen preventie die wél en die niet onder de Zorgverzekeringswet valt.⁵² Omdat de Zorgverzekeringswet de basis biedt voor een individuele schadeverzekering, valt de preventie die op specifieke risicogroepen is gericht (selectieve preventie) niet onder deze wet. Onder de basisverzekering valt de zorg voor het individu bij wie een (hoog risico op) ziekte of aandoening is geconstateerd.

VTV 2010

Binnen de bevolking zijn er groepen aan te wijzen die speciale aandacht verdienen wat de bevordering van gezond gedrag betreft, bijvoorbeeld op basis van sociaal-economische status, inkomensniveau, etniciteit. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 signaleerde onlangs in dit verband een

⁵¹ Een balans tussen eten en bewegen is het uitgangspunt van de tien partijen die begin 2005 het Convenant overgewicht tekenden. Inmiddels heeft het nieuwe Convenant Gezond Gewicht 27 partners (zie : www.convenantgezondgewicht.nl : 'Het doel is de gezonde keuze gemakkelijk, aantrekkelijk en vanzelfsprekend te maken. Voor iedereen, op elk moment van de dag en op elke plek om uiteindelijk de stijgende trend van overgewicht een halt toe te roepen.')

⁵² *Van preventie verzekerd*. CVZ. 2007. Publicatienummer 250.

aantal trends⁵³:

- het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert vooral onder laagopgeleiden.
- de gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden zijn niet afgenomen : ernstig overgewicht is toegenomen bij laagopgeleiden, maar al afgenomen onder hoogopgeleiden.

Wil deze trend gekeerd worden dan zijn er twee aspecten van belang die spelen op het snijvlak van publieke gezondheidszorg en Zorgverzekeringswet :

1. het opsporen en toeleiden naar de zorg;
2. voorlichting en collectief aanbod van preventieprogramma's in de eigen omgeving.

Het opsporen en toeleiden naar de zorg

Hierboven gaven we al aan dat het opsporen en toeleiden naar de zorg van risicogroepen buiten de Zorgverzekeringswet valt: deze vorm van preventie valt onder de noemer selectieve preventie. Binnen de eerstelijnszorg zien we echter steeds meer initiatieven die zich op het grensvlak van geïndiceerde en selectieve preventie bevinden. Het PreventieConsult cardiometabool risico (CMR) is hiervan een voorbeeld. Het PreventieConsult richt zich op het vroegtijdig opsporen, begeleiden en behandelen in de eerstelijns van mensen met een verhoogd cardiometabool risico.⁵⁴ Voor de begeleiding en behandeling van mensen met een verhoogd risico werkt de huisarts samen met bijvoorbeeld GGD, gemeenten, fysiotherapie, thuiszorg.

De eerste module van het PreventieConsult wordt gevormd door een risicoschatting. Hierin wordt een screeningsvragenlijst aangeboden, om het risiconiveau van de betrokkene in te schatten. Deze vragenlijst kan actief of passief aangeboden worden : hetzij via een persoonlijke uitnodiging, hetzij via een algemene bekendmaking van de mogelijkheid tot screening.

Het PreventieConsult verkeert nog in de ontwikkelfase. De uitkomsten van een pilot zijn voorzien in het najaar van 2010.

⁵³ RIVM, *Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*, Van gezond naar beter. RIVM. 2010

⁵⁴ Het PreventieConsult is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Het consult wordt samen met de Hartstichting, Nierstichting en het Diabetes Fonds ontwikkeld. Het PreventieConsult CMR wordt als eerste ontwikkeld. De bedoeling is hierna nog te starten met de PreventieConsulten kanker resp. psychische aandoeningen.

⁵⁵ Artikel 1 *Wet Publieke Gezondheidszorg* draagt de gemeenten de volgende taken op: (...) gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. Deze taken zijn in artikel 2 van de wet verder uitgewerkt in, onder andere, het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's. Daarnaast geeft artikel 13 van de wet aan dat de gemeenten de nationale preventiedoelen moeten vertalen in concrete doelen en maatregelen die zij neerleggen in hun nota's gezondheidsbeleid.

⁵⁶ *Staat van de Gezondheidszorg 2010*. IGZ. 2010

Duidelijk is dat met een instrument als het PreventieConsult binnen de eerstelijns de eerder gemarkeerde scheidslijn tussen geïndiceerde en selectieve preventie zou kunnen gaan opschuiven binnen de basisverzekering. Zodra de uitkomsten van de pilot bekend zijn en het prototype voor het PreventieConsult gereed is zal het CVZ een uitspraak doen over de mogelijke plaats van het consult (en in het verlengde daarvan, andere vormen van selectieve preventie) binnen de Zorgverzekeringswet.

**Wet Publieke
Gezondheid**

Collectief aanbod preventieprogramma's in de eigen omgeving
Naast de Zorgverzekeringswet is er nog andere regelgeving die zich bezig houdt met preventieve zorg. De *Wet Publieke Gezondheid* (WPG) draagt aan de gemeenten taken op, op het gebied van de publieke gezondheidszorg.⁵⁵

De IGZ onderzocht onlangs hoe effectief lokaal gezondheidsbeleid momenteel is en welke bijdrage deze schakel in de preventiecyclus levert om de volksgezondheid te bevorderen. De bevindingen zijn te lezen in *Staat van de Gezondheidszorg 2010*⁵⁶, dat als ondertitel heeft: 'meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg'. Het onderzoek concludeert onder andere dat het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid dat specifiek gericht is op de gezondheidsbevorderende aanpak van de speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholmisbruik en depressie, naar verwachting, geen substantiële bijdrage levert aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen.

**Staat van de
Gezondheids-
zorg 2010**

De IGZ doet in het rapport aanbevelingen om de effectiviteit van het lokale gezondheidsbeleid te verhogen. Eén daarvan is het verder verspreiden van effectief gebleken preventieprojecten in gemeenten (ZonMw speelt hierin een belangrijke rol via het programma *Gezonde Slagkracht*). Daarnaast noemt de IGZ als belangrijk punt het beter op elkaar afstemmen van preventie en curatie. Hierbij komt de Zorgverzekeringswet in beeld en daarmee ook partijen als de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en lokale partijen binnen gemeenten ontwikkelen steeds meer initiatieven om tot een goede afstemming te komen tussen collectieve en individuele preventie. Via de lokale partijen kunnen achterstandsgroepen beter bereikt worden, is aandacht voor determinanten van ongezonde leefstijl mogelijk en kan aanbod van preventieprojecten in de eigen omgeving gerealiseerd worden. Duidelijk is dat de zorg (via de basisverzekering) en andere beleidsterreinen elkaar in hun preventieve activiteiten moeten aanvullen, waarbij de zorg zoveel mogelijk de laatste schakel zou moeten vormen. De rol van het CVZ hierbij is, om aan te geven hoe de grenzen (kunnen) lopen tussen Zvw en andere beleidsdomeinen, hindernissen die voortvloeien uit deze afbakening te signaleren en zo

**afbakening beleids-
domeinen**

mogelijk oplossingen (qua regelgeving) hiervoor aan te reiken.

6. De gecombineerde leefstijlinterventie bij kinderen

6.a. Gezinsaanpak

adopterende gezonde gedrag

rol van 'gezin'

Het CVZ heeft geconstateerd dat alle componenten van de gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden onder de achttien jaar onder te verzekeren prestaties binnen de Zvw vallen, dus ook 'begeleiding bij bewegen'. In principe is de GLI ook bij kinderen het meest geschikte instrument om overgewicht en obesitas en gerelateerde aandoeningen te bestrijden.⁵⁷ Dit ligt voor de hand. Ook voor kinderen gaat het uiteindelijk om het adopteren van gezond gedrag, zowel qua voeding als beweging. Bij kinderen vergt echter het onderdeel 'gedragsverandering' speciale aandacht, wil er effectiviteit op lange termijn bereikt worden. Hoe zorg je dat kinderen dergelijk gedrag zich eigen maken? Het is niet zinvol om de behandeling louter op het kind te richten, omdat het kind nu eenmaal functioneert binnen het systeem van een gezin. Dit systeem bepaalt in de jonge jaren grotendeels het voedings- en beweeggedrag. Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een GLI op langere termijn effectief zijn bij kinderen. Effectiviteit van de behandeling is dan ook afhankelijk van een intensieve begeleiding van het hele gezin. De literatuur en de praktijk laten verschillende voorbeelden zien van de effectiviteit van gezinsbegeleiding bij het adopteren van gezond gedrag en van de vormen die deze begeleiding kan aannemen.⁵⁸ Om doeltreffend te zijn moet dergelijke begeleiding immers aangepast worden aan de situatie en vereisten van het gezin.

6.b. Organisatie GLI bij kinderen

obese kinderen in eerste lijn

Zorgverleners zijn het erover eens dat behandeling van overgewichtige, obese kinderen eigenlijk thuis hoort in de eerste lijn.⁵⁹ Het is belangrijk om de kinderen zoveel mogelijk buiten de muren van het ziekenhuis te houden. Kinderen komen nu veelal in de tweede lijn terecht voor een interventie. Deze behandeling is voornamelijk medisch en laat nog teveel de noodzakelijke gedragsverandering van de omgeving buiten beschouwing.⁶⁰ In de eerste lijn ontbreken echter nog veelal de kennis en de competenties om de behandeling goed vorm te geven. Ook landelijke protocollen voor diagnostiek en behandeling ontbreken nog grotendeels. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft overigens wel

⁵⁷ Richtlijn *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. CBO, 2008

⁵⁸ Een voorbeeld hiervan geeft de landelijke werkgroep *De Dikke Vrienden Club* die midden 2009 is opgericht. Hierin werken acht zorginstellingen, verspreid over Nederland, samen om obesitas bij kinderen tegen te gaan. De werkgroep heeft een trainingsprogramma ontwikkeld dat inmiddels ook in boekvorm is uitgebracht.

⁵⁹ Informatie vanuit de *Werkgroep Obesitas bij kinderen* binnen de *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*.

⁶⁰ zie : *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas*, pagina 20

***afstemming
kinderarts en
eerste lijn***

landelijke protocollen in voorbereiding. Kinderartsen gaan ervan uit dat voor een gedegen diagnosticering van het kind de betrokkenheid van de tweede lijn van belang is. Bij een kind moet een individuele diagnose worden gesteld om de relevante risicofactoren in beeld te brengen, zodat de behandeling een goede individuele vormgeving kan krijgen. Daarna is diens structurele inbreng niet meer noodzakelijk, maar kan de kinderarts betrokken worden bij de behandeling in de eerste lijn op consultbasis. Ook betrokkenheid van diëtist en fysiotherapeut kan aan de orde zijn, voorzover specialistisch voedings- en bewegingsadvies nodig zijn (stepped care principe). Op deze wijze kan een goede aansluiting plaats vinden tussen de eerste en tweede lijn rond het overgewichtige, obese kind.

***gezinsaanpak en
de te verzekeren
prestaties***

6.c. Gezinsaanpak in de Zvw

Vraag is nu of deze begeleiding van een gezin bij het adopteren van gezond gedrag in verband met het overgewicht of obesitas van het kind, tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw behoort. Gezins- of systeeminterventies zijn geen uitzonderlijk fenomeen, bijvoorbeeld binnen de geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Behandeling van kinderen is nu eenmaal in het algemeen succesvoller als ook de ouders participeren in het zorgtraject. Alvorens we deze vraag kunnen beantwoorden, moet duidelijk zijn wat deze begeleiding inhoudt en wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de begeleider bij het overbrengen en laten beklijven van het gezonde gedrag in de gezinssituatie.

Vooralsnog beschikt het CVZ nog over te weinig informatie, om een uitspraak te kunnen doen over een plaats binnen de basisverzekering.

Daarnaast wil het CVZ geen uitspraken hierover doen, zonder tegelijkertijd aan te kunnen geven wat de financiële consequenties van een dergelijk standpunt zijn voor het Budgettair Kader Zorg (zeker niet in een rapport dat nadrukkelijk op de kosten van de GLI ingaat). Het CVZ is dan ook van plan om dit jaar, indien mogelijk, een onderzoek te laten doen naar de vormgeving van de 'gezinsaanpak' van overgewichtige en obese kinderen en naar de kosten die hieraan zijn verbonden.

6.d. Centra Jeugd en Gezin – lokale aanpak

In het vorige hoofdstuk gaven we aan dat de zorg (via de basisverzekering) de laatste schakel moet zijn in de preventieketen en dat veel inspanningen ook lokaal geleverd kunnen worden. Datzelfde geldt voor de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen. Op dit vlak vallen er ook

**samenwerking op
lokaal niveau**

verbeteringen te bereiken. Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) onderzocht in 2009 de volgende vraag⁶¹ :

In hoeverre slagen organisaties erin, in samenwerking op lokaal niveau, overgewicht bij jongeren tussen de nul en achttien jaar te voorkomen, te signaleren en te verminderen en welke verbeteringen zijn nodig?

Het ITJ constateerde in het rapport onder andere dat :

- veel jongeren met een hoog risico niet worden bereikt (vooral jongeren afkomstig uit een gezin met een lage sociaaleconomische status en jongeren van allochtone afkomst);
- continuïteit in de zorg ontbreekt (geen doorlopend proces van signaleren, verwijzen en begeleiden);
- regie en afstemming ontbreken, zowel op niveau van uitvoering als op beleidsniveau.

Deze constatering stemmen voor een groot deel overeen met die we in hoofdstuk 5 beschreven voor het lokale gezondheidsbeleid in het algemeen.

Gemeenten hebben op grond van de Wet Publieke Gezondheid specifieke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg :

Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
(artikel 5 lid 1 WPG)

**gemeenten en
zorgverzekeraars**

Binnen de jeugdgezondheidszorg spelen de Centra voor Jeugd en Gezin een coördinerende rol. Zorgverzekeraars zoeken ook samenwerking met deze centra voor de afstemming tussen de collectieve en individuele preventie. Ook op dit punt geldt wat we in hoofdstuk 5 schreven over de rol van het CVZ : hoe loopt de afbakening tussen Zvw en aanpalende domeinen, vloeien er problemen voort uit deze afbakening, kan het CVZ, uit de Zvw gezien, oplossingen (op het gebied van de regelgeving) aanreiken hiervoor.

⁶¹ De lokale aanpak van overgewicht bij jongeren. Integraal Toezicht Jeugdzaken. 2009

7. Inhoudelijke consultatie

De definitieve versie van dit rapport is tot stand gekomen na consultatie van verschillende inhoudelijke deskundigen. In bijlage 6 vindt u een overzicht van de geraadpleegde organisaties. In dit hoofdstuk vatten we de reacties op hoofdlijnen samen en geven we globaal aan tot welke wijzigingen deze reacties hebben geleid. Belangrijk is te constateren dat vrijwel allegeconsulteerde partijen de voorgestelde plek van de GLI in de regelgeving ondersteunen.

<i>aanvullen</i>	1. <u>Onvolledigheden</u> Dit betrof bijvoorbeeld de vraag wat de GLI betekent voor diabetes zonder overgewicht. Onvolledigheden hebben we zoveel als mogelijk aangevuld.
<i>tekstuele onduidelijkheden</i>	2. <u>Onduidelijkheden in de tekst</u> Een aantal opmerkingen leidde tot de conclusie dat passages verhelderd of uitgebreid moesten worden. Het gaat bijvoorbeeld om punten als : ▪ de Beweegkuur is niet dé gecombineerde leefstijlinterventie, maar een gecombineerde leefstijlinterventie. ▪ De fysiotherapeut hoeft niet per se de beweegcomponent te leveren. ▪ Onderscheid intensieve fase, onderhoudsfase, begeleidingsfase, terugkominterventie binnen de GLI.
<i>verhelderen</i>	3. <u>Aanvullingen op het rapport</u> De reacties behelzen feitelijke vragen : ▪ Hoe wordt er omgegaan met de groep met extreem hoog risico waarvoor alleen de GLI niet volstaat? ▪ Wat kan er nu eigenlijk voor kinderen met overgewicht of obesitas, nu de GLI wél in het pakket zit, maar die niet effectief is op lange termijn zonder aanpak van de leefomgeving van het kind; ▪ dieetadvisering kan aangewezen zijn naast de advisering binnen de GLI. Er is geen sprake van substitutie bij alle patiëntengroepen. Sommige vragen vallen buiten het bestek van dit rapport, sommige zijn beantwoord in het rapport van het CVZ van begin 2009. We hebben zoveel als mogelijk deze punten wel geadresseerd in het rapport.
<i>toelichting op keuzes</i>	4. <u>Afwijkende meningen</u> Niet alle partijen zijn het eens met de aanbevelingen in het concept-rapport weergegeven : ▪ advies om de huisarts te laten verwijzen wordt niet altijd onderschreven; ▪ sommige partijen pleiten ervoor directe toegang via paramedici of via bedrijfsarts mogelijk te maken; ▪ sommige partijen achten het (zorginhoudelijk) niet

aanvaardbaar dat de GLI een eenmalige interventie zou zijn ;

- sommige partijen vinden het heffen van een eigen bijdrage voor de GLI wel wenselijk (eventueel alleen als de interventie niet volledig gevolgd wordt).

Deze opmerkingen hebben geleid tot de conclusie dat de beperking van de GLI tot eenmalige interventie niet houdbaar is. We hebben dit dan ook gewijzigd in de definitieve versie.

Voor veel zaken geldt dat het uiteindelijk aan de zorgverzekeraar is om te besluiten wat wenselijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verwijzing door de huisarts en de mogelijkheid van toegang via andere zorgaanbieders dan de huisarts.

***preventie vergt
integrale aanpak***

5. Samenhang preventie Zvw en andere beleidsdomeinen

Verschillende partijen benadrukten een integrale aanpak van overgewicht en obesitas, dat wil zeggen niet alleen via de zorg, maar ook via gemeentes, onderwijs, arbeid. Ook wordt er gepleit voor een doelgroepenbenadering : aandacht voor specifieke sociaal-economische klassen. In het rapport benadrukken we dat de zorg de laatste schakel hoort te zijn in de aanpak van overgewicht en obesitas. In onze duiding van de gecombineerde leefstijlinterventie (begin 2009) hebben al we uiteengezet op welke wijze en voor welke groepen de aanpak van overgewicht en obesitas binnen de zorg plaatsvindt. Dit neemt niet weg dat we zijn ingaan op de plek van de zorgverzekering ten opzichte van andere regelingen, bijvoorbeeld de Wet Publieke Gezondheid. Ook de samenwerking tussen bijvoorbeeld gemeentes en zorgverzekeraars, om te zorgen voor een infrastructuur waarbinnen de GLI kan plaatsvinden, komt aan de orde.

Het CVZ onderschrijft het belang van een doelgroepenbenadering. De Zvw biedt echter vooralsnog geen handvat hiervoor. Toegeleiding naar de zorg valt immers buiten de grenzen van de Zvw (selectieve preventie). Daarnaast onderscheidt de Zvw alleen op basis van zorginhoudelijke criteria. We zijn wel nader ingegaan op het PreventieConsult cardio-metabool syndroom dat nu in ontwikkeling is. Zodra dit consult zijn definitieve vorm heeft gekregen, zal het CVZ aangeven wat de plek hiervan kan zijn binnen de basisverzekering. In het verlengde hiervan zal het CVZ nader ingaan op de grens tussen selectieve en geïndiceerde preventie in het licht van de basisverzekering.

***de financiële
ramingen***

6. Het kostenonderzoek

Sommige partijen stelden onderdelen van het kostenonderzoek ter discussie. Gedeeltelijk zijn deze opmerkingen terecht. We hebben zelf al in ons rapport nuanceringen aangebracht op onderdelen van de ramingen. Feitelijke gegevens ontbreken echter nu eenmaal en het model

is uitgegaan van zo realistisch mogelijke veronderstellingen.
Dit benadrukt het belang van monitoring.

**voorwaarden voor
implementatie**

7. Vragen rond implementatie GLI

Veel vragen hadden betrekking op de onzekerheden die er nog bestaan rond de GLI. Weliswaar is duidelijk waaruit de GLI bestaat (de componenten advisering en begeleiding bij voeding/eetgewoontes, beweging en gedragsverandering) en dat de interventie effectief is, maar de functionele beschrijving van de interventie (minimale deskundigheden per component en bij verschillende risiconiveaus) en de koppeling duur en intensiteit GLI bij specifieke indicaties kan nog aan nauwkeurigheid winnen. Niettemin, de praktijk schrijdt voort. In dit verband zijn wij ingegaan op :

- De *Zorgstandaard Obesitas* die in concept gereed is. (De definitieve versie staat gepland voor eind november 2010.)
- Het *Centrum Gezond Leven* van het RIVM dat zich bezighoudt met het certificeren van interventies op het gebied van een gezonde leefstijl.
- Zon Mw die gemeentes ondersteunt bij het opzetten van preventieprojecten via het programma Gezonde Slagkracht.

8. Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn we ingegaan op de kosten, opbrengsten en uitvoeringsaspecten van een gestructureerd aanbod van de GLI binnen de basisverzekering.

<i>GLI als te verzekeren prestatie in Bzv</i>	Het CVZ beveelt aan de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie op te nemen in het Besluit zorgverzekering. Het CVZ adviseert om in de regelgeving geen beperkingen op te nemen wat de duur van de GLI betreft (bijvoorbeeld beperken tot een eenmalige interventie). Een dergelijke beperking strookt niet met een interventie die uiteindelijk gericht is op een gedragsverandering. Beperkingen kunnen in het individuele geval aangewezen zijn, maar die hangen dan samen met de motivatie, mogelijkheden en onmogelijkheden van de betrokken verzekerde. Het is aan de betrokken zorgaanbieder(s) om te wegen in hoeverre de GLI een adequate interventie kan zijn.
<i>niet beperken tot eenmaal</i>	
<i>geen eigen bijdrage</i>	Het CVZ adviseert evenmin om een eigen bijdrage in te voeren voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Voor een dergelijke bijdrage zijn argumenten voor en tegen aan te voeren. Uiteindelijk gaf voor het CVZ de doorslag dat dergelijke bijdragen ook niet gelden voor de losse onderdelen van de interventie. Het zou merkwaardig zijn die nu wel te heffen voor de samenhangende prestatie, terwijl die juist als effectiever is beoordeeld dan de losse onderdelen.
<i>kostenonderzoek</i>	Het kostenonderzoek van het iMTA schetst een positief beeld van de opbrengsten van de GLI op langere termijn. Het CVZ heeft dit enigszins genuanceerd vanwege het grote aantal veronderstellingen in het model. De onzekerheden rond de kosten en opbrengsten onderstrepen het belang van het tijdig (en langdurig) monitoren van de praktijk.
<i>belang monitoring</i>	
<i>koppeling indicatie en duur/intensiteit GLI</i>	Het verwezenlijken van een gestructureerd aanbod zal nog de nodige voorbereidingen vergen. Zorgverzekeraars hebben voor hun contractering een aantal handvatten nodig die nog aan nauwkeurigheid kunnen winnen. Hierbij gaat het vooral om twee aspecten : ▪ de koppeling tussen de specifieke indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van de interventie; ▪ de functionele beschrijving van de GLI. Beide aspecten zijn van belang voor een doelmatige inzet van de interventie. Het CVZ heeft immers de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie in haar algemeenheid vastgesteld. De doelgroep van de interventie is echter groot, met een grote variatie in ernst en complexiteit van de aandoening. Het is nodig om zicht te hebben op de koppeling tussen indicatie van de verzekerde en de duur en intensiteit van GLI, wil deze gepast ingezet kunnen worden. Hierover komen gaandeweg meer gegevens beschikbaar. De

Zorgstandaard Obesitas kan hierbij ook behulpzaam zijn

***functionele
beschrijving GLI***

Voor een doelmatige organisatie en inkoop van de GLI is het verder belangrijk dat per component van de interventie de minimaal vereiste deskundigheid aangegeven is (bij de verschillende niveaus van risico). De *Zorgstandaard Obesitas* zal zich over deze functionele beschrijving buigen in 2011.

***preventieketen :
integrale aanpak***

Tenslotte, afstemming tussen de zorg via de basisverzekering en het lokale gezondheidsbeleid is een belangrijke voorwaarde om de preventieketen doelmatig te laten functioneren. Het CVZ zal in dit verband een standpunt innemen over het *PreventieConsult Cardio-metaboolsyndroom*, zodra hiervan een definitieve beschrijving beschikbaar is.

***gestructureerd
aanbod per
1 januari 2012***

In verband met deze ontwikkelingen en om zorgverzekeraars een ruime voorbereidingstijd te gunnen, beveelt het CVZ aan de wettelijke verankering van de gecombineerde leefstijlinterventie als samenhangende prestatie, niet eerder dan 1 januari 2012 te realiseren.

9. Advies Adviescommissie Pakket

Aan de ACP is het conceptrapport *Gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en uitvoering* voorgelegd met de vraag te adviseren over het voorstel om de gecombineerde leefstijlinterventie in de regelgeving op te nemen als één, samenhangende prestatie.

Advies ACP over conceptrapport *Gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en uitvoering*

De ACP onderschrijft de constatering dat het zorgaanbod nog niet voorbereid is op een landelijk aanbod van de GLI. Daarbij tekent de commissie aan dat het kostenonderzoek van het iMTA een tamelijk rooskleurig beeld schetst van de opbrengsten van de interventie op lange termijn (maatschappelijke opbrengsten):

- De commissie zet vraagtekens bij sommige veronderstellingen in het rekenmodel, bijvoorbeeld rond de jaarlijkse instroom en effectiviteit. Wat zijn de consequenties van afwijkingen op deze veronderstellingen voor de kosten op korte termijn, het BKZ?
- kan een eenmalige inzet van de GLI, zoals het conceptrapport voorstelt, wel de gewenste gedragsverandering bewerkstelligen en is het redelijk en rechtmatig om verzekeren de interventie te onthouden als deze na een eenmalige inzet niet succesvol is gebleken?

Ondanks haar kanttekeningen kan de commissie zich voorstellen dat de gecombineerde leefstijlinterventie een plaats krijgt binnen de basisverzekering, ook al is het tijdstip van introductie ongunstig gezien de voorgenomen bezuinigingen in de zorg. Wél benadrukt zij dat deze zorg alleen succesvol kan zijn, als ook en vooral op andere beleidsterreinen aandacht is voor de bevordering van gezonde leefstijl en daarmee preventie van gerelateerde aandoeningen. Gezond gedrag vergt een integrale aanpak. Integraal wil zeggen dat gezond gewicht en bewegen niet los gezien kunnen worden van ander 'ongezond' gedrag, zoals roken en overmatig alcoholgebruik, én, dat de zorg niet los gezien kan worden van andere beleidsterreinen.

Gezien de onvermijdelijke onzekerheden rond de veronderstellingen in het kostenonderzoek, is het van belang de interventie van het begin af aan nauwgezet te monitoren.

Wat de uitvoering betreft, suggereert de commissie een kleinschalige introductie bijvoorbeeld via regionale experimenten. Op basis van lokale bevindingen kan vervolgens een landelijke aanpak geschetst worden.

10. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 9 augustus 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, het rapport *De gecombineerde leefstijlinterventie : kosten, opbrengsten en de praktijk* vastgesteld.

Het CVZ is van oordeel dat de gecombineerde leefstijlinterventie als één samenhangende prestatie een plaats moet krijgen in het Besluit zorgverzekering.

Het CVZ adviseert de interventie per 1 januari 2012 op deze wijze in de regelgeving op te nemen. De doelgroep voor de interventie is groot en divers samengesteld. Voor een doelmatige en gepaste aanpak is het belangrijk dat richtinggevende documenten als een zorgstandaard beschikbaar zijn. Een *Voorstel voor de Zorgstandaard Obesitas* is nu verspreid; de definitieve versie is gepland eind november 2010. Het is belangrijk om zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruim tijd te gunnen om het aanbod onder de basisverzekering voor te bereiden.

Het CVZ adviseert het aanbod van de interventie onder de basisverzekering niet te beperken tot eenmaal. De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht op een gedragsverandering. Ook andere interventies die hierop gericht zijn kennen geen wettelijke beperking qua aanbod onder de basisverzekering (vergelijk bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg). Beperkingen kunnen aangewezen zijn. Het is aan de behandelaar om hiertoe te besluiten (in overleg met de verzekerde) op basis van zorginhoudelijke overwegingen.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder: het cvz/publicaties/rapporten

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport,
Dr. A. Klink
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Uw brief van
26 februari 2009

Uw kenmerk
Z/VU-2913344

Datum
17 juni 2010

Ons kenmerk
ZA/29052066

Behandeld door
mw. mr. F.J.L. Roepnarain
mw. dr. G. Ligtenberg

Doorkiesnummer
(020) 797 87 07
(020) 797 82 27

Onderwerp
Behandeling bovenoogleden

Geachte heer Klink,

Inleiding

Bij brief van 26 februari 2009 heeft u het CVZ verzocht om na te gaan of de beperking ten aanzien van plastische-chirurgische correcties van bovenoogleden tot ongewenste effecten leidt en hiervoor een oplossing te geven.

Ongewenste effecten

De klinisch medisch specialisten zijn van mening dat de pakketmaatregel uit 2005 ertoe heeft geleid dat bepaalde groepen patiënten, voor wie een bovenooglidcorrectie medisch noodzakelijk is, deze ten onrechte niet vergoed krijgen. Op 16 maart 2009 heeft het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) het CZV hier nogmaals op geattendeerd. Zorgverzekeraars Nederland wijst er op dat eventuele ongewenste effecten van de pakketmaatregel afdoende worden ondervangen omdat de meeste zorgverzekeraars in hun aanvullende verzekeringen voor de bovenooglidcorrectie een vergoeding hebben opgenomen.

Vóór de invoering van de pakketmaatregel in 2005 bedroeg het aantal adviesaanvragen inzake vergoeding van een bovenooglidcorrectie gemiddeld 2000 per jaar. In de afgelopen jaren na de pakketinvoering lijkt het aantal adviesaanvragen over geschillen over vergoeding van een bovenooglidcorrectie te zijn afgenomen. Via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering ontvangt het CVZ jaarlijks zo'n 5 tot 10 adviesaanvragen.

Consultatie deskundigen

Het College heeft in voorgaande maanden overleg gevoerd met de volgende beroepsgroepen: de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie (NVPC), het NOG en namens Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ).

Voorgestelde criteria

Op verzoek van het CVZ hebben de NVPC en het NOG gezamenlijk criteria vastgesteld wanneer een bovenooglidcorrectie medisch noodzakelijk is:

- gezichtsveldbeperking indirect gemeten in een MRD (margin-reflex-distance) < 2 mm én klachten passend bij uitval van het bovenste gezichtsveld;
- (dreigende) schade aan het hoornvlies als gevolg van naar binnen gekeerde wimperrij;
- verminking als gevolg van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, te beoordelen door behandelend arts en adviserend geneeskundige zorgverzekeraar.

In alle gevallen dient de afwijking lege artis te zijn vastgelegd op een foto in het medisch dossier.

Voor toepassing in de praktijk hebben NVPC en NOG daarnaast ook een 'ogenposter' ontwikkeld met een aantal voorbeelden van bovenooglidafwijkingen, MRD en gezichtsveldbeperking. De ogenposter is bedoeld als leidraad voor adviserend geneeskundigen van zorgverzekeraars en kan ook als voorlichtingsmiddel dienen voor patiënten die in aanmerking willen komen voor een bovenooglidcorrectie.

Reactie zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland heeft zich beraden op deze criteria en heeft aangegeven bereid te zijn om de door de wetenschappelijke verenigingen voorgestelde criteria te accepteren.

Conclusie CVZ

Criteria

Naar het oordeel van het CVZ zijn de gegevens, zoals die door de medisch specialisten (via NVPC en NOG) zijn ingebracht en welke gebaseerd zijn op oogheelkundig onderzoek en gepubliceerde wetenschappelijke literatuur, betrouwbaar genoeg om te kunnen concluderen dat een MRD < 2 mm gecorreleerd is met een gezichtsveldbeperking. Daarnaast is het noodzakelijk dat de patiënt ook klachten heeft passend bij een gezichtsveldbeperking. De aanwezigheid van een asymptomatische MRD < 2 mm mag geen reden zijn om de bovenooglidcorrectie vanuit de basisverzekering te vergoeden.

Uitvoerbaarheid

In uw verzoek is als voorwaarde gesteld dat een eventuele oplossing draagvlak heeft onder de beroepsgroep van medisch-specialisten én onder zorgverzekeraars. Uit het voorgaande blijkt dat de zorgverzekeraars instemmen met de voorgestelde criteria.

Gelet op het voorgaande concludeert het CVZ dat het mogelijk is om een eenduidig en toepasbaar criterium te formuleren dat kan rekenen op draagvlak bij de beroepsgroepen en ZN en waarmee de aanspraak goed zou zijn af te grenzen.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt contact opnemen met het CVZ.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg

- **visuele functie**
- **spijsverteringsstelsel**
- **spreken**

Op 14 februari 2011 uitgebracht aan de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

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

Volgnummer

2011017169

Afdeling

Zorg Advies

Auteur

mw. E.C.M. Visser/mw. drs. A.J. Link

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 75

Samenvatting

Vanaf 2008 doet het CVZ in zijn pakketadviezen fasegewijs voorstellen om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. In dit rapport komt het CVZ met voorstellen voor drie categorieën hulpmiddelen.

Het CVZ adviseert de huidige functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie uit te breiden met die hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten, zoals lezen, schrijven, gebruik van telecommunicatieapparatuur, het om obstakels heenlopen en de oriëntatie. Het gaat daarbij om communicatiehulpmiddelen en bepaalde hulpmiddelen voor de mobiliteit. De financiële gevolgen van dit systeemadvies raamt het CVZ op 1,2 tot 1,7 miljoen euro per jaar in verband met de uitbreiding van de te verzekeren prestatie met hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van telecommunicatieapparatuur.

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding functiegericht te omschrijven. In functiegerichte terminologie is hierbij sprake van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel of aan ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop. Als een voedingspomp in de thuissituatie wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist is sprake van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden' en niet van 'hulpmiddelenzorg'. Omdat dit standpunt over de afbakening tussen beide te verzekeren prestaties niet overeenkomt met de uitvoeringspraktijk, stelt het CVZ voor deze functiegerichte omschrijving pas door te voeren per 1 januari 2014, zodat partijen de gelegenheid hebben de betreffende Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) en de uitvoeringspraktijk aan te passen overeenkomstig dit standpunt.

Eetapparaten zijn in de huidige regelgeving genoemd onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor het toedienen van voeding', maar zouden in feite ook onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie kunnen vallen'.

In ICF-termen is sprake van een stoornis in de functie van het bewegingssysteem. Om die reden stelt het CVZ voor de eetapparaten vanaf 1 januari 2012 alleen nog te laten vallen onder de hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die gebruikt worden ter compensatie van beperkingen in het spreken functiegericht te omschrijven. Het betreft hier de in de huidige Regeling omschreven 'spraakvervangende hulpmiddelen'.

Met de voorgestelde omschrijvingen kunnen innovaties gemakkelijker instromen en hebben verzekeraars meer mogelijkheden voor het aanbieden van zorg op maat. Bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden.

1. Inleiding

Ontwikkelingen hulpmiddelenbeleid	In zijn brief van 16 april 2008 informeerde de voormalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Tweede Kamer over de ontwikkelingen in het hulpmiddelenbeleid¹. Naar aanleiding van eerder gestelde vragen, informeerde hij de Kamer over de mogelijkheden van een functiegericht omschrijving van hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet. De minister constateerde dat de paragraaf 'Hulpmiddelenzorg' in de Regeling zorgverzekering (Rzv) op dat moment nog gedetailleerd was omschreven. Hij stelde dat een dergelijke gedetailleerde omschrijving van zorg niet overeenstemde met zijn streven naar minder centrale sturing. Door de definiëring ontstonden bovendien knelpunten in de toegang tot adequate zorg, omdat de 'aanbod' georiënteerde lijst van producten weinig flexibiliteit bood.
Vraagsturing en keuzevrijheid	In zijn brief kondigde de minister verder aan dat hij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg zou gaan omvormen naar een regeling gebaseerd op functiebeperkingen. De inflexibiliteit van een op productniveau georiënteerde lijst zou daarmee worden losgelaten. In plaats daarvan zouden vraagsturing en keuzevrijheid meer ruimte krijgen, hetgeen de kwaliteit van zorg bevordert. Ook was de verwachting dat innovatie in de hulpmiddelensector bij een functiegericht omschreven hulpmiddelenzorg meer kans zou krijgen dan tot dan het geval was. De minister gaf aan binnen zijn ambtstermijn te willen streven naar een zo volledig mogelijk op functiebeperkingen gericht omschreven hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet.
Omvorming fasegewijs	Vanaf 2008 heeft het CVZ in zijn pakketadviezen fasegewijs voorstellen gedaan om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. Het gaat daarbij om hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de volgende functies: • het bewegingssysteem; 2008 • de visuele functie (deels); 2008 • ter vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam; 2009 • het ademhalingsstelsel; 2009 • de hoorfunctie; 2010 • urinelozing en defecatie; 2010 • het hematologisch systeem; 2010 • de bloedsuikerspiegel. 2010

¹ GMT/VDG 2836608

In hoofdstuk 3 van dit rapport doet het CVZ wederom voorstellen om drie categorieën hulpmiddelen functiegericht te omschrijven.

Het gaat daarbij om:

- een uitbreiding van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie;
- hulpmiddelen voor stoornissen van het spijsverteringsstelsel;
- hulpmiddelen ter compensatie voor beperkingen in het spreken.

De belangrijkste punten uit de inhoudelijke consultatie zijn per onderdeel samengevat. Het advies van de ACP en het besluit van de het CVZ zijn opgenomen in hoofdstuk 4 en 5 van dit rapport.

2. Algemene uitgangspunten

2.a. Van gesloten naar open systeem

Bij het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg verandert deze te verzekeren prestatie van een gesloten (positieve lijst) naar een open systeem. Kenmerk van een open systeem is dat interventies gemakkelijker instromen in die zin dat geen wijziging van wet- en regelgeving nodig is. Interventies die niet aan de pakketprincipes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvoerbaarheid) voldoen dienen te worden uitgesloten van de te verzekeren prestaties. In feite ontstaat er dan een negatieve lijst, vastgelegd in de wet- en regelgeving.

Uitgangspunten

Bij het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg heeft het CVZ met een aantal uitgangspunten rekening gehouden:

- het uitgangspunt is budgetneutraliteit;
- de omschrijving dient zodanig te zijn dat algemeen gebruikelijke hulpmiddelen niet instromen;
- hulpmiddelen die financieel toegankelijk zijn dienen te worden uitgesloten van de te verzekeren prestatie;
- hulpmiddelen dienen te voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

2.b. Beheersbaarheid verandertraject

Het vorige hoofdstuk refereerde aan de brief van de Minister van VWS van 16 april 2008 aan de Tweede Kamer. In deze brief kwam ook de vraag aan bod of een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg wel beheersbaar zou zijn. In antwoord op deze vraag stelde de minister dat hij op basis van de pakketadviezen van het CVZ zou besluiten wat precies onder de dekking van de Zvw zou komen te vallen. Daarbij wees hij op de criteria die het CVZ hanteert bij de beoordeling van zorgvormen. Hij ging ervan uit dat niet alle innovatieve hulpmiddelen automatisch in het pakket worden opgenomen, omdat de effectiviteit van een hulpmiddel door deugdelijk onderzoek of anders door informatie vanuit het betrokken vakgebied onderbouwd moet worden. Ook ging hij er vanuit dat het CVZ waar nodig voorstellen zou doen om de aanspraak op basis van de pakketprincipes te beperken.

Onderbouwing effectiviteit blijft nodig

Zonodig beperking aanspraken

Om het verandertraject beheersbaar te houden, heeft het CVZ met het ministerie afgesproken dat zoveel mogelijk gestreefd wordt naar budgetneutraliteit. Daarom is in eerste instantie de huidige te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg als uitgangspunt genomen bij het formuleren van de functiegericht omschreven aanspraken. Alleen als daar valide argumenten voor zijn, zal het CVZ in zijn voorstellen afwijken van het uitgangspunt van budgetneutraliteit.

De criteria die het CVZ hanteert en de consequenties van deze criteria voor de functiegerichte omschrijvingen zet het CVZ in de volgende paragrafen nog eens uiteen.

2.c. Noodzakelijkheid

Beoordelingskader hulpmiddelenzorg

In het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg² zijn de pakketprincipes voor de hulpmiddelenzorg nader uitgewerkt. Bij de beoordeling van 'noodzakelijkheid' gaat het in de huidige systematiek om de volgende zorgbrede criteria: de ernst van de ziekte ofwel de ziektelast en de noodzaak om een behandeling daadwerkelijk te verzekeren.

Deze laatste vraag valt in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg uiteen in twee delen:

- Is het hulpmiddel algemeen gebruikelijk?
- Zijn de kosten van het hulpmiddel substantieel?

2.c.1. Algemeen gebruikelijk

Om te beoordelen of een hulpmiddel algemeen gebruikelijk is, beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

Functionerings- probleem

(medische) deskundigheid

- Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
- Wordt het hulpmiddel (nagenoeg) alleen in medisch speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke (medische) deskundigheid vereist?

Relatie stoornis

Een functiegericht omschreven hulpmiddelenzorg – waarbij de regelgeving wordt omgevormd naar een meer 'open' systeem – dient zodanig te zijn ingericht dat algemeen gebruikelijke hulpmiddelen niet kunnen instromen in het pakket. Het gaat hierbij vaak om welzijnsgerelateerde hulpmiddelen die mensen zonder beperking eveneens aanschaffen (bijvoorbeeld een computer of weegschaal). In de categorieën hulpmiddelen waar dit speelt heeft het CVZ de functiegerichte omschrijving vormgegeven in die zin dat sprake moet zijn van hulpmiddelen *gerelateerd* aan stoornissen in bijvoorbeeld de visuele functie. Dergelijke hulpmiddelen schaffen mensen zonder beperking in de regel niet aan (zie verder de specifieke voorstellen in het volgende hoofdstuk).

2.c.2. Financieel toegankelijk

Bij hulpmiddelen die wél een relatie hebben met de functiebeperking – en daarmee niet algemeen gebruikelijk zijn – wordt de financiële toegankelijkheid beoordeeld. Vaak gaat het om een aan de handicap aangepaste uitvoering van een product dat mensen zonder beperkingen voor eigen rekening moeten aanschaffen (bijv. een brailleurhorloge).

² CVZ-Rapport: Beoordelingskader hulpmiddelenzorg, uitgave 258, jaargang 2008

	Om te beoordelen of een hulpmiddel financieel toegankelijk is, beantwoordt het CVZ de volgende vragen:
Substitutie	• Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke middelen?
Hoogte kosten	• Zijn de kosten (of meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt?
Voorzienbaarheid	◦ Betreft het een voorzienbaar veel voorkomend functioneringsprobleem?
Besparings- of kwaliteitsaspecten	• Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparings- of kwaliteitsaspecten meespelen?

In een functiegericht omschreven hulpmiddelenzorg – waarbij omvorming van regelgeving plaatsvindt naar een meer ‘open’ systeem – dienen hulpmiddelen die niet algemeen gebruikelijk zijn maar wél financieel toegankelijk, te worden uitgesloten van de voorgestelde functiegerichte omschrijving (zie verder de specifieke voorstellen in het volgende hoofdstuk).

2.d. Effectiviteit

Bij hulpmiddelenzorg was tot voor kort sprake van een gesloten systeem van regelgeving (positieve lijst). De gedetailleerde regelgeving vormde een belemmering voor de toelating van innovatieve hulpmiddelen tot het pakket. Vaak was een advies voor wijziging van de regelgeving noodzakelijk, waarbij onder meer werd getoetst aan het pakketprincipe ‘effectiviteit’.

Stand van de wetenschap en praktijk	Hoewel bij een meer open geformuleerde te verzekeren prestatie innovatieve hulpmiddelen gemakkelijker kunnen instromen in het pakket, geldt nog steeds dat de effectiviteit van een hulpmiddel moet zijn bewezen. Deze toets is neergelegd in artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Hierin is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. In feite is dit een vertaling van het pakketprincipe ‘effectiviteit’.
Verantwoorde en adequate zorg	

In het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg heeft het CVZ uiteengezet welke werkwijze hij volgt om de ‘effectiviteit’ oftewel ‘de stand van wetenschap en praktijk’ van hulpmiddelenzorg te beoordelen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen en welzijnsgerelateerde hulpmiddelen.

***Wetenschappelijk
bewijs***

***Praktijkevaluatie/
Consumenten-
onderzoek***

Bij gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen gaat het CVZ uit van wetenschappelijk bewijsvoering in de vorm van minimaal twee kwalitatief goed uitgevoerde RCT's. Bij de meer welzijnsgerelateerde hulpmiddelen is wetenschappelijke bewijsvoering vaak niet aan de orde. Wel zal op enigerlei wijze aantoonbaar moeten zijn of de zorg in staat is te doen wat deze beoogt te doen en of de veiligheid en het gebruikersgemak gewaarborgd zijn. Een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek kan hierop mogelijk antwoord geven. Voor een nadere uitwerking zie CVZ-rapport 'Beoordelingskader hulpmiddelenzorg', uitgave 258, jaargang 2008. Dit rapport gaat ook in op de andere pakketprincipes te weten 'kosteneffectiviteit' en 'uitvoerbaarheid'.

3. Systeemadviezen hulpmiddelen

3.a. Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

3.a.1. Samenvatting

Systeemadvies: Het CVZ adviseert de huidige functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie uit te breiden met die hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten, zoals lezen, schrijven, gebruik van telecommunicatieapparatuur, het om obstakels heenlopen en de oriëntatie. Het gaat daarbij om communicatiehulpmiddelen en bepaalde hulpmiddelen voor de mobiliteit. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van het pakket en vermijdt onnodige regelgeving. De financiële gevolgen van dit systeemadvies raamt het CVZ op 1,2 tot 1,7 miljoen euro per jaar in verband met de uitbreiding van de te verzekeren prestatie met hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van telecommunicatieapparatuur.

3.a.2. Aanleiding

In de paragraaf hulpmiddelenzorg uit de Rzv zijn verschillende hulpmiddelen opgenomen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de visuele functie. De ICF-classificatie maakt een splitsing tussen:

Funcities

- hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie (classificatie *funcities*) en;
- hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie *activiteiten en participatie*).

Activiteiten en participatie

In het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2008 (publicatienummer 257) heeft het CVZ voorstellen gedaan om de toenmalige te verzekeren prestatie 'gezichtshulpmiddelen' functiegericht te omschrijven. Het ging daarbij om hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie. De hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ervaart bij het uitoefenen van activiteiten – zoals communicatiehulpmiddelen – zijn destijds niet in de voorstellen meegenomen. De reden hiervoor was, dat het op dat moment (nog) niet duidelijk was of – met het oog op het op handen zijnde heroriëntatietraject – de Zvw de meest geëigende wettelijke regeling was om deze middelen te verzekeren.

**Heroriëntatie niet
van invloed**

Hoewel de minister van VWS nog geen besluit heeft genomen over het heroriëntatietraject is de verwachting dat dit traject geen invloed zal hebben op de positionering van hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de visuele functie. Zowel in het advies van het CVZ³ als in het door ZN en CG-Raad aan de minister aangeboden alternatieve scenario zullen deze hulpmiddelen tot het domein van de Zorgverzekeringswet blijven behoren. Daarom doet het CVZ in dit pakketadvies voorstellen om de al bestaande functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor de visuele functie uit te breiden.

3.a.3. Wettelijk kader

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In het derde lid van dit artikel is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Verder is in artikel 2.9, eerste lid, Bzv geregeld dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de verschillende hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de visuele functie als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.6, onderdeel f, en artikel 2.13:

Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie

Zien

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, met uitzondering van brillenglazen of filterglazen, inclusief montuur.
2. In het geval van lenzen, dient de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen.

³ Heroriëntatie hulpmiddelen: uitgaven 279, jaargang 2009

3. Voor lenzen betaalt de verzekerde:
 - a. Een eigen bijdrage van € 51,50 per lens als sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. Een eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar als sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd geldt een eigen bijdrage van € 51,50 per kalenderjaar.

Artikel 2.6, onderdeel j, en artikel 2.17

Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen

Mobiliteit

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:

- c. Blindentaststokken

Artikel 2.6, onderdeel t, en artikel 2.26

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

Communicatie en informatie

- a. (...)
- b. Schrijfmachines voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen.
- c. Rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamelijke handicap;
- d. Invoer- en uitvoerapparatuur en de daartoe benodigde programmatuur, noodzakelijke upgrades daarvan, alsmede accessoires voor een computer, een schrijfmachine en een rekenmachine, aangepast aan een lichamelijke handicap;
- e. Computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
- f. (...)
- g. Opname- en voorleesapparatuur voor gehandicapten, zijnde:
 - 1° Memorecorders voor visueel gehandicapten;
 - 2° Daisy-spelers of Daisy-programmatuur voor visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten;
 - 3° Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten.
- h. (...)
- i. (...)
- j. (...)

Artikel 2.6, onderdeel x.

Beeldschermlopen

Artikel 2.6, onderdeel bb. en artikel 2.30

Tactiellesapparatuur

Artikel 2.6, onder ff. en artikel 2.34

Geleidehonden

Mobiliteit en oriëntatie

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel ff, omvatten:
 - a. Blindengeleidehonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen.
 - b. (...)
2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, omvatten tevens een tegemoetkoming in de redelijk te achten gebruikskosten.

3.a.4. Ziektelast en financiële toegankelijkheid

Er zijn meerdere oogaandoeningen die kunnen leiden tot slechtziendheid, onder meer maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en staar.

Ziektelast aanzienlijk

Uit de rapportage over de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010 (deelrapport Gezondheid en Determinanten) van het RIVM blijkt dat de ziektelast van gezichtsstoornissen uitgedrukt in DALY's (Disability-Adjusted Life-Years) aanzienlijk is. Om die reden is het CVZ van mening dat hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie dan wel ter compensatie van de daaruit voortvloeiende beperkingen tot de noodzakelijk te verzekeren zorg behoren.

Niet financieel toegankelijk

Zoals uit de vorige paragraaf blijkt gaat het hier om uiteenlopende voorzieningen (diverse gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, communicatiehulpmiddelen en blindengeleidehonden). Het voert te ver om van al deze verschillende hulpmiddelen de kosten per gebruiker per jaar op te sommen. Op basis van de cijfers van de GIPdatabank stelt het CVZ vast dat de meeste hulpmiddelen die tot de te verzekeren prestatie behoren enkele honderden euro's (en meer) per gebruiker per jaar kosten. Het CVZ is van mening dat deze kosten niet voor eigen rekening kunnen komen.

3.a.5. Classificatie

In de ISO 9999 zijn bovengenoemde hulpmiddelen opgenomen onder:

ISO

ISO 22 03 Hulpmiddelen voor het zien

- Lenzen en lenssystemen voor beeldvergroting
- Verrekijkerbrillen en telescoopbrillen
- Beeldvergroterende videosystemen

ISO 12 39 Oriënteringshulpmiddelen

- (Witte) taststokken

- ISO 22 12 Hulpmiddelen voor tekenen en schrijven
- Schrijfmachines
 - Programmatuur voor tekstverwerking (*inclusie* bijv. programmatuur voor gebruiken van braille)
- ISO 22 15 Hulpmiddelen voor rekenen
- Rekenmachines
- In de bestanden van de GIP-databank komen de laatste jaren geen declaraties meer voor die betrekking hebben op rekenmachines. Het CVZ constateert dat dit hulpmiddel obsoleet is geworden en als te verzekeren prestatie kan vervallen.
- ISO 22 18 Hulpmiddelen voor omgaan met auditieve en visuele informatie
- Geluidsapparatuur (*inclusie* bijv., Daisy-apparatuur)
- ISO 22 36 Hulpmiddelen voor invoeren van gegevens in computers
- Toetsenborden (*inclusie* bijv. brailletoetsenborden)
 - Alternatieve invoerhulpmiddelen (*inclusie* bijv. spraakherkenningsapparatuur)
- ISO 22 39 Hulpmiddelen voor genereren van uitvoer van computers
- Beeldschermen (*inclusie* bijv. brailleleesregels);
 - Printers (*inclusie* bijv. brailleprinters);
 - Speciale programmatuur voor genereren van uitvoer van computers (*inclusie* bijv. programmatuur voor grootlettersystemen, schermuitleesprogrammatuur).
- Blindengeleidehonden komen niet voor in ISO-9999.

ICF

Zoals eerder gesteld maakt ICF-classificatie een splitsing tussen:

- hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie (classificatie *functies*) en;
- hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie *activiteiten en participatie*).

Stoornis	De hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren zijn met ingang van 2009 functiegericht omschreven (artikel 2.13 Rzv). Het gaat daarbij om hulpmiddelen die ingrijpen op het stoornisniveau met als doel om de stoornis geheel of gedeeltelijk op te heffen.
Beperking	Indien de stoornis in de visuele functie met deze hulpmiddelen (in bepaalde situaties) onvoldoende verbetert, zullen mensen met een visuele beperking bij bepaalde activiteiten beperkingen ervaren. De overige hulpmiddelen dienen ter compensatie van deze beperkingen (de moeilijkheden die een persoon als gevolg van zijn blind- of slechthziendheid ervaart bij het uitvoeren van activiteiten). In termen van ICF gaat het bij deze hulpmiddelen om beperkingen in het: ○ <u>Lezen</u> <i>Begrijpen en interpreteren van geschreven materiaal met als doel algemene kennis of specifieke informatie te verwerven.</i> Hulpmiddelen die binnen de huidige regelgeving een compensatie bieden voor beperkingen in het lezen als gevolg van een visuele beperking, zijn: - uitvoerapparatuur voor computers en de daarbij benodigde programmatuur aangepast aan een lichamelijke beperking (brailleleesregels, spraaksynthese, schermuitleesprogrammatuur); - computerprogrammatuur voor grootlettersystemen; - Daisy-spelers of Daisy-programmatuur; - voorleesapparatuur; - beeldschermlopen; - tactielleesapparatuur. ○ <u>Schrijven</u> <i>Symbolen gebruiken of produceren om informatie over te brengen, zoals gebeurtenissen of ideeën opschrijven of een brief opstellen,</i> De hulpmiddelen die binnen de huidige regelgeving een compensatie biedt voor beperkingen bij het schrijven als gevolg van een visuele beperking, zijn: - In-/uitvoerapparatuur voor computers en de daarbij benodigde programmatuur aangepast aan een lichamelijke beperking; - schrijfmachines voor mensen met een lichamelijke beperking; - de memorecorder.

- Typen
Gebruiken van onder meer typemachines, computers en Braille-typemachines als middel om te communiceren.
 Hulpmiddelen die binnen de huidige regelgeving een compensatie bieden voor beperkingen bij het typen als gevolg van een visuele beperking, zijn:
 - invoerapparatuur voor computers (bijv. speciale toetsenborden) en de daarbij benodigde programmatuur;
 - schrijfmachines voor mensen met een lichamelijke beperking.

In het hoofdstuk 'Mobiliteit' van de ICF-classificatie *activiteiten en participatie* zijn meerdere activiteiten opgenomen waarbij mensen met een visuele beperking problemen ondervinden. Het gaat daarbij om de activiteit 'Lopen' en dan met name 'Lopen om obstakels heen' en de activiteit 'Zich verplaatsen tussen verschillende locaties'.

- Lopen om obstakels heen
Zonder botsen om bewegende en niet bewegende voorwerpen, mensen, dieren en voertuigen heen lopen, zoals bij het lopen op de markt of in een winkel, in het verkeer of op andere drukbevolkte plaatsen.
 en
- Zich verplaatsen tussen verschillende locaties
Lopen en zich verplaatsen in verschillende plaatsen en situaties, zoals bij het zich verplaatsen tussen kamers in een huis, gebouw, door een straat of stad.

Hulpmiddelen die binnen de huidige regelgeving een compensatie bieden voor beperkingen in het 'lopen om obstakels heen' of in het 'zich verplaatsen tussen verschillende locaties' als gevolg van een visuele beperking, zijn:

- blindentaststok;
- blindengeleidehond;
- hulpmiddelen voor de mobiliteit.

3.a.6. Functiegerichte omschrijving

Als we uitgaan van de hulpmiddelen die op dit moment onder de te verzekeren prestaties vallen kan de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die samenhangen met de visuele functie in ICF-termen als volgt worden gedefinieerd:

Huidige aanspraak

1. *hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie en van functies van aan het oog verwante structuren.*
2. *hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het*
 - a. *lezen, schrijven, typen;*
 - b. *om obstakels heenlopen of in het zich verplaatsen tussen verschillende locaties.*

De hulpmiddelen zoals vermeld onder 1. zijn sinds 1 januari 2009 functiegericht omschreven in artikel 2.13, Rzv. Om tot een volledige functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor de visuele functie te komen, doet het CVZ voorstellen om ook de onder 2a. en 2b. genoemde hulpmiddelen onder dit artikel te laten vallen. Daarnaast heeft het CVZ op verzoek van partijen onderzocht of het wenselijk is bepaalde categorieën hulpmiddelen onder de functiegerichte omschrijving te brengen die nu nog niet onder de te verzekeren prestatie vallen.

Budgetneutraliteit

Om het verandertraject beheersbaar te houden, hanteert het CVZ het uitgangspunt van budgetneutraliteit. In de volgende paragrafen komen de aspecten aan de orde die van invloed zijn op de vormgeving van de functiegerichte omschrijving in de regelgeving.

3.a.7. Hulpmiddelen voor het lezen, schrijven en typen

**Inventarisatie
hulpmiddelen**

Indien een functiegerichte omschrijving zou worden uitgebreid met hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven en typen, is de te verzekeren prestatie ruimer dan nu het geval is. Het CVZ heeft een globale inventarisatie uitgevoerd naar de hulpmiddelen die voldoen aan deze omschrijving, maar op dit moment niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het betreft onder meer de volgende hulpmiddelen.

Lezen

- Leeslinialen
- Grootletterboeken
- Luisterboeken (waaronder Daisyboeken)

Schrijven

- Reglette met prikpen
- Braillelettertang of -schijf met toebehoren
- Braillefolie, -labels, -papier
- Handschriftgeleiders
- Agenda's en kalenders in grootletterschrift
- Speciale notitieblokken
- Toetsenbordstickers voor computer of schrijfmachine

Veel van deze hulpmiddelen substitueren voor algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld agenda's, notitieblokken, boeken, pen en papier). Bovendien zijn de meerkosten deze hulpmiddelen niet dermate hoog, dat deze daarmee financieel ontoegankelijk zouden zijn. Een handschriftgeleider voor A4 papier kost circa 15 euro en een reglette met prikpen circa 20 euro.

**Beoordelingskader
Hulpmiddelenzorg** Op basis van het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg komen dergelijke hulpmiddelen op grond van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' niet in aanmerking voor toelating tot het pakket. Dit betekent dat bij een functiegerichte omschrijving van de te verzekeren prestatie dergelijke hulpmiddelen zouden moeten worden uitgesloten. De hulpmiddelen waar het hier om gaat vallen onder de noemer 'eenvoudige lees- en schrijfbependingen voor mensen met een visuele beperking'.

Overlap Typen
Het CVZ constateert een overlap bij de hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de visuele functie als het gaat om beperkingen in het schrijven en typen. Daar waar er geen overlap is gaat het vooral om mensen die problemen ervaren met de bediening van het toetsenbord als gevolg van een motorische beperking. Dergelijke aangepaste toetsenborden horen niet thuis in deze functiegerichte omschrijving. Het CVZ is van mening dat de activiteit 'typen' in de omschrijving achterwege kan blijven, zonder dat dit gevolgen heeft voor de omvang van deze te verzekeren prestatie.

3.a.8. Hulpmiddelen voor het lopen om obstakels heen of voor het zich verplaatsen tussen verschillende locaties

Lopen om obstakels heen
Bij hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het *om obstakels heenlopen* gaat het om het besef, de lokalisering van voorwerpen op het pad van een blind of zeer slechtziend persoon. Deze objecten zijn met behulp van traditionele hulpmiddelen, zoals de blindentaststok en de blindengeleidehond goed te detecteren. De meer geavanceerde taststokken (elektronische anti-bots hulpmiddelen) voldoen weliswaar aan deze functiegerichte omschrijving, maar vallen op dit moment nog niet onder de te verzekeren prestatie.

**Blindentaststok
met echolocatie
geen adequate zorg** In 2007 heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat een blindentaststok voorzien van 'echolocatie' niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (uitspraken www.cvz.nl - 27062672 (27090440)). Een dergelijk hulpmiddel voldoet niet aan het wettelijk criterium 'hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten', als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Een dergelijke taststok valt daarom nog niet onder de te verzekeren prestatie.

Wetenschappelijk onderzoek

Op dit moment loopt een wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van innovatieve elektronische mobiliteitshulpmiddelen op de participatie van visueel beperkte en blinde personen⁴. In deze studie die gefinancierd wordt door ZonMw zijn twee typen hulpmiddelen betrokken, te weten elektronische anti-bots hulpmiddelen en elektronische oriënteringshulpmiddelen. Indien op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zou blijken dat elektronische anti-bots hulpmiddelen effectief zijn – in die zin dat zij een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van deze doelgroep – dan kunnen deze hulpmiddelen instromen in het pakket, voor zover zij voldoen aan de overige pakketprincipes.

Zich verplaatsen tussen verschillende locaties

Een taststok en blindengeleidehond voldoen ook aan de omschrijving *hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het zich verplaatsen tussen verschillende locaties*, maar deze omschrijving is veel ruimer. Indien men kiest voor deze omschrijving moet met de volgende aspecten rekening worden gehouden.

Te ruime omschrijving

Onder deze omschrijving vallen ook hulpmiddelen die de gebruiker informatie geven over de eigen positie in de omgeving ten opzichte van het einddoel (en de positie van andere objecten, zoals straten, kruisingen of bepaalde wijken), de zogenaamde oriënteringshulpmiddelen. Maar ook de speciaal voor blinden en slechtzienden ontwikkelde loophulpmiddelen voorzien van rode bies vallen hieronder. Bij een ruime interpretatie van deze omschrijving zouden ook herkenningsplaatjes voor in het verkeer – waaruit blijkt dat iemand visueel beperkt is – tot de te verzekeren prestaties gaan behoren. Het is de vraag of dit wenselijk is.

Kort samengevat voldoen de volgende hulpmiddelen aan de omschrijving *'hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het zich verplaatsen tussen verschillende locaties'*:

- Blindentaststok
- Blindengeleidehond
- (Elektronische) oriënteringshulpmiddelen;
- Kompas met braille-indicatie;
- Hulpmiddelen voor het herkennen van visueel beperkten in het verkeer;
- Mobiliteitshulpmiddelen (steun- of herkenningstok en witte rollator voorzien van rode biesen).

Het CVZ acht het niet gewenst als hulpmiddelen voor het herkennen van visueel beperkten in het verkeer en loophulpmiddelen voorzien van rode biesen onder deze te

⁴ Study on the effect of innovative Electronic Mobility Aids (EMA) on participation of visual impaired and blind persons

verzekeren prestatie komen te vallen. Herkenningsplaatjes voor in het verkeer kan men voor een gering bedrag zelf aanschaffen en loophulpmiddelen zijn geregeld in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen' als bedoeld in artikel 2.6, onder j, en 2.17 van de Rzv.

Hulpmiddelen voor de oriëntatie

De overige hulpmiddelen hebben met elkaar gemeen dat zij alle (ook) worden gebruikt bij de oriëntatie van mensen met een visuele beperking. Blindentaststokken zijn in de ISO-classificatie gerangschikt onder de oriënteringshulpmiddelen. Een blindengeleidehond geeft ter oriëntering van zijn baas iedere zijstraat en elke stoeprand aan. Dit maakt dat de geleidehondgebruiker weet waar hij is en waar hij bijvoorbeeld links of rechtsaf moet om het doel van de tocht te bereiken. Overigens functioneert een blindengeleidehond alleen op voor hem bekend terrein. Dit maakt dat mensen met een visuele beperking ook behoefte kunnen hebben aan andere oriënteringshulpmiddelen.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen vallen nog niet onder de huidige te verzekeren prestaties. In het Pakketadvies 2009 (Deelrapport Hulpmiddelenzorg) constateerde het CVZ dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de mate waarin elektronische oriënteringshulpmiddelen voor mensen met een visuele beperking een bijdrage leveren aan de mobiliteit en oriëntatie van deze doelgroep. Om deze reden was het niet mogelijk een advies uit te brengen over opname van deze hulpmiddelen in het pakket. Deze elektronische oriënteringshulpmiddelen maken deel uit van het wetenschappelijk onderzoek waaraan eerder is gerefereerd. Ook hier geldt dat als dit onderzoek gegevens oplevert die de effectiviteit van deze hulpmiddelen staven – in die zin dat zij een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van deze doelgroep – dan kunnen deze hulpmiddelen instromen in het pakket, voor zover zij voldoen aan de overige pakketprincipes. Het CVZ zal te zijner tijd de uitkomsten van dit onderzoek beoordelen.

Een kompas met braille-indicatie is weliswaar een hulpmiddel voor de oriëntatie maar geeft hooguit informatie over hoofdstreken (noord, oost, zuid, west). Voor het bevorderen van de zelfstandigheid van mensen met een visuele beperking is dat volstrekt onvoldoende. Nog afgezien van de vraag of een kompas met braille-indicatie voor mensen met een visuele beperking een doelmatig hulpmiddel is, ligt de prijs van dit hulpmiddel niet veel hoger dan de prijs van een gewoon kompas zonder braille-indicatie. Het CVZ ziet dan ook geen aanleiding een dergelijk hulpmiddel toe te laten tot het pakket.

**ICF-terminologie
losgelaten**

Het bovenstaande heeft geleid tot de volgende aanpassing in de functiegerichte omschrijving, waarbij de terminologie van de ICF deels is losgelaten. Het gaat om:

- *Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het om obstakels heenlopen;*
- *Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in de oriëntatie.*

Het CVZ acht het niet nodig om een kompas met braille-indicatie van deze te verzekeren prestatie uit te sluiten, simpelweg omdat een dergelijk kompas onvoldoende compenseert voor deze beperkingen en daarmee niet voldoet aan deze omschrijving.

3.a.9. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruiken van telecommunicatieapparatuur

Mobiele telefoons

In het Pakketadvies 2008 (Deelrapport hulpmiddelenzorg, uitgave 257) adviseerde het CVZ aangepaste mobiele telefoons voor blinden en slechtzienden niet toe te laten tot het te verzekeren pakket. De reden hiervoor was dat een overgrote meerderheid van deze doelgroep kan volstaan met een reguliere mobiele telefoon en er dus geen sprake is van meerkosten. Voor het (beperkte) deel van de doelgroep dat niet kan volstaan met een reguliere mobiele telefoon achtte het CVZ voldoende financieel toegankelijke alternatieven aanwezig. Het ging daarbij om alternatieven waarmee mensen met een visuele beperking kunnen bellen en gebeld worden. Dergelijke telefoons zijn nog steeds beschikbaar. Het ontvangen van tekstberichten is met deze telefoons echter niet mogelijk. Het CVZ heeft dit advies nogmaals gewogen in het licht van recente ontwikkelingen.

**Financieel
toegankelijke
alternatieven**

Europese richtlijn

In november 2009 heeft het Europees Parlement de herziening van de Europese Universeledienstrichtlijn (UD-richtlijn) vastgesteld. Deze richtlijn legt nu verplichtingen op aan lidstaten met betrekking tot de toegankelijkheid van telecommunicatie voor mensen met een beperking. Dit betekent dat mensen met een beperking een functioneel gelijkwaardige toegang dienen te hebben tot telecommunicatiediensten.

**SEO-onderzoek
Toegang
tot Telecom**

In opdracht van het ministerie van Economische Zaken heeft SEO Economisch Onderzoek onderzoek gedaan ter voorbereiding van de nationale implementatie van deze herziene richtlijn. Eén van de aanbevelingen uit het SEO-rapport 'Toegang tot Telecom' is de toegankelijkheid van telecommunicatiediensten voor mensen met een visuele beperking te vergroten door het verstrekken van spraaksoftware voor mobiele telefonie via de Zvw.

Naar de mening van het CVZ is dit niet de enige maar wel een voor de hand liggende plaats om de toegankelijkheid van

	telecommunicatiediensten door middel van spraaksoftware voor mensen met een visuele beperking te waarborgen. Het ligt in het verlengde van andere communicatiehulpmiddelen die via de Zvw voor deze doelgroep zijn geregeld, maar ook teksttelefonie voor doven en slechthorenden is in de Zvw verankerd.
<i>Spraaksoftware mobiele telefonie</i>	De grootste knelpunten bij het gebruik van mobiele telefoons voor mensen met een visuele beperking zijn het navigeren door de menu's en het gebruik van Sms. Mensen met een ernstige visuele beperking kunnen mobiele telefonie gebruiken met behulp van spraaksoftware. De spraaksoftware begeleidt de gebruiker door de menu's, leest Sms-berichten voor en kan informatie over de oproeper voorlezen. Met dergelijke software is het voor mensen met een visuele beperking mogelijk om onderweg via Sms van de Nederlandse Spoorwegen te horen dat een route vertraging heeft opgelopen of is gewijzigd. Ook stelt het mensen met een visuele beperking in staat thuis te telebankieren door hun tan-code via Sms toe te laten sturen.
<i>NL-Alert</i>	Het CVZ constateert dat alleen bellen en gebeld kunnen worden anno 2011 niet meer voldoende is om de gelijke toegankelijkheid van telecommunicatiediensten te waarborgen. Dit speelt des te meer nu de overheid voornemens is het burgeralarmerings- en informatiesysteem in de nabije toekomst – naar verwachting medio 2011 – vorm te geven via NL-Alert. De dienst NL-Alert is volledig gebaseerd op cell broadcasttechniek. Het stelt de overheid in staat om van zeer lokaal tot, indien noodzakelijk, nationaal de binnen een bepaald gebied aanwezige bezitters van een mobiele telefoon – door middel van tekstberichten – op de hoogte te stellen van ontwikkelingen in de openbare orde en veiligheid. De spraaksoftware waar het hier om gaat is vaak alleen compatible met duurdere mobiele telefoons (Smartphones). Samen met de aanschafkosten van de spraaksoftware € 230,- wordt dit door de doelgroep als een financiële drempel ervaren. Het CVZ is van mening dat deze spraaksoftware behoort tot de noodzakelijk te verzekeren zorg waarvan de kosten niet zodanig zijn dat deze voor eigen rekening kunnen komen.
<i>TV-ondertiteling</i>	Door de uitbreiding van de functiegerichte omschrijving met hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van telecommunicatieapparatuur vallen ook hulpmiddelen voor het uitspreken van TV-ondertiteling onder de te verzekeren prestatie. In feite gaat het hierbij niet om een uitbreiding van het pakket, omdat een dergelijke functionaliteit al enige jaren geïntegreerd wordt aangeboden met apparatuur voor het voorlezen van Daisy-lectuur. Dergelijke apparatuur valt nu ook al onder de te verzekeren prestatie.

Relatie stoornis en hulpmiddel	<i>3.a.10. Algemeen gebruikelijke voorzieningen</i> Algemeen gebruikelijke voorzieningen – bijvoorbeeld een computer – dienen niet onder de te verzekeren prestatie komen te vallen. Om dit te voorkomen stelt het CVZ voor de omschrijving in artikel 2.6, onder deel f, van de Rzv te wijzigen in die zin dat het moet gaan om ‘<i>uitwendige hulpmiddelen die zijn gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie</i>’. In deze optiek moet er een relatie bestaan tussen specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt en de stoornis in de visuele functie. Mensen zonder visuele beperking schaffen dergelijke hulpmiddelen in het algemeen niet aan.
Computers zijn algemeen gebruikelijk	Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Mensen zonder visuele beperking schaffen dergelijke hulpmiddelen ook aan. Dit geldt bijvoorbeeld voor een gewone computer met randapparatuur om te printen en te scannen, joysticks en trackballs. Bij speciaal voor mensen met een visuele beperking op de markt gebrachte programmatuur/apparatuur zoals grootlettersoftware of brailleleesregels is deze relatie nadrukkelijk wel aanwezig.
	Door de snelle technologische vooruitgang is het echter voorstelbaar dat bepaalde hulpmiddelen op termijn voor een breder publiek toegankelijk worden (design for all) en daarmee algemeen gebruikelijk. Als het moment bereikt is dat een dergelijk hulpmiddel algemeen gebruikelijk is, dan valt het niet langer onder de te verzekeren prestaties omdat de relatie met de stoornis in de visuele functie ontbreekt. Dit maakt de voorgestelde vormgeving van de regelgeving toekomstbestendig.
Functiegericht omschrijving	<i>3.a.11. Advies</i> Om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie functiegericht te omschrijven, stelt het CVZ voor de Rzv als volgt te wijzigen. Artikel 2.6, f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, zoals omschreven in artikel 2.13; <i>x (vervalt)</i> <i>bb (vervalt)</i>

Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1° in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
 - 2° bij het om obstakels heenlopen of de oriëntatie.
2. De zorg bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. brillenglazen of filterglazen inclusief montuur;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen, dient de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van visus leiden dan brillenglazen.
4. Voor lenzen betaalt de verzekerde:
 - a. Een eigen bijdrage van € 51,50 per lens als sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. Een eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar als sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd geldt een eigen bijdrage van € 51,50 per kalenderjaar.
5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

***Geen inhoudelijke
wijziging***

De artikelleden die betrekking hebben op hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren zijn inhoudelijk niet gewijzigd.

Artikel 2.17, onderdeel c (vervalt)

Artikel 2.26

- c. *(vervalt)*
- e. *(vervalt)*
- g.
 - 1° *(vervalt)*
 - 2° Daisy-spelers of Daisy-programmatuur voor dyslectici en motorisch beperkten.
 - 3° *(vervalt)*

Artikel 2.30 (vervalt)

Artikel 2.34, eerste lid, onderdeel a (vervalt)

Toelichting

Artikel 2.13 algemeen

In dit artikel is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie nader vormgegeven. Uit de omschrijving in artikel 2.6, onder f, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de aangevraagde voorziening en de stoornis in de visuele functie. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken schaffen mensen zonder visuele beperking in het algemeen niet aan.

Algemeen gebruikelijk

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Ook mensen zonder stoornis in de visuele functie schaffen dergelijke hulpmiddelen aan. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

Stoornissen

Uitgaande van de ICF-classificatie kan een splitsing worden gemaakt tussen de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie (classificatie *functies*) en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor de beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie *activiteiten en participatie*). Deze splitsing is tot uitdrukking gebracht in de onderdelen a en b van het eerste lid.

Beperkingen

Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de visuele functie te verbeteren. Het gaat om de groep hulpmiddelen die in voorgaande regelgeving werd aangeduid als 'gezichtshulpmiddelen'. Deze hulpmiddelen kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld te weten: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Lenzen op medische indicatie

Op grond van het tweede, onder a, en het derde lid vallen contactlenzen zonder medische indicatie en gewone brillen niet onder de te verzekeren prestatie. Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen.

Bijzondere optische hulpmiddelen Onder de bijzondere optische hulpmiddelen vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen etc. Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen.

Ook ptosisbrillen en kappenbrillen vallen onder te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om hulpmiddelen die compensatie bieden voor functieverlies van het ooglid respectievelijk de traanklieren (functies van aan het oog verwante structuren). Kunsttranen worden op grond van de Medev (juli 2001) – een Europese richtlijn over hulpmiddelen – beschouwd als geneesmiddel. Deze middelen vallen daarmee niet onder de hulpmiddelenzorg.

In het derde lid is het indicatiegebied voor lenzen omschreven. Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:

- Medische indicaties**
- een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
 - grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
 - sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
 - keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Ook zijn er indicaties waarbij een gekleurde of ingekleurde contactlens een aanzienlijke verbetering in het gezichtsvermogen dan wel een optimale benutting van de kwaliteit van de restvisus kan opleveren in vergelijking met filterglazen. Het gaat daarbij onder meer om aandoeningen als achromatopsie, albinisme of personen met irisaandoeningen (aniridie, iriscloboma).

Een sclerale lens is aangewezen wanneer een corneale lens niet past of de visus niet te corrigeren is met een corneale lens. Ook kan het zijn dat er klachten of intoleranties optreden bij gebruik van een corneale lens. In het vierde lid is de eigen bijdrage voor lenzen geregeld.

Ook afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog) dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en vallen daarmee onder deze te verzekeren prestatie

Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel b

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen twee soorten hulpmiddelen te weten:

- Compensatie van beperkingen**
- hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatie-apparatuur;
 - hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij het om obstakels heenlopen of de oriëntatie.

Communicatie en informatie

Bij de eerste categorie hulpmiddelen gaat het om een groot scala aan hulpmiddelen die mensen met een visuele beperking gebruiken voor hun communicatie en informatievoorziening. Hieronder vallen voorzieningen zoals in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen en voorleesapparatuur/-programmatuur waaronder apparatuur voor het voorlezen van Daisy-lectuur en TV-ondertiteling. Van belang is dat deze hulpmiddelen compenseren bij beperkingen in het lezen en/of schrijven van teksten en gebruik van telecommunicatie-apparatuur, waarbij er een relatie moet bestaan tussen het specifieke hulpmiddel en de visuele stoornis. Een dergelijke relatie is bij een computer of mobiele telefoon (waaronder smartphone) niet aanwezig, maar wel bij de specifiek voor blinden en slechtzienden op de markt gebrachte hulpmiddelen – bijvoorbeeld een brailleleesregel of spraaksoftware – die de computer of mobiele telefoon toegankelijk maakt voor mensen met een visuele beperking.

Gebruiksklaar afleveren

Uitgangspunt bij de hulpmiddelenzorg is dat het gaat om functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat hulpmiddelen gebruiksklaar worden afgeleverd zodat de verzekerde ermee aan de slag kan. Onder het gebruiksklaar afleveren van deze apparatuur valt onder meer de programmatuur die nodig is om de apparatuur te laten werken, de noodzakelijke updates en upgrades, installatie, instructie en nazorg.

Eenvoudige lees- en schrijfbenodigheden

Op grond van het tweede lid, onder b, vallen eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven niet onder de te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om eenvoudige, relatief goedkope hulpmiddelen, zoals een reglette met prikken, braillettertang of -schijf, braillefolie, -labels en -papier, handschriftgeleiders, agenda's en kalenders in grootletterschrift, notitieblokken, toetsenbordstickers, eenvoudige hand- en standloepen en leeslinialen. Ook grootletter- en luisterboeken vallen hieronder. Dergelijke lectuur kan men zonder meerkosten lenen bij openbare of anderslezenbibliotheken.

Bij de tweede categorie gaat het om hulpmiddelen voor de oriëntatie en/of het omzeilen van obstakels, waarmee de mensen met een visuele beperking in staat zijn de weg te verkennen en zich veilig, adequaat en zelfstandig te kunnen verplaatsen in het verkeer. Het gaat daarbij om hulpmiddelen zoals de blindentaststok en blindengeleidehond. Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een blindengeleidehond, indien deze hond een substantiële bijdrage levert aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen.

Andere oriënteringshulpmiddelen kunnen in de toekomst mogelijk onderdeel uitmaken van deze te verzekeren prestatie voor zover de effectiviteit van deze middelen op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond.

3.a.12. Financiële consequenties

Indien de Minister de voorstellen voor deze functiegerichte omschrijving overneemt, dan zal op dit moment alleen de spraaksoftware voor mobiele telefonie instromen in het pakket. Het CVZ heeft getracht te berekenen hoeveel geld er gemoeid is met deze uitbreiding van het pakket. Het gaat met name om de groep blinde en ernstig slechtziende mensen in Nederland, die door middel van spraaksoftware toegang krijgen tot mobiele telefonie, terwijl dit met eenvoudiger middelen niet te realiseren is.

Nauwkeurige cijfers ontbreken

Nauwkeurige cijfers over het aantal blinde en slechtziende mensen in Nederland ontbreken. In een studie⁵ uit 2007 die in opdracht van de Stichting InZicht is gedaan, schat men het aantal blinden in Nederland op 33.000 tot 45.000 mensen en het aantal slechtzienden op 115.000 tot 175.000 mensen. Naar schatting driekwart van de gevallen zijn mensen van 50 jaar en ouder. Boven de 50 jaar neemt de prevalentie van blindheid en slechtziendheid exponentieel toe.

Onderzoek Regioplan

In 2007 heeft Regioplan in opdracht van het CVZ onderzoek gedaan naar mobiele telefonie. Het onderzoek was gericht op vier doelgroepen, te weten doven en slechthorenden, blinden en slechtzienden, ouderen en mensen met motorische of verstandelijke beperkingen. Uit het onderzoek van Regioplan blijkt dat mensen boven de 65 jaar een gewone mobiele telefoon gebruiken, ondanks een eventuele auditieve of een visuele beperking. In de groep blinden en slechtzienden met zeer grote problemen maakt 83% gebruik van een gewone mobiele telefoon.

Een beperkt deel van de doelgroep kan niet volstaan met een reguliere mobiele telefoon. Op basis van de cijfers uit het onderzoek schat het CVZ deze groep op circa 17%. De range van blinde mensen die mogelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor spraaksoftware ligt daarmee (afgerond) tussen 7000 tot 8000 mensen. Bij ernstig slechtziende mensen gaat het om 20000 tot 30000 mensen (totale doelgroep 27000 tot 38000). Uitgaande van de gemiddelde kosten van € 230 voor een spraaksoftwarepakket en een gebruiksduur van 5 jaar schat het CVZ de met deze te verzekeren prestatie gemoeide kosten tussen 1,2 tot 1,7 miljoen euro per jaar.

⁵ Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning

Onzekerheid

Door het ontbreken van harde gegevens moet deze schatting met de nodige onzekerheid worden benaderd. Onzekere factoren zijn het aantal mensen met een visuele beperking dat ook daadwerkelijk gebruik zullen gaan maken van spraaksoftware. Zowel Viziris als Vereniging ZieZo komen uit op een lagere schatting. Viziris gaat ervan uit dat een groot deel van de doelgroep tot de (zeer) ouden behoort. Bij deze groep is de extra concentratie en energie om met een ingewikkelde mobiele telefoon te (leren) omgaan lang niet altijd aanwezig. Men raamt de doelgroep op hooguit enkele tienduizenden mensen, waarvan een deel (ook) gebruik maakt van voorzieningen die verstrekt zijn door het UWV in het kader van studie en werk.

TV-ondertiteling

Het CVZ verwacht minimale financiële gevolgen als het gaat om apparatuur voor gesproken TV-ondertiteling. Het is niet ondenkbaar dat mensen hun Daisy-apparaat voortijdig willen vervangen, omdat het apparaat dat zij in hun bezit hebben niet voorziet in gesproken TV-ondertiteling. Ook zal men mogelijk een stand alone apparaat voor gesproken TV-ondertiteling aanvragen. Het betreft hier echter geen uitbreiding van het pakket. Immers een apparaat waarbij de twee functionaliteiten zijn geïntegreerd – te weten gesproken TV-ondertiteling en gesproken lectuur – valt inmiddels al enige tijd onder de te verzekeren prestatie. Uit de GIP-databank blijkt niet dat dit tot hogere kosten van voorleesapparatuur heeft geleid in verband met vroegtijdige vervangingen.

3.a.13. Inhoudelijke consultatie

Het CVZ heeft een groot aantal organisaties het concept-standpunt toegestuurd. Hierop zijn reacties ontvangen van:

- de Brancheorganisatie Blindengeleidehondenscholen Nederland (BBN);
- het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- ZieZo Vereniging;
- Viziris;
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

BBN

BBN vindt de omschrijving ‘hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij het om obstakels heenlopen’ te beperkt als het gaat om blindengeleidehonden. Deze beperking gaat voorbij aan de diverse functies die een blindengeleidehond biedt. BBN geeft in haar brief een uiteenzetting van de diverse functies die in de voorgestelde omschrijving buiten beschouwing blijven. Verder is BBN bang dat door de gekozen omschrijving zorgverzekeraars alleen nog een goedkoper alternatief – te weten een blindentaststok – gaan vergoeden in plaats van een blindengeleidehond.

ZN

De gekozen omschrijving roept bij ZN juist een tegenovergestelde reactie op. Zorgverzekeraars menen dat – zonder verdere afbakening – iedereen die slechtziend is voor

	een blindengeleidehond in aanmerking kan komen. Een verdere afbakening is volgens ZN dan ook op zijn plaats.
Reactie CVZ Oriëntatie toegevoegd	Gelet op deze reacties heeft het CVZ de functiegerichte omschrijving aangepast. Zo zijn de <i>'hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij de oriëntatie'</i> aan de omschrijving toegevoegd. Dit doet meer recht aan met name de functie van de blindengeleidehond. Om aan het bezwaar van zowel BBN als ZN tegemoet te komen wat betreft de verstrekking van blindengeleidehonden is in de voorgestelde toelichting – gelijk aan de huidige regelgeving – verwoord wanneer een verzekerde in aanmerking komt voor een blindengeleidehond.
NOG	Het NOG is voorstander van het functiegericht omschrijven van de te verzekeren prestatie op basis van de ICF en is zelf ook bezig de NOG-richtlijn 'Verwijzing van Slechtzienden' hierop aan te passen. Verder vraagt het NOG waarom bepaalde hulpmiddelen worden uitgesloten van de te verzekeren prestatie, te weten: ○ moderne navigatiesystemen, zoals de pathfinder; ○ de nachtzichtbril; ○ de biopic (een voor verkeersdeelname geoptimaliseerde telescoopbril).
Reactie CVZ Voorwaarde effectiviteit	De NOG noemt een aantal hulpmiddelen die zouden zijn uitgesloten van de functiegerichte omschrijving. Dit is echter niet het geval. De genoemde hulpmiddelen voldoen aan de voorgestelde omschrijving, maar dienen wel te voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' alvorens zij kunnen instromen in het pakket.
ZieZo	ZieZo vindt het jammer dat CVZ zich op het standpunt stelt dat het de verantwoordelijkheid van de fabrikanten is om gegevens aan te leveren over de bijdrage van hulpmiddelen. De vereniging is van mening dat het mede van belang voor de overheid is om ervoor te zorgen dat mensen met een visuele beperking gelijkwaardig in de samenleving kunnen participeren. In dit verband wijst men op een lopend onderzoek (2007-2011) aan de Hogeschool Zuyd: 'Study on the effect of innovative electronic mobility aids on the participation of visual impaired and blind persons'. ZieZo vertrouwt erop dat de uitkomsten van deze studie zullen leiden tot een nieuw advies van het CVZ over de elektronische mobiliteitshulpmiddelen.
Reactie CVZ	Zoals eerder gesteld heeft het CVZ de functiegerichte omschrijving uitgebreid met <i>'hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij de oriëntatie'</i>. Dit betekent dat ook andere hulpmiddelen die aan deze omschrijving voldoen kunnen instromen in het pakket als uit onderzoek de effectiviteit van deze hulpmiddelen is komen vast te staan. Het CVZ vertrouwt

erop dat met deze omschrijving een nieuw advies om de functiegerichte omschrijving aan te passen niet nodig zal blijken te zijn. Wel zullen de uitkomsten van de door ZieZo genoemde studie wellicht aanleiding zijn om een duiding uit te brengen over de vraag of de onderzochte hulpmiddelen inmiddels voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

ZIW Overigens heeft het CVZ geen taak om onderzoeken naar de effectiviteit van een interventie te faciliteren. De overheid heeft echter wel regelingen getroffen, waarbij onderzoeksbudget beschikbaar is. De Zorginnovatiewijzer (ZIW) kan partijen inhoudelijke ondersteuning geven voor het vinden – indien mogelijk – van financiële ondersteuning voor een veelbelovende innovatie. ZonMw heeft bijvoorbeeld subsidiemogelijkheden voor (kosten-)effectiviteitsonderzoek. Een onderzoek moet dan wel passen in het onderzoeksprogramma van ZonMw.

Viziris De centrale vraag van Viziris is: *'Leiden de nu voorliggende conceptvoorstellen van het CVZ wel of niet tot de beoogde omslag naar een op persoonlijke behoeften en situatie van de visueel beperkte hulpmiddelegebruiker afgestemd zorgaanbod?'* Viziris komt tot de conclusie dat dit niet het geval is. De belangrijkste pijnpunten die Viziris noemt zijn:

- In de voorstellen is niet terug te vinden dat hulpmiddelen gebruiksklaar dienen te worden afgeleverd. Daartoe behoren ook installatie, instructie, noodzakelijke updates en upgrades, service en nazorg.

Reactie CVZ Naar aanleiding van dit punt heeft het CVZ nog eens nadrukkelijk in de voorgestelde toelichting het belang uiteengezet van het gebruiksklaar afleveren van hulpmiddelen en wat daaronder wordt verstaan.

- De gebruikte ICF-termen dekken volgens Viziris niet de lading. Het gaat bij 'lezen' niet om 'begrijpen en interpreteren', maar om het compenseren van de toegang tot het verwerven en verwerken van visuele informatie. Verder gaat het niet alleen om hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij het 'om obstakels heenlopen', maar om hulpmiddelen die het mogelijk maken zelfstandig en veilig van a naar b te lopen.

Reactie CVZ Het CVZ heeft geen aanleiding gezien de gehanteerde begrippen te wijzigen, wél om deze uit te breiden zoals eerder omschreven. Overigens zijn in de 'Keuzewijzer Computerhulpmiddelen' de hulpmiddelen bij 'problemen met het zien' eveneens onderverdeeld in problemen met 'lezen' en 'schrijven'. Viziris heeft destijds meegewerkt aan de totstandkoming van deze keuzewijzer.

Keuzewijzer

ZieZo	o Verder pleit Viziris voor de toelating van speciale schermuitleessoftware voor mobiele telefoons. Dit punt komt ook in de reactie van ZieZo naar voren. ZieZo is van mening dat er voor blinden nauwelijks financieel toegankelijke alternatieven zijn als het gaat om mobiele telefonie. De vereniging stelt voor om spraaksoftware voor de mobiele telefoon toe te laten tot de te verzekeren prestatie. Verder mist men in het rapport (onderdeel lezen) het uitspreken van televisie ondertiteling.
Reactie CVZ	Het CVZ komt tegemoet aan deze wens van partijen, onder meer in verband met de herziening van de Europese Universeledienstrichtlijn (UD-richtlijn) die de lidstaten verplichtingen oplegt met betrekking tot de
Telecommunicatie toegevoegd	toegankelijkheid van telecommunicatie voor mensen met een beperking.
ZN	ZN kan zich in het algemeen vinden in het concept-rapport, maar plaatst daarbij nog wel enkele kanttekeningen. o In de voorgestelde omschrijving sluit het CVZ eenvoudige lees- en schrijfbepoedingen uit. ZN vraagt waarom deze relatie ook niet gelegd is bij de bijzondere optische hulpmiddelen ten aanzien van eenvoudige hand- en standloepen.
Reactie CVZ	CVZ is het eens met ZN dat bij consequent beleid eenvoudige lopen niet langer tot de te verzekeren prestatie behoren, analoog aan de leeslinialen. De term
Eenvoudige lopen	'lopen' is daartoe uit de voorgestelde toelichting verwijderd. o ZN geeft verder aan dat bij het lezen van het rapport in zijn algemeenheid de indruk ontstaat dat de aanspraak op visuele hulpmiddelen beperkt is tot lezen en schrijven en het vermijden van obstakels. ZN vraagt of dit een juiste indruk is. Eén van de zorgverzekeraars vraagt of onderzocht wordt of deze functiegerichte omschrijving voldoende aansluit bij de zorgvraag.
Reactie CVZ	Gezien de door CVZ voorgestelde aanpassingen is de functiegerichte omschrijving niet langer beperkt tot het lezen, schrijven en om obstakels heenlopen. Het CVZ verwacht dat de functiegerichte omschrijving hiermee beter aansluit bij de zorgvraag.
Viziris	De gewijzigde conceptvoorstellen zijn nogmaals aan met name Viziris en Zorgverzekeraars Nederland voorgelegd. Viziris heeft laten weten graag akkoord te gaan met de gewijzigde conceptvoorstellen. Viziris brengt in zijn reactie nog enkele punten onder de aandacht. Deze aandachtspunten hebben alleen nog geleid tot enkele kleine tekstuele aanpassingen.

ZN

ZN heeft volstaan met het doorsturen van enkele reacties van zorgverzekeraars op de gewijzigde conceptvoorstellen. Eén zorgverzekeraar wijst op de problematiek rond de afdekpleisters bij amblyopie (lui oog). Het CVZ heeft hierover het standpunt ingenomen dat deze afdekpleisters dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en daarmee onder de te verzekeren prestatie vallen. Dit is verduidelijkt in de voorgestelde toelichting.

Verder plaatsen zorgverzekeraars kanttekeningen bij het uitgangspunt van budgetneutraliteit. Het lijkt hen nagenoeg onmogelijk om het kader te vergroten en de kosten gelijk te houden. Twee zorgverzekeraars wijzen op financiële consequenties door de uitbreiding van de aanspraak op gesproken TV-ondertiteling. Men verwacht dat door deze aanspraak daisyspelers mogelijk voortijdig vervangen worden, omdat de reeds verstrekte daisyspeler niet voorziet in de aanspraak op TV-ondertiteling. Ook moet vermeden worden dat twee apparaten worden verstrekt – één voor gesproken lectuur en één voor gesproken TV-ondertiteling – indien de verzekerde kan volstaan met één apparaat.

Reactie CVZ

Hoewel het uitgangspunt van het verandertraject budgetneutraliteit is, realiseert het CVZ zich dat juist de functiegerichte omschrijving de instroom van (effectieve) innovatieve hulpmiddelen gemakkelijker maakt. Dit is ook de bedoeling van de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg. In hoeverre de functiegerichte omschrijving op termijn budgetneutraal is, zal dan ook moeten blijken. Bij de instroom van hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het gebruik van telecommunicatie – met name spraaksoftware – is in ieder geval geen sprake van budgetneutraliteit. De financiële consequenties van deze instroom zijn verwoord in paragraaf 3.a.12. Het CVZ heeft in deze paragraaf ook aandacht besteed aan de opmerkingen van zorgverzekeraars met betrekking tot de aanspraak op gesproken TV-ondertiteling. Het CVZ zal de kostenontwikkeling van deze categorie hulpmiddelen nauwgezet volgen en eventueel tussentijds rapporteren als daartoe aanleiding bestaat.

3.b. Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel

3.b.1. Samenvatting

Systeemadvies: Het CVZ adviseert de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding vanaf 1 januari 2014 functiegericht te omschrijven. In functiegerichte terminologie is hierbij sprake van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel of aan ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop. Eetapparaten zijn in de huidige regelgeving genoemd onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor het toedienen van voeding', maar zouden in feite ook onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie kunnen vallen'. In ICF-termen is sprake van een stoornis in de functie van het bewegingssysteem. Om die reden stelt het CVZ voor de eetapparaten vanaf 1 januari 2012 alleen nog te laten vallen onder de hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.

3.b.2. Aanleiding

Voedings- hulpmiddelen

In deze paragraaf stelt het CVZ voor de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding functiegericht te omschrijven.

Caphosol®

Bij deze functiegerichte omschrijving speelt ook het verzoek tot opname in de basisverzekering van de fabrikant van het mondspeelmiddel Caphosol® een rol. Het CVZ heeft naar aanleiding van dit verzoek de beoordeling van mondspeelmiddelen en speekselsubstituten in behandeling genomen. Omdat de beoordeling van mondspeelmiddelen en speekselsubstituten op het moment van vaststellen van deze functiegerichte omschrijving nog niet was afgerond, is een aanpassing van het voorstel nog mogelijk.

3.b.3. Wettelijk kader

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In het derde lid van dit artikel is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.
In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaand artikel van de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als te verzekeren prestatie opgenomen.

Voeding

Artikel 2.6. onderdeel r, en artikel 2.24:

Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel r, omvatten, indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:
 - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
 - b. uitwendige voedingspompen met toebehoren;
 - c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding;
 - d. eetapparaten.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.

Toelichting

Toelichting bij artikel 2.24

In verband met de ontwikkelingen op het gebied van de thuisverpleging is behoefte ontstaan aan verschaffing van toedieningssystemen voor voeding in de thuissituatie. Patiënten bij wie normale voeding om enigerlei reden ongewenst of onmogelijk is, zijn aangewezen op een alternatieve wijze van voeden.

De hulpmiddelen in deze bepaling omvatten zowel enteraal (via maagdarmkanaal) als parenterale (via de bloedbaan) toedieningssystemen voor voeding.

Met de omschrijving is beoogd uitsluitend die middelen voor rekening van de zorgverzekering te laten komen die nodig zijn bij toepassing van de toedieningssystemen in de thuissituatie. Middelen die tijdens de ziekenhuisopname worden ingebracht c.q. toegepast, vallen niet onder de hulpmiddelenzorg op grond van artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering.

Bij de toebehoren bij de diverse toedieningssystemen, gaat het onder meer om aansluitstukken, -slangen, flessen, aanpriknaalden, infuusstandaard en dergelijke, alsmede desinfectantia, voor zover het middelen betreft die niet vallen onder de op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering geregelde farmaceutische zorg. Daarnaast is het bij parenterale voeding gebruikelijk dat middelen worden gebruikt als steriele handschoenen, nierbekkenschaltjes,

spatels en monddoekjes. Deze middelen behoren eveneens tot de in de onderhavige bepaling geregelde hulpmiddelen.

Eetapparaten

Eerste lid, onderdeel d

Een eetapparaat is een specifiek voor het eten bedoelde mechanische hulp ten behoeve van personen met beperkingen in het gebruik van armen of handen. De eethulp stelt deze persoon in staat zelfstandig de maaltijd te gebruiken, in een zelf te bepalen tempo. Het te verstrekken apparaat bestaat uit een onderstel (frame/aandrijfgedeelte en lepelarm) waarop een bord wordt geplaatst. Het bord kan links- of rechtsom draaien. De in de lepelarm geplaatste lepel beweegt automatisch naar het bord en vervolgens naar boven in afhapstand.

Dieetpreparaten

Artikel 2.5, derde lid

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van de regeling.

Bijlage 2, onderdeel 1 (geldend op 1 januari 2011):
Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten
Voorwaarde:

Uitsluitend voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- b. lijdt aan een voedselallergie,
- c. lijdt aan een resorptiestoornis,
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

3.b.4. Ziekte last en financiële toegankelijkheid

Het CVZ brengt bij nieuwe standpunten en adviezen – indien beschikbaar – ook gegevens over de ziekte last in kaart. In geval van extramurale hulpmiddelen zorg brengt het CVZ daarnaast ook gegevens over de kosten van het (gebruik van het) hulpmiddel in beeld. Deze pakketcriteria maken deel uit van het pakketprincipe 'Noodzakelijkheid'. In sommige gevallen zouden deze gegevens kunnen leiden tot een advies tot beperking van de te verzekeren prestaties wanneer sprake is van een minimale ziekte last of van geringe kosten.

Sonde/voedingspomp

Er kunnen veel aandoeningen ten grondslag liggen aan het feit dat iemand een sonde en/of voedingspomp nodig heeft.

Voorbeelden van de meest voorkomende indicaties waarbij iemand is aangewezen op een hulpmiddel voor het toedienen van enterale of parenterale voeding zijn:

- ernstige resorptiestoornis;
- ernstige voedselallergie;
- ernstige stofwisselingsstoornis;
- ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop.

Risicovolle ziektebeelden voor ondervoeding zijn: anorexia nervosa, brandwonden, bronchopulmonale dysplasie (< 2 jaar), coeliakie, cystic fibrosis, dysmaturitas/prematuritas, chronische leverziekten, chronische nierziekten, pancreatitis, short bowel syndroom, spierziekten, stofwisselingsziekten, trauma, verstandelijke handicap/retardatie, verwachte grote operatie⁶.

Omdat er sprake is van verschillende aandoeningen is het niet eenvoudig om hiervan de ziektelast in kaart te brengen. In feite hebben alle aandoeningen tot gevolg dat iemand geen of onvoldoende nutriënten en vocht oraal tot zich kan nemen, waardoor problemen ontstaan ten aanzien van het handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand en/of het lichaamsgewicht. De grootte van deze 'last' is voor zover bij het CVZ bekend nooit in kaart gebracht.

Beperkingenlast

Het CVZ is van mening dat indien een persoon niet op normale wijze kan eten, er sprake is van een aanzienlijke 'ziektelast'. Om die reden is het CVZ van mening dat deze hulpmiddelen niet bij voorbaat op basis van dit criterium kunnen worden uitgesloten.

Kosten

Op basis van de cijfers van de GIPdatabank stelt het CVZ vast dat de gemiddelde kosten van een voedingspomp in 2008 ongeveer 950 euro per verzekerde zijn. De jaarlijkse kosten van een sonde inclusief toebehoren kwamen neer op 900 euro per verzekerde. De uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding kostten in 2008 800 euro per verzekerde. Het CVZ is van mening dat deze kosten niet voor eigen rekening kunnen komen.

3.b.5. Classificatie

ISO 9999

In de ISO 9999 zijn bovengenoemde hulpmiddelen opgenomen onder:

- ISO 15.09 Hulpmiddelen voor eten en drinken
- Eetapparaten
 - Voedingssondes

Alleen de voedingspompen vallen niet onder deze categorie, maar onder de infusiepompen (ISO 04.19.24).

⁶ Richtlijn: Screening en behandeling van ondervoeding (versie mei 2010) van de Stuurgroep Ondervoeding.

ICF	In geval van sondes, voedingspompen en de uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale en enterale voeding komt het CVZ op basis van de ICF uit bij stoornissen in de functies: • opname van voedsel; • vertering; • handhaving lichaamsgewicht. De eetapparaten vallen op basis van de ICF onder de functiestoornissen in het bewegingssysteem. Er is bij patiënten die zijn aangewezen op een eetapparaat sprake van een stoornis in de arm- en handfunctie.
Eetapparaten	<i>3.b.6. Overheveling eetapparaten</i> Op dit moment nemen de eetapparaten een bijzondere plaats in binnen de Rzv. Ze staan genoemd onder de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding, maar vallen theoretisch ook onder een andere categorieomschrijving in de Rzv, namelijk artikel 2.35 (dubbele aanspraak). Onder de omschrijving van artikel 2.35 vallen namelijk de hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie.
Artikel 2.35	Het CVZ probeert de paragraaf Hulpmiddelenzorg zoveel als mogelijk functiegericht te omschrijven op basis van de ICF. Om die reden stelt het CVZ voor om de eetapparaten vanaf 1 januari 2012 te scharen onder artikel 2.35. Bij de uitwerking van de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding heeft het CVZ de eetapparaten dan ook niet meegenomen.
	<i>3.b.7. Functiegerichte omschrijving</i> Op basis van de ICF komt het CVZ tot de volgende functiegerichte omschrijving: <i>‘Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van opname van voedsel, vertering en handhaving lichaamsgewicht’.</i> Hieronder geeft het CVZ aan met welke aspecten rekening moet worden gehouden als deze omschrijving in de regelgeving wordt opgenomen.
Functies	Onder de functie ‘opname van voedsel’ vallen de volgende functies: • zuigen; • afhappen; • kauwen; • manipuleren van voedsel in mond; • speekselvorming; • slikken; • regurgitatie (oprisping) en braken • opname van voedsel, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd.

<i>Gebitsprothesen</i>	De gebitsprothesen zijn sinds 1 januari 2006 van de hulpmiddelenzorg naar de mondzorg overgeheveld (artikel 2.7, vijfde lid, onder b, Bzv). Uitgaande van de eerdere gedachtegang van het CVZ is dan sprake van een stoornis in de anatomische eigenschappen van tanden en kiezen. Deze is niet opgenomen onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, zoals opgenomen in artikel 2.8 (Rzv). Op basis van de ICF is ook verdedigbaar dat een gebitsprothese functiestoornissen zoals afhappen, kauwen en het manipuleren van voedsel in de mond corrigeert. Het is echter niet de bedoeling dat deze hulpmiddelen onder deze functiegerichte omschrijving gaan vallen. Het CVZ zal hierom de gebitsprothesen van deze functiegerichte omschrijving uitsluiten.
<i>Flessen en spenen</i>	Bij stoornissen in de functies zuigen en/of slikken doet zich het probleem voor dat normale en aangepaste spenen en flessen (bijvoorbeeld de Habermann feeder) voor zuigelingen met een stoornis in de functie zuigen en/of slikken, onder de aanspraak gaan vallen. Het CVZ acht dit geen gewenste uitbreiding van het pakket, omdat deze middelen algemeen gebruikelijk zijn – dan wel substitueren voor algemeen gebruikelijke middelen – en bovendien financieel toegankelijk zijn. Het CVZ sluit deze hulpmiddelen om die reden uit van vergoeding.
<i>Regurgitatie en braken</i>	Er zijn bij het CVZ geen hulpmiddelen bekend voor stoornissen in de functie regurgitatie en braken. Het CVZ voorziet op dit punt dan ook geen problemen indien ‘opname van voedsel’ in de functiegerichte omschrijving wordt opgenomen.
<i>Speekselvorming</i>	Afhankelijk van de beoordeling van de mondspeelmiddelen en speekselsubstituten kan het zijn dat aanpassing van de functiegerichte omschrijving nodig is. Hieronder heeft CVZ kort enkele overige zaken die van belang zijn bij de formulering van de functiegerichte omschrijving opgesomd. • Deze functiegerichte omschrijving gaat voorbij aan aandoeningen die niet gerelateerd zijn aan het spijsverteringsstelsel en waarbij het gebruik van enterale- en parenterale voeding toch medisch noodzakelijk kan zijn. Om die reden voegt het CVZ de indicatie ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (vastgesteld via een gevalideerd screeningsinstrument) toe aan de omschrijving, overeenkomstig de voorwaarde voor vergoeding van dieetpreparaten.
<i>DM type 2</i>	• Bij patiënten met diabetes type 2 is ook sprake van een stoornis in de functie vertering. Het CVZ past de functiegerichte omschrijving hierop aan.

Inwendig	De diabetes hulpmiddelen zijn immers al in geregeld in artikel 2.6. onderdeel o van de Rzv. • Sondes zijn niet volledig uitwendige hulpmiddelen. Net als bij de katheters, zal het CVZ <i>'met al dan niet inwendige onderdelen'</i> toevoegen aan de functiegerichte omschrijving.
Afbakening	• Verder zal het CVZ in de toelichting het onderscheid tussen de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' verduidelijken, conform het standpunt 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' (publicatienummer 280).
Toebehoren	• Toebehoren zijn niet apart genoemd aangezien het moet gaan om een functionerend hulpmiddel. Er is alleen sprake van functionerende hulpmiddelen indien de noodzakelijke toebehoren ook worden verstrekt en vergoed. Het dient hierbij wel om hulpmiddelen te gaan. Het CVZ zal in de toelichting verhelderen dat in geval van voedings- en geneesmiddelen geen sprake is van 'hulpmiddelen' en eveneens geen sprake is van noodzakelijke toebehoren bij hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.
Voedings- en geneesmiddelen	Bij ontstekingsremmende crèmes of zalven (hoewel gecertificeerd als medisch hulpmiddel) is evenmin sprake van noodzakelijke toebehoren. Deze hulpmiddelen vallen ook onder de huidige wet- en regelgeving niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Fixatiemiddelen behoren wel tot de functiegerichte omschrijving.
Algemeen gebruikelijk	• Algemeen gebruikelijke zaken zoals een weegschaal (in geval van een stoornis in de 'handhaving van het lichaamsgewicht') zouden niet tot de functiegerichte omschrijving moeten behoren. Om die reden zal het CVZ in de functiegerichte omschrijving niet spreken van 'te gebruiken bij' maar van 'gerelateerd aan', zoals dit ook is voorgesteld bij de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie.
Overheveling van kosten	<i>3.b.8. Financiële aspecten</i> In totaal waren de kosten van hulpmiddelen voor het toedienen van voeding in 2008 ruim 13,5 miljoen euro. De afgelopen jaren ging er tussen de 700.000 en één miljoen euro om in de eetapparaten. Bij overheveling van de eetapparaten zullen de kosten van deze functiegerichte omschrijving naar verwachting met een klein miljoen dalen en de kosten van artikel 2.35 (hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie) met ongeveer een miljoen stijgen.

3.b.9. Advies

Het CVZ stelt voor de te verzekeren prestatie hulpmiddelen voor het toedienen van voeding *vanaf 1 januari 2014* functiegericht te omschrijven. Daartoe kunnen artikel 2.6, onderdeel k en artikel 2.18 (Rzv) worden ingevuld volgens onderstaand voorstel. Verder kan artikel 2.24 komen te vervallen. Het CVZ stelt voor om de eetapparaten, conform de ICF-classificatie, vanaf 1 januari 2012 te scharen onder artikel 2.35 van de Rzv. Hiermee kan artikel 2.24, eerste lid, onderdeel d, per 1 januari 2012 komen te vervallen.

Artikel 2.6

k. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel of aan ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, zoals omschreven in artikel 2.18;

Het CVZ stelt voor artikel 2.18 als volgt vorm te geven:

Artikel 2.18

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onder k, omvatten uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen gerelateerd aan stoornissen in de functies:

- a. opname van voedsel;
- b. vertering, met uitzondering van hulpmiddelen in het kader van de behandeling van diabetes;
- c. handhaving lichaamsgewicht, in geval sprake is van, een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of een afbuigende of afwijkende groeicurve bij kinderen;

voor zover wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten als bedoeld in Bijlage 2, onderdeel 1, bij de Regeling zorgverzekering.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:

- a. flessen en spenen voor zuigelingen, al dan niet in aangepaste vorm;
- b. tandheelkundige voorzieningen;
- c. huidbeschermende middelen.

Artikel 2.6 onderdeel r (vervalt)

Artikel 2.24 (vervalt)

Toelichting

Artikel 2.18, eerste lid

In dit artikel zijn op basis van de ICF-classificatie de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functie 'opname van voedsel', 'vertering' en 'handhaving lichaamsgewicht' opgenomen. De functie 'opname van voedsel' is onderverdeeld in de functies zuigen, afhappen, kauwen, manipuleren van voedsel in de mond, speekselvorming, slikken en regurgitatie en braken. Onder de ICF-functie 'handhaving lichaamsgewicht' valt ook

het verbeteren van het lichaamsgewicht. Hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen zijn onder meer de niet-klinisch ingebrachte sondes, voedingspompen en de injectiespuiten voor het toedienen van voeding. De hulpmiddelen in deze bepaling omvatten zowel enteraal (via maagdarmkanaal) als parenterale (via de bloedbaan) toedieningssystemen (door middel van zwaartekracht of voedingspomp) voor voeding. Het gaat bij deze functiegerichte omschrijving om patiënten die onvoldoende nutriënten en vocht oraal tot zich kunnen nemen, waardoor problemen ontstaan ten aanzien van het handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand en/of het lichaamsgewicht.

***Algemeen
gebruikelijk***

In de functiegerichte omschrijving is opgenomen dat het hulpmiddel ‘gerelateerd’ moet zijn aan één van de genoemde stoornissen. Dit heeft tot doel om algemeen gebruikelijke voorzieningen niet onder de te verzekeren prestatie te laten vallen. Gerelateerd aan houdt in dat er een relatie moet zijn tussen specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt en de functiestoornis. Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Een voorbeeld hiervan is een weegschaal. Dit hulpmiddel beschikt niet over specifieke functionaliteiten. Mensen zonder stoornis in het handhaven en/of verbeteren van het lichaamsgewicht schaffen deze hulpmiddelen ook aan.

Deels inwendig

De toevoeging ‘met al dan niet inwendige onderdelen’ heeft betrekking op hulpmiddelen die deels inwendig en niet-klinisch worden ingebracht, zoals bij (vervanging van) sondes. Indien men een dergelijk hulpmiddel op de polikliniek inbrengt, valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen vallen altijd onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg’.

Bij een afwijkende groeicurve bij kinderen gaat het om kinderen die zowel te klein als te licht zijn voor de lengte.

Afbakening

Indien een hulpmiddel tijdelijk thuis wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist is sprake van de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’, ook wel ziekenhuisverplaatste zorg genoemd. In het geval het een op zichzelf staand verbruiksartikel in de thuissituatie betreft is echter sprake van hulpmiddelenzorg. Indien een verbruiksartikel een toebehoren is bij een hulpmiddel dat onderdeel uitmaakt van de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’, vallen deze verbruiksartikelen eveneens onder deze te verzekeren prestatie.

Functionerend	Uitgangspunt is dat er sprake moet zijn van functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat noodzakelijke toebehoren deel uitmaken van deze te verzekeren prestatie. Hierbij gaat het om toebehoren zoals aansluitstukken, -slangen, flessen, aanpriknaalden, infuusstandaard, fixatiemiddelen en dergelijke, alsmede desinfectantia. Daarnaast is het bij de toediening van parenterale voeding gebruikelijk dat middelen worden gebruikt als steriele handschoenen, nierbekkenschaaftjes, spatels en monddoekjes. Deze middelen behoren eveneens tot de noodzakelijke toebehoren. Voedings- en geneesmiddelen zijn geen noodzakelijke toebehoren bij deze hulpmiddelen omdat deze middelen op zichzelf staande voorzieningen zijn.
Spenen en flessen	<i>Artikel 2.18, tweede lid</i> Spenen en flessen al dan niet in aangepaste vorm zijn uitgezonderd van vergoeding omdat deze middelen algemeen gebruikelijk zijn – dan wel substitueren voor algemeen gebruikelijke middelen – en financieel toegankelijk zijn.
Gebitsprothesen	Tandheelkundige voorzieningen zijn uitgesloten van deze functiegerichte omschrijving. Deze voorzieningen komen niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Vergoeding van deze voorzieningen bestaat mogelijk op grond van de te verzekeren prestatie mondzorg, zoals bijvoorbeeld de uitneembare volledige gebitsprothese.
Huidbeschermende middelen	Huidbeschermende middelen, zoals bijvoorbeeld ontstekingsremmende crèmes of zalven (gecertificeerd als medisch hulpmiddel in de zin op de Wet op de medische hulpmiddelen) kwamen onder de oude omschrijving ook niet voor vergoeding in aanmerking. Om die reden zijn deze middelen uitgesloten van de functiegerichte omschrijving. Voor zalven en crèmes, zijnde geneesmiddelen, gelden de voorwaarden in het kader van de te verzekeren prestatie Farmaceutische zorg.
Stuurgroep Ondervoeding	<i>3.b.10. Consultatie</i> De Stuurgroep Ondervoeding (waarbij zeven beroepsverenigingen en vijf patiëntenverenigingen zijn aangesloten) heeft naast enkele tekstuele opmerkingen ook enkele inhoudelijke opmerkingen gemaakt. Een groot deel van de tekstuele opmerkingen zijn overgenomen. In enkele gevallen zijn de tekstuele opmerkingen niet overgenomen. De reden hiervoor is dat het CVZ, conform de andere functiegerichte omschrijvingen, zoveel mogelijk de ICF-classificatie wil volgen. Inhoudelijk heeft de Stuurgroep Ondervoeding de volgende opmerkingen gemaakt: • Voedingshulpmiddelen worden niet alleen ingezet als gevolg van stoornissen in het spijsverteringsstelsel, maar

**Handhaving
lichaamsgewicht**

ook andere aandoeningen kunnen leiden tot de noodzaak tot inzetten van voedingshulpmiddelen (zoals cystic fibrosis en multiple sclerosis). Om die reden heeft het CVZ de ICF-functie 'Handhaving lichaamsgewicht' toegevoegd.

- De Stuurgroep Ondervoeding vraagt de ICF-codes b520 (assimilatie) en b535 (gewaarwordingen verbandhoudend met spijsverteringsstelsel) aan de functiegerichte omschrijving toe te voegen. Het CVZ heeft dit verzoek niet gehonoreerd, omdat het CVZ hiervan geen toegevoegde waarde ziet en dit geen gevolgen heeft voor de uitvoering van deze functiegerichte omschrijving.

**Knelpunt rond
afbakening**

- De Stuurgroep Ondervoeding geeft aan dat de afbakening medisch-specialistische zorg en hulpmiddelenzorg zoals opgenomen in de toelichting niet overeenkomt met de huidige praktijk. In de uitvoeringspraktijk gaat men ervan uit dat voedingshulpmiddelen in de thuissituatie onder te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen. Indien dit niet het geval is, heeft dit consequenties voor de financieringswijze van deze zorg. Uit een mondelinge toelichting bleek dit het grootste knelpunt, wat betreft de functiegerichte omschrijving.

NFK

Dit punt komt ook naar voren in de reactie van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

Beide organisaties halen hierbij een stuk tekst aan uit de Nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering, waarin is opgenomen dat indien een verzekerde een voorschrift mee krijgt om een genees-, verband-, of hulpmiddel aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener verbonden is, deze zorg valt onder artikel 2.8 of 2.9.

**Ziekenhuis-
verplaatste zorg**

Het standpunt van het CVZ over de voedingspompen volgt uit het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' uit 2009. In dit standpunt besteedt het CVZ ook aandacht aan de bewuste tekst uit de Nota van toelichting, waarbij het CVZ concludeert dat deze toelichting geen rekening houdt met de ontwikkeling ziekenhuisverplaatste zorg. Het CVZ heeft een vervolg op dit afbakeningsrapport in voorbereiding, waarbij het CVZ hierop nader zal ingaan.

<i>Inwerkingtreding 1 januari 2014</i>	Omdat het standpunt over de afbakening en de uitvoeringspraktijk niet overeenkomen, stelt het CVZ voor deze functiegerichte omschrijving pas door te voeren per 1 januari 2014, zodat partijen de gelegenheid hebben de betreffende DBC's en de uitvoeringspraktijk aan te passen conform dit standpunt. Het CVZ adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport toestemming te verlenen aan zorgverzekeraars om alle voedings-hulpmiddelen (met uitzondering van de eetapparaten) tot 1 januari 2014 te verstrekken onder de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv. In 2013 zal het CVZ een inschatting maken welk deel van de gelden van deze hulpmiddelen overgeheveld dient te worden naar de geneeskundige zorg.
<i>VSN</i>	De Stuurgroep Ondervoeding en de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) vragen zich af of toebehoren zoals neuspleisters, splitgazen met hechtpleisters en ontstekingsremmende crèmes of zalven vallen onder de term 'functionerende' hulpmiddelen. Dit is niet het geval. Het CVZ heeft dit in de functiegerichte omschrijving en de toelichting verduidelijkt.
<i>ZN</i>	Via Zorgverzekeraars Nederland, hebben enkele zorgverzekeraars gereageerd en aangegeven zich in het voorstel te kunnen vinden.
<i>Cystic Fibrose</i>	De Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting heeft aangegeven het op prijs te stellen als het CVZ in de tekst het ziektebeeld Cystic Fibrosis als voorbeeld noemt. Het CVZ heeft deze aandoening en enkele andere aandoeningen in paragraaf 3.b.4. als voorbeeld opgenomen.
<i>NFK</i>	De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) juicht het toe dat de functiebeperking als uitgangspunt is verkozen voor het vaststellen van de te verzekeren prestaties in plaats van een lijst met te vergoeden hulpmiddelen. Volgens de NFK maakt dit dat het aanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd en verruimt het de keuzemogelijkheid voor de patiënten. De NFK kan zich in grote lijnen vinden in het concept, maar plaatste drie kanttekeningen (waarvan één hierboven al is genoemd). In het concept waren de functies kauwen en slikken niet opgenomen, om zo te voorkomen dat bijvoorbeeld de gebitsprothese onder de aanspraak zou vallen. De NFK en de VSN gaven aan dat er situaties (bijvoorbeeld bij hoofd-halstumoren) denkbaar zijn waarbij het mondgebied dusdanig is beschadigd dat er sprake is van deze functiestoornis. Het CVZ heeft dit advies opgevolgd en de functiegerichte omschrijving aangepast. Eveneens is om die reden het verzoek

van de NFK om de functie 'manipuleren van voedsel in de mond' op te nemen, overgenomen.

VSN

De VSN stelde de vraag of de ICF-functie 'handhaving lichaamsgewicht' ook de afbuigende groeicurve bij kinderen omvat. Het CVZ heeft dit voor de duidelijkheid toegevoegd aan de functiegerichte omschrijving. In de toelichting heeft het CVZ, op verzoek van de VSN, opgenomen dat het naast nutriënten ook kan gaan om het toedienen van vocht.

3.c. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het spreken

3.c.1. Samenvatting

Systeemadvies: Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen in het spreken functiegericht te omschrijven. Het betreft hier de in de huidige Regeling omschreven 'spraakvervangende hulpmiddelen'.

3.c.2. Aanleiding

Communicatie

In de paragraaf Hulpmiddelenzorg uit de Rzv is een categorie opgenomen met hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Communicatiehulpmiddelen kunnen bij meerdere functiestoornissen nodig zijn. De ICF-systematiek betekent voor deze categorie hulpmiddelen een splitsing over meerdere functiegerichte omschrijvingen. Eén van de omschrijvingen is de functiegerichte omschrijving voor spraakvervangende hulpmiddelen.

3.c.3. Medische achtergrond

Spraak

Bij het produceren van spraak kunnen globaal drie niveaus worden onderscheiden: een conceptueel niveau (begrijpen), een formuleerniveau en een articulatie niveau. Het conceptuele niveau dient om de inhoud of betekenis van de boodschap te selecteren. Het formuleerniveau zet de boodschap om in een zinsstructuur. Ten slotte dient het articulatie niveau om de zinsstructuur om te zetten in actuele spraakklanken, door het activeren van tong, strottenhoofd, lippen e.d.⁷.

Spraakstoornis

Bij taal-/spraakstoornissen gaat het om problemen met woordvinding, stotteren, problemen met het uitspreken van woorden, onduidelijk spreken en/of helemaal niet kunnen spreken. Bekende taal-/spraakstoornissen zijn afasie (het onvermogen om gedachten in spraak om te zetten), dysartrie (stoornis in de uitspraak en/of stem) en stotteren. Taal-/Spraakstoornissen zijn veelal het gevolg van een aandoening van de hersenen of het zenuwstelsel. Voorbeelden zijn een beroerte, de ziekte van Parkinson, een eenzijdige aangezichtsverlamming of een hersentumor. Een taal-/spraakstoornis komt ook vaak voor als gevolg van een operatie in het KNO-gebied, bijvoorbeeld in geval van hoofd-halstumoren.

Spraak-hulpmiddelen

Er zijn spraakvervangende hulpmiddelen op de markt om patiënten in hun communicatie te ondersteunen.

⁷ (bron: Het hiërarchische brein: inleiding tot de cognitieve neurowetenschap door Albert Kok).

3.c.4. Wettelijk kader

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaand artikel van de Regeling zorgverzekering zijn onder andere de communicatiehulpmiddelen als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.6. onderdeel t, en artikel 2.26:

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering

i. Spraakvervangende hulpmiddelen

Hieronder vallen onder meer de letter- of symbolensets en -borden en de draagbare communicatieapparatuur (zowel schrift als spraak).

3.c.5. Ziektelast en financiële toegankelijkheid

Het CVZ brengt bij nieuwe standpunten en adviezen (indien beschikbaar) ook gegevens over de ziekte­last in kaart. In geval van extramurale hulpmiddelen­zorg brengt het CVZ daarnaast ook gegevens over de kosten van het (gebruik van het) hulpmiddel in beeld. Deze pakketcriteria maken deel uit van het pakketprincipe 'Noodzakelijkheid'. In sommige gevallen zouden deze gegevens kunnen leiden tot een advies tot beperking van de te verzekeren prestaties wanneer sprake is van een minimale ziekte­last of van geringe kosten.

Spreeken

Er kunnen meerdere stoornissen ten grondslag liggen aan het feit dat iemand niet kan spreken. Om die reden is het niet eenvoudig om de ziekte­last in kaart te brengen. In feite is er ook geen sprake van een ziekte­last, maar van een

Beperkingenlast	beperkingenlast. In dit geval is sprake van een beperking in het spreken. De grootte van deze beperkingenlast is voor zover bij het CVZ bekend nooit in kaart gebracht.
	Het CVZ is van mening dat de beperkingenlast voor een persoon die niet kan spreken aanzienlijk is. Om die reden is het CVZ van mening dat hulpmiddelen ter compensatie van deze beperking op basis van dit criterium (onderdeel pakketprincipe noodzakelijkheid) tot de noodzakelijk te verzekeren zorg behoren.
Kosten	Uit een steekproef van de GIPdatabank van 2008 blijkt dat de gemiddelde kosten per verzekerde van spraakvervangende hulpmiddelen, communicatoren en hulpmiddelen met synthetische spraak respectievelijk 2614, 1372 en 769 euro waren. De kosten zijn naar de mening van het CVZ dusdanig hoog dat deze niet voor eigen rekening kunnen komen.
	<i>3.c.6. Classificatie</i>
ISO	In de ISO 9999 zijn de spraakvervangende hulpmiddelen opgenomen onder: ISO 22 21 <u>Hulpmiddelen voor face to face communicatie</u> ○ Lettersets en/of symbolensets en letterborden en/of symbolenborden ○ Communicatoren De hulpmiddelen voor het produceren van stemgeluid (ISO 22.09) behoren tot de functiegerichte omschrijving van 'uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan' (artikel 2.8, eerste lid, onderdeel 2°, hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden), omdat deze hulpmiddelen de functie van de stembanden direct vervangen. Deze hulpmiddelen helpen de patiënten weer te kunnen spreken of hun spraak te versterken. Het gaat hierbij om de stemgenerator, stemprothese en de spraakversterker.
ICF	Uitgaande van de ICF classificatie kunnen de spraakvervangende hulpmiddelen worden ondergebracht in de categorie hulpmiddelen te gebruiken ter compensatie voor beperkingen in het spreken (classificatieniveau <i>activiteiten en participatie</i>). Bij aandoeningen als afasie is weliswaar sprake van een stoornis in de mentale functie gerelateerd aan expressie van gesproken taal, maar omdat de hulpmiddelen niet de functiestoornis <i>corrigeren</i> maar de beperkingen in het spreken <i>compenseren</i>, is hier sprake van het classificatieniveau <i>activiteiten en participatie</i>.

3.c.7. Functiegerichte omschrijving

ICF

Bij hulpmiddelen te gebruiken bij spraakstoornissen leidt de ICF-classificatie tot de volgende driedeling:

- de hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden (artikel 2.8, eerste lid, onderdeel 2°) (classificatie *anatomische eigenschappen*);
- de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de stem en spraak (classificatie *functie*);
- de hulpmiddelen te gebruiken ter compensatie van beperkingen in het spreken (classificatie *activiteiten en participatie*).

Anatomische eigenschappen

Zoals hierboven aangegeven is de eerste categorie in het Pakketadvies deelrapport hulpmiddelenzorg 2009 functiegericht omschreven. De gedachte om deze hulpmiddelen hier in te delen is dat deze hulpmiddelen op het niveau van anatomische eigenschappen de stembanden geheel of gedeeltelijk vervangen.

Functie

Op dit moment zijn er geen hulpmiddelen opgenomen in de basisverzekering die stoornissen in de stem en spraak corrigeren (classificatieniveau functies). Een stotterhulpmiddel is een voorbeeld van een hulpmiddel dat een stoornis in de stem en spraak corrigeert (functie: vloeiendheid van spreken).

In de toekomst is het mogelijk gewenst om de functiegerichte omschrijving uit te breiden met de hulpmiddelen te gebruiken bij stotteren.

In het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2005 heeft het CVZ een hulpmiddel voor stottertherapie (de Defstut) beoordeeld. Hierbij kwam het CVZ tot de conclusie dat de door de leverancier toegezonden onderzoeksgegevens niet voldoende waren om tot een positieve beoordeling te komen. Sinds enkele jaren zijn er ook andere vergelijkbare hulpmiddelen voor stottertherapie op de markt gebracht, namelijk de SpeechEasy en de Voice Amp. Aangezien de fabrikanten en de patiëntenvereniging tot op heden geen nieuw verzoek tot beoordeling hebben ingediend, gaat het CVZ er vooralsnog vanuit dat deze hulpmiddelen niet voldoen aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk. Indien daar aanleiding toe is – bijvoorbeeld een concreet verzoek naar aanleiding van nieuwe wetenschappelijke literatuur is – kan een (her)beoordeling plaatsvinden aan de hand van het beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Het CVZ zal dan ook de ernst van de aandoening (en daarmee de mate van ziektelast) bij de beoordeling betrekken.

Activiteiten en participatie

De spraakvervangende hulpmiddelen zoals nu opgenomen in de Regeling vallen allen onder de laatste categorie 'hulpmiddelen te gebruiken ter compensatie van beperkingen in het spreken (classificatie *activiteiten en participatie*).

Functiegerichte omschrijving

Om die reden komt het CVZ op basis van de ICF tot de volgende functiegerichte omschrijving:
"Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken ter compensatie van beperkingen in het spreken"

In de volgende alinea's geeft het CVZ aan met welke aspecten rekening moet worden gehouden bij deze functiegerichte omschrijving.

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder meer letter- of symbolensets en –borden, de communicators en apparatuur met spraakuitvoer die ook onder de huidige omschrijving van de Rzv vallen.

Algemeen gebruikelijk

Om te voorkomen dat algemeen gebruikelijke zaken zoals een normale computer onder deze functiegerichte omschrijving vallen, stelt het CVZ voor de functiegerichte omschrijving aan te passen. Evenals bij andere reeds voorgestelde functiegerichte omschrijvingen zal het CVZ opnemen dat de hulpmiddelen *gerelateerd* dienen te zijn aan een functiestoornis of beperking.

3.c.8. Financiële aspecten

Omdat de huidige te verzekeren prestatie 'spraakvervangende hulpmiddelen' al vrij ruim is omschreven, verwacht het CVZ dat deze functiegerichte omschrijving niet zal leiden tot een uitbreiding van de te verzekeren prestaties en evenmin tot een kostenstijging of -daling anders dan het geval zou zijn bij ongewijzigd beleid.

3.c.9. Advies

Artikelen 2.6 en 2.26 kunnen als volgt worden gewijzigd.

Artikel 2.6

s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

Toelichting, artikel 2.6, onderdeel s

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de spraakvervangende hulpmiddelen zoals de letter- of symbolensets en –borden, (draagbare) communicatie-apparatuur (zowel tekst- als plaatjessystemen) en apparatuur voor synthetische spraak. Het kan hierbij echter ook gaan om softwaretoepassingen voor een computer of een ander systeem.

Indicatiegebied Verzekerden die hiervoor in aanmerking kunnen komen zijn mensen met ernstige taal-/spraakstoornissen die nauwelijks tot niet meer kunnen spreken. Dit communicatieprobleem kan het gevolg zijn van stoornissen in de functie stem en spraak of van stoornissen in een mentale functie gerelateerd aan taalexpressie.

Stotteren Hulpmiddelen ter correctie van de vloeiendheid van spreken (stotteren) vallen niet onder deze functiegerichte omschrijving, omdat deze hulpmiddelen in termen van de ICF-classificatie de functiestoornis 'vloeiendheid van spreken' *corrigeren* en niet een beperking in het spreken *compenseert*. Op deze wijze maakt het CVZ door middel van de ICF-classificatie onderscheid tussen 'gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen' en 'welzijnsgerelateerde hulpmiddelen'. Hulpmiddelen die ingrijpen op een stoornisniveau vallen onder de eerste categorie (classificatie functies en anatomische eigenschappen in de ICF) en hulpmiddelen die een compensatie bieden aan een beperking vallen onder de tweede categorie (classificatie activiteiten en participatie in de ICF).

Algemeen gebruikelijk In de functiegerichte omschrijving is opgenomen dat het hulpmiddel '*gerelateerd*' moet zijn aan beperkingen in het spreken. Dit '*gerelateerd aan*' heeft tot doel om algemeen gebruikelijke voorzieningen niet onder de te verzekeren prestatie te laten vallen. Gerelateerd aan houdt in dat er een relatie moet zijn tussen specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt en de functiestoornis. Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Een voorbeeld hiervan is een computer. Dit hulpmiddel beschikt niet over specifieke functionaliteiten. De aanschaf van een computer is voor mensen zonder beperkingen dan ook een normale zaak. Specifieke software met spraakuitvoer kan daarentegen wel gerelateerd zijn aan beperkingen in het spreken en komt om die reden mogelijk voor vergoeding in aanmerking. Indien een verzekerde kan volstaan met een algemeen gebruikelijk hulpmiddel, is een verzekerde redelijkerwijs niet aangewezen op een hulpmiddel op grond van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 2.26, i. (vervalt)

3.c.10. Consultatie

VRA De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) onderschrijft in grote lijnen de tekst en heeft slechts één opmerking. De VRA is van mening dat met de voorgestelde functiegerichte omschrijving de keuze voor de meest adequate goedkoopste oplossing niet op voorhand gehonoreerd wordt, zelfs onmogelijk wordt gemaakt. Het kan nu zo zijn (indachtig het voorstel van het CVZ) dat een weliswaar gangbaar product als een computer of anderszins een goede goedkope

oplossing kan bieden voor een probleem op het gebied van spreken, daar waar de dure oplossing vereist is om voor vergoeding in aanmerking te komen. In hun ogen een gemiste kans.

Reactie CVZ

Het CVZ is van mening dat indien een algemeen gebruikelijk hulpmiddel (zoals een computer) oplossing biedt voor iemands probleem op het gebied van spreken, dit middel voor eigen rekening komt. Een zorgverzekeraar zal in zijn beoordeling moeten wegen of iemand met een dergelijk algemeen gebruikelijk hulpmiddel geholpen is. Indien dat het geval is, is die persoon redelijkerwijs niet aangewezen op een hulpmiddel in het kader van de Zorgverzekeringswet. Omdat dit onvoldoende bleek uit de tekst, heeft het CVZ dit in de toelichting verduidelijkt.

Verenso

Verenso (vereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde) heeft laten weten de voorgestelde functiegerichte omschrijving te onderschrijven, nadat ze vernomen hadden dat er inhoudelijk geen wijzigingen (geen uitstroom van hulpmiddelen voor bepaalde groepen patiënten) hebben plaatsgevonden ten opzichte van de omschrijving zoals nu opgenomen in de Regeling zorgverzekering.

BOSK/FOSS

Namens de vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK) en de Nederlandse Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden (FOSS) heeft een inhoudelijk deskundige op het gebied van spraak- en taalmoeilijkheden gereageerd op de concept-functiegerichte omschrijving. Hij juicht het toe dat er is gekozen voor ICF als classificatie-instrument. In eerste instantie was hij echter van mening dat de ICF onjuist werd toegepast en de voorstellen daarom niet zouden leiden tot een verbetering van de indeling. Hij vond het onterecht dat ervoor is gekozen de belemmeringen in de communicatie te koppelen aan de problemen met het produceren en/of begrijpen van spraak. Communicatieproblemen kunnen immers veel breder zijn dan alleen problemen met spreken. De voorgestelde indeling zou de ogen sluiten voor de al jaren oprukkende nieuwe technologie (zoals applicaties voor mobiele telefoons, iPod en iPad). Hij benadrukte dat de voorgestelde indeling en classificatie van communicatiehulpmiddelen niet voldoet, sterk limitatief is en eigenlijk helemaal niet het ICF-denken vertegenwoordigt. De voorgestelde lijst zou (onbedoeld) kostenverhogend werken doordat het onnodige apparatuur in de markt houdt (dure stand-alone communicatie-hulpmiddelen). Het in stand houden van deze markt leidt tot een schrijnend ondergebruik van technologie in zorg, onderwijs, woonvormen, werkvoorzieningen enz. Naar de mening van de inhoudelijk deskundige blijven 300.000 tot 500.000 mensen diensengevolge verstoken van een communicatiehulpmiddel, met name omdat in AWBZ-

instellingen deze middelen niet beschikbaar zijn.

Reactie CVZ

Het CVZ is het eens met het feit dat communicatieproblemen veel breder zijn dan alleen problemen met het spreken. Echter indien communicatieproblemen het gevolg zijn van beperkingen in de visuele functie, hoorfunctie of bewegingssysteem, zijn andere (functiegerichte) omschrijvingen (specifiek voor deze beperkingen) van hulpmiddelenzorg van toepassing. In deze functiegerichte omschrijving gaat het om hulpmiddelenzorg voor personen die beperkingen in hun communicatie kennen, doordat ze niet in staat zijn om te spreken, inclusief het conceptueel niveau (begrijpen), het formuleerniveau en het articulatie-niveau.

Stand-alone hulpmiddelen

Na terugkoppeling met de inhoudelijk deskundige bleek de indruk van het CVZ juist, dat hij de inleidende alinea van de voorgestelde toelichting (zoals geformuleerd paragraaf 3.c.9) onjuist heeft geïnterpreteerd. De huidige regelgeving noemt in zijn toelichting inderdaad voornamelijk specifieke dure 'stand-alone' hulpmiddelen.

Deze spraakvervangende hulpmiddelen heeft het CVZ als uitgangspunt genomen om te komen tot een functiegerichte omschrijving van deze categorie hulpmiddelen. Dit uitgangspunt is gekozen omdat de functiegerichte omschrijving niet onbedoeld een beperking van de aanspraak tot gevolg mag hebben en ter ondersteuning van het proces om te komen tot een functiegerichte omschrijving.

Software-toepassingen

De omschrijving 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken' maakt een keuze voor andere oplossingen mogelijk. Er kan bijvoorbeeld ook gekozen worden voor specifieke software ter compensatie van de spraakstoornis. Dit is ook waarop de inhoudelijk deskundige doelt. Daarom is in de toelichting verduidelijkt dat het ook kan gaan om softwaretoepassingen voor een computer of ander systeem. Tegelijkertijd dienen de duurdere stand-alone communicatiehulpmiddelen beschikbaar te blijven voor die groep die met meer eenvoudige hulpmiddelen niet geholpen is.

Afasie

Op basis van de ICF vallen aandoeningen als afasie onder stoornissen in de mentale functies gerelateerd aan taalexpressie. Voor de volledigheid heeft het CVZ in de toelichting het indicatiegebied verduidelijkt en expliciet opgenomen dat beperkingen in het spreken ook het gevolg kunnen zijn van stoornissen in de mentale functies gerelateerd aan taalexpressie. Daarnaast wil het CVZ erop wijzen dat deze functiegerichte omschrijving een omschrijving is in het kader van de Zorgverzekeringswet. Indien specifieke communicatie-apparatuur nodig is voor onderwijs of werk, bestaat mogelijk aanspraak op vergoeding van deze middelen op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Indien

dergelijke apparatuur noodzakelijk is voor een bewoner van een AWBZ-instelling kan aanspraak bestaan op deze middelen op grond van de AWBZ.

Terugkoppeling

Het CVZ heeft bovenstaande toelichting teruggekoppeld aan de inhoudelijk deskundige. Zijn reactie was dat de aangeleverde verklaring, toelichting en uitbreiding van de tekst veel van zijn eerder geleverde commentaar overbodig maakt.

De inhoudelijke deskundige wijst er in zijn reactie op dat – om de best passende kritieke mix van hulpmiddelen en hulpmiddelenonderdelen te selecteren – bij de advisering, verstrekking en training vooral gekeken moet worden naar de ICF-categorieën activiteiten en participatie. Een pure indeling naar alleen functiebeperking is dan onvoldoende. Ook gaf hij aan dat de functiegerichte classificatie weliswaar voldoende hanteerbaar is als opzoekmedium voor hulpmiddelen, maar niet of nauwelijks geschikt is als kennis- en zoekstelsel dat cliënten en omgevingskenmerken koppelt aan hulpmiddelen, hulpmiddelenonderdelen en leer-/ontwikkelingspotentieel.

Activiteiten en participatie

Het CVZ is van mening dat de voorgestelde functiegerichte omschrijving geen belemmering vormt om beperkingen in activiteiten en participatie mee te laten wegen bij de toekenning van een bepaald hulpmiddel. In feite is de reactie van de inhoudelijk deskundige ingegeven vanuit de behoefte aan een soort van indicatieprotocol, waarbij het ‘Communicatie Competentie Profiel (CCP) een belangrijke tool kan zijn.

CCP-instrument

De functiegerichte omschrijving heeft slechts tot doel om de te verzekeren prestatie in de wet- en regelgeving vanuit de functiebeperking te omschrijven. Een indicatieprotocol is een instrument om de uitvoeringspraktijk te helpen in een individueel geval tot de juiste keuze van het hulpmiddel te kunnen komen. Het is de verantwoordelijkheid van partijen om dergelijke protocollen te realiseren, waardoor de kwaliteit van de zorg zal toenemen.

Afasie Vereniging Nederland

Afasie Vereniging Nederland en de Stichting Afasia Nederland geven aan zich goed te kunnen vinden in de voorgestelde functiegerichte omschrijving en stellen het bijzonder op prijs dat hun vereniging door het CVZ geconsulteerd is. Ze geven aan dat afasia formeel geen spreekstoornis is, maar een taalstoornis. Mensen met afasia hebben dan ook vaak meer nodig dan slechts een hulpmiddel bij het spreken. Ook hulpmiddelen bij het lezen (iemand met leesproblemen als gevolg van afasia heeft als het ware een door niet-aangeboren hersenletsel verworven dyslexie) en personenalarmering kunnen nodig zijn.

Reactie CVZ

Het CVZ heeft in de toelichting verduidelijkt dat beperkingen in het spreken, het gevolg kunnen zijn van taal- en spraakstoornissen, daarnaast is expliciet de stoornis in de mentale functie gerelateerd aan taalexpressie in de toelichting opgenomen.

Op dit moment valt voorleesapparatuur niet onder de te verzekeren prestaties voor deze doelgroep. Op het moment dat het CVZ de functiegerichte omschrijving voor voorleesapparatuur voor dyslexie en motorisch gehandicapten functiegericht gaat omschrijven, zal het CVZ een afweging maken of een uitbreiding van de omschrijving aangewezen is ten behoeve van deze doelgroep.

Personenalarmering is nog een aparte verstrekking in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv, waarbij het CVZ in 2009 het voorstel heeft gedaan deze categorie over te hevelen naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Indien een verzekerde met afasie voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals opgenomen, kan een verzekerde in aanmerking komen voor 'medische' personenalarmering in het kader van de Zvw. Indien dit niet het geval is, kan iemand op dit moment mogelijk op grond van de Wmo in aanmerking komen voor dergelijke apparatuur op grond van een meer 'sociale indicatie'.

4. Adviescommissie Pakket

Maatschappelijke aspecten	De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. In zijn vergadering van 21 januari 2011 heeft de ACP de voorliggende functiegerichte omschrijvingen hulpmiddelenzorg en de daarop ontvangen reacties van belanghebbende partijen besproken. Onderstaand het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het CVZ. In algemene zin constateert de ACP dat er een breed draagvlak is bij belanghebbende partijen voor het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.
Positief advies	De ACP geeft een positief advies ten aanzien van de voorliggende adviezen, maar vraagt nog aandacht voor de volgende punten.
Algemene uitgangspunten	Voor de leesbaarheid en verduidelijking van de voorstellen adviseert de ACP een aparte paragraaf op te nemen, waarin de algemene uitgangspunten zijn opgenomen die gelden bij het toelaten/uitsluiten van hulpmiddelen in het kader van de functiegerichte omschrijvingen. Het gaat dan om voorwaarden zoals budgetneutraliteit, stand van de wetenschap en praktijk, algemeen gebruikelijk, financieel toegankelijk etc. In de voorstellen is – uitgaande van de ICF-classificatie – een splitsing gemaakt tussen: • hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in functies en; • hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten. Met betrekking tot laatstgenoemde hulpmiddelen gaan de voorstellen uit van specifieke activiteiten, hetgeen een begrenzing van de functiegerichte omschrijving inhoudt.
Generieke omschrijving	De ACP vraagt nog na te gaan of het mogelijk is de functiegerichte omschrijving op dit punt nog generieker te maken. In de optiek van de ACP kan spreekt men dan van: • hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen die voortvloeien uit onvoldoende gecorrigeerde stoornissen in de visuele functie, en • hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende gecorrigeerde stoornissen van functies van het spijsverteringsstelsel.
Afdekpleisters	Tenslotte adviseert de ACP ten aanzien van de afdekpleisters bij amblyopie te beoordelen of sprake is van 'noodzakelijk te verzekeren zorg', in die zin dat deze afdekpleisters op basis van het criterium 'financieel toegankelijk' voor eigen rekening zouden kunnen komen.

5. Besluit CVZ

5.a. Reactie op advies ACP

Algemene uitgangspunten

Het CVZ heeft de functiegerichte omschrijvingen in één rapport ondergebracht en in een algemeen hoofdstuk vooraf de algemene uitgangspunten van de functiegerichte omschrijvingen beschreven.

Generieke omschrijving

De consequenties van de suggestie van de ACP om de omschrijvingen meer generiek te maken, zijn nader onderzocht. Gebleken is dat bij het hanteren van een hoger niveau van de ICF veel hulpmiddelen zullen instromen, die niet voldoen aan de pakketprincipes (met name het pakketprincipe 'noodzakelijkheid'). Een uitbreiding van de functiegerichte omschrijving met een negatieve lijst van hulpmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen, zou hiervoor een mogelijke oplossing zijn. Nadeel van een dergelijke lijst is dat deze actief moet worden onderhouden. Als er hulpmiddelen op de markt komen die niet voldoen aan de pakketprincipes, zal het CVZ de minister telkens moeten adviseren deze uit te sluiten van de functiegerichte omschrijving. Bij een hoger ICF-niveau is het bovendien moeilijker te overzien wát er allemaal onder de functiegerichte omschrijving valt. Dat geldt niet alleen voor het CVZ, maar ook voor zorgverzekeraars en verzekerden.

De voorgestelde omschrijvingen zijn in lijn met eerdere voorstellen, waarbij weloverwogen voor een lager ICF-niveau is gekozen. De keuze voor een lager niveau leidt tot een juiste balans tussen enerzijds meer keuzevrijheid en mogelijkheden voor innovatie en anderzijds het voorkomen van een uitputtende negatieve lijst en de daarmee gepaard gaande bureaucratie in de vorm van omslachtige en arbeidsintensieve regelgeving.

Afdekpleisters bij amblyopie

Verder heeft het CVZ de afdekpleisters bij amblyopie beoordeeld. De duur van de therapie (afplakken) is afhankelijk van de leeftijd van het kind, hoe lang het luie oog al bestaat en hoe slecht het luie oog ziet. In de meeste gevallen lukt de behandeling goed en gaat het luie oog steeds scherper zien. De behandeling strekt zich doorgaans over vele jaren uit. Het CVZ heeft berekend dat de behandeling van een kind met afdekpleisters 255 euro op jaarbasis kost (70 euro per 100 pleisters). Op basis van het criterium 'financieel toegankelijk' komt het CVZ daarom tot de conclusie dat hier sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg.

5.b. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 14 februari 2011 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, besloten de voorgestelde functiegerichte omschrijvingen hulpmiddelenzorg vast te stellen. Het gaat daarbij om:

- een uitbreiding van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie;
- hulpmiddelen voor stoornissen van het spijsverteringsstelsel;
- hulpmiddelen ter compensatie voor beperkingen in het spreken.

Consistent beleid

Uit het oogpunt van consistent beleid besluit het CVZ vast te houden aan het in de voorstellen gehanteerde ICF-niveau, omdat dit:

- onnodige bureaucratie en onderhoud van gedetailleerde regelgeving in de vorm van een negatieve lijst voorkomt;
- ervoor zorgt dat te overzien is wat er precies onder de te verzekeren prestatie valt;
- meer waarborgen biedt voor het uitgangspunt van budgetneutraliteit;
- juridisch is afgedekt en door partijen gedragen.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL-woning

Op 21 september 2010 uitgebracht aan de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010114241
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. mr. G.M.M. Hendriksen, in samenwerking met: mw. mr. J.M. van Diggelen, mw. mr. J. Hallie, mw. drs. C.B.M. Nyst en mw. drs. O. Overeem.
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 72
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Samenvatting

De bewoners van ADL-clusterwoningen ontvangen op dit moment in en om hun woning zorg op afroep die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie uit de Regeling subsidies AWBZ (paragraaf 2.9). Daarnaast hebben zij de mogelijkheid om voor AWBZ-zorg op afstand van hun woning een pgb te krijgen of zorg in natura van een andere zorgaanbieder dan degene die zorg verleent in de ADL-clusterwoningen.

Einde subsidieparagraaf

Per 1 januari 2012 zal de paragraaf ADL-assistentie vervallen. De ADL-assistentie zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg.

Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om een bepaalde geïndiceerde zorgvorm deels in de vorm van persoonsgebonden budget (pgb) en deels als naturazorg te krijgen.

Verzoek uitvoeringstoets

In zijn brief van 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999 (bijlage 1), geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het wenselijk te vinden dat de mogelijkheid van deelbaarheid voor ADL-clusterbewoners behouden blijft, omdat hij de overgang naar de AWBZ zonder hinder wil laten plaatsvinden.

Daarom legt de minister het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aantal uitvoeringsvragen voor over deze wenselijk geachte situatie. Deze betreffen de praktische uitvoerbaarheid in de huidige AWBZ, de spelregels en toekomstige adviesconstructie en de afbakening. Hij verzoekt het CVZ zijn advies, waar nodig, af te stemmen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Afstemming met NZA, ZN, CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van genoemde organisaties voorafgegaan. Eveneens is hen een conceptversie van dit rapport voor commentaar voorgelegd.

Beoordelingskader

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot uitspraken over de uitvoerbaarheid en gaat bewust niet in op de wenselijkheid van de beleidskeuze om de subsidieparagraaf ADL-assistentie te beëindigen en binnen de reguliere AWBZ deelbaarheid van functies te creëren voor bewoners van een ADL-woning. Het zet de vragen van de minister af tegen de huidige regelgeving en uitvoeringspraktijk. Toekomstige wijzigingen daarin zijn alleen in de beschouwingen meegenomen als nu al duidelijk is dat deze voor 1 januari 2012 zullen worden doorgevoerd.

Deelbaarheid betreft leveringsvorm	Om te beginnen constateert het CVZ dat de vraag over deelbaarheid in feite alleen betrekking heeft op de leveringsvorm en niet op de indicatiestelling. Vervolgens verkent het CVZ wat binnen de huidige AWBZ qua regelgeving en uitvoering de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om voor een bepaalde hoeveelheid geïndiceerde zorg meerdere leveringsvormen te kiezen.
Toename uitvoeringslast zorgkantoren	De analyse maakt duidelijk dat een keuze voor meerdere leveringsvormen alleen uitvoerbaar is als er aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling plaatsvinden. Ook blijkt eruit dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren zal toenemen, mede omdat de keuze voor verschillende natura-aanbieders niet is af te grenzen voor alleen de bewoners van een ADL-cluster.
Rol voor CIZ	De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het voor de uitvoerbaarheid in de keten van belang dat het CIZ als onafhankelijke partij aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is en dit gegeven als "extra informatie" in of bij het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt
Ook toename uitvoeringslast CIZ	Dat maakt ook de uitvoeringslast bij het CIZ groter.
Variant "leveringsvorm"	Omdat de minister van het CVZ vraagt de uitvoerbaarheid te toetsen, heeft het CVZ in dit rapport ook onderzocht of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger is uit te voeren als het CIZ niet volstaat met het opnemen van "extra informatie" in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant "leveringsvorm"), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (hierna aangeduid als variant "indicatiebesluit").
Variant "indicatiebesluit"	Dit onderzoek levert op dat ook voor de variant "indicatiebesluit" aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling nodig zijn. Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid van functies voor bewoners van een ADL-cluster.
Per saldo minder uitvoeringslast en meer duidelijkheid	Het CVZ schat in dat de uitvoeringslast voor het CIZ vergeleken met de variant "leveringsvorm" enigszins zal toenemen, maar dat de uitvoering door zorgkantoren eenvoudiger zal worden. Bovendien zal voor verzekerden duidelijker zijn bij wie zij bezwaar en beroep kunnen aantekenen, namelijk bij het CIZ.
Voorkeur voor variant "indicatiebesluit"	Alles overziende denkt het CVZ dat de door de minister gewenste deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning het best is te realiseren door in de pgb-regeling vast te leggen dat voor bewoners van een ADL-woning persoonlijke verzorging (PV) - en evt. ook verpleging (VP) en

	begeleiding (BG) - in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden zorgvormen zijn aan te merken. Voor bewoners van een ADL-cluster kan het CIZ dan apart in het indicatiebesluit tot uitdrukking brengen wat de omvang is van de zorg die zij in en om de woning nodig hebben en wat de omvang is van de zorg buiten de woning. Per onderscheiden zorgvorm kan de ADL-clusterbewoner vervolgens een leveringsvorm van voorkeur aangeven.
<i>Ook keuze natura-natura af te bakenen</i>	Met deze aanpassing is tevens te realiseren dat de keuzemogelijkheid voor twee verschillende natura-aanbieders (zonder tussenkomst van een "hoofdaannemer") alleen bestaat voor bewoners van een ADL-cluster, omdat het CIZ alleen voor deze verzekerden een splitsing in het indicatiebesluit aanbrengt.
<i>Afbakening doelgroep</i>	Het CVZ wijst er wel op dat afbakening van de doelgroep ADL-clusterbewoners juridisch alleen eenvoudig is als de keuzemogelijkheid het karakter krijgt van een overgangsregeling. Deze beperkt zich dan tot verzekerden die op het moment van overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ in een ADL-cluster wonen. Als de minister deelbaarheid als structurele oplossing wil voor verzekerden die in de toekomst gaan wonen in een nu al bestaand cluster of in een nog te bouwen cluster, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee deze groep goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen.
<i>Toekomstige (advies)constructie</i>	Op dit moment adviseert het CIZ alleen over de omvang van PV in en om de woning. In de variant "leveringsvorm" zal het CIZ als nadere informatie (advies) aan het zorgkantoor in ieder geval ook de omvang van PV buiten de woning aan dienen te geven. In de variant "indicatiebesluit" zal het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van PV in en om de woning en de omvang van PV buiten de woning vermelden.
<i>Criterium voor splitsing</i>	Ook voor VP en BG kan het CIZ de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).
<i>Door splitsing te veel of te weinig zorg</i>	Doordat het CIZ de omvang van de zorg vaststelt in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft, is het gevolg van een splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.
<i>Veel aanpassingen nodig</i>	Welke ingang de minister ook kiest, duidelijk is dat er op verschillende fronten nog de nodige aanpassingen zullen moeten plaatsvinden (pgb-regelgeving, Beleidsregels

Indicatiestelling AWBZ, AZR) om een en ander in de praktijk te kunnen realiseren.

***Tijdig in gang
zetten***

De aanpassingen in AZR zijn duur, zeker in relatie tot de kleine omvang van de groep waarvoor de mogelijkheid gecreëerd zou moeten worden. Bovendien vergt de implementatie van aanpassingen zeker zes maanden, dus een eventuele opdracht tot aanpassing zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - moeten geven.

***Geen landelijke
uitvoering***

Het CVZ geeft in dit rapport ook aan dat er naar zijn mening onvoldoende argumenten zijn om bij de overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ een uitzondering te maken op het principe van regionale uitvoering.

1. Inleiding

Op dit moment krijgen de bewoners van ADL-clusterwoningen in en om hun woning ADL-assistentie op afroep die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie in de Regeling subsidies AWBZ. Daarnaast ontvangen veel ADL-clusterbewoners AWBZ-zorg op afstand van hun woning. Vaak realiseren zij deze zorg door middel van een persoonsgebonden budget (pgb). Soms ontvangen zij deze zorg ook in natura van een andere zorgaanbieder dan degene die zorg verleent in de ADL-clusterwoningen. Per 1 januari 2012 zal de subsidieparagraaf ADL-assistentie vervallen. De ADL-assistentie zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg.

Verzoek uitvoeringstoets

Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om voor een bepaalde geïndiceerde zorgvorm zowel pgb als naturazorg te kiezen. In zijn brief van 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999 (bijlage 1), geeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het wenselijk te vinden dat deze mogelijkheid van deelbaarheid voor ADL-clusterbewoners behouden blijft, omdat hij de overgang naar de AWBZ zonder hinder wil laten plaatsvinden. Daarom legt de minister het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aantal uitvoeringsvragen voor over deze wenselijk geachte situatie. Deze betreffen de praktische uitvoerbaarheid in de huidige AWBZ, de spelregels en toekomstige adviesconstructie en de afbakening. Hij verzoekt het CVZ zijn advies, waar nodig, af te stemmen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot uitspraken over de uitvoerbaarheid en gaat bewust niet in op de wenselijkheid van de beleidskeuze om de subsidieparagraaf ADL-assistentie te beëindigen en binnen de reguliere AWBZ deelbaarheid van functies te creëren voor bewoners van een ADL-woning.

Afstemming met NZa, ZN, CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van de NZa, ZN en het CIZ voorafgegaan. Vervolgens is een conceptversie van dit rapport voor commentaar aan hen voorgelegd.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geeft het CVZ achtergrondinformatie over ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen. Hoofdstuk 3 schetst het algemene kader van wet- en regelgeving en de uitvoeringpraktijk waartegen het CVZ de vragen van de minister heeft afgezet.

De specifieke vragen die de minister heeft voorgelegd, neemt het CVZ in de hoofdstukken 4, 5 en 6 onder de loep. Daarbij volgt het CVZ de indeling die de minister in paragraaf 3 van zijn brief heeft gemaakt. Elk onderdeel van deze hoofdstukken mondt uit in conclusies.

Daarna gaat het CVZ in hoofdstuk 7 in op de vraag of regionale of landelijke uitvoering aangewezen is. In hoofdstuk 8 besteedt het CVZ aandacht aan een aantal ontwikkelingen dat mogelijk van invloed is op de overgang van ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ-financiering. Hoofdstuk 9 gaat in op de reacties van ZN, het CIZ en de NZa op het onderhavige rapport. In hoofdstuk 10 vat het CVZ tot slot de conclusies over de uitvoerbaarheid kort samen.

2. Achtergrondinformatie over ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen

2.a. Gesubsidieerde ADL-assistentie

Huidige regelgeving

Tot 1 januari 2012 is paragraaf 2.9 van de Regeling subsidies AWBZ van kracht. Hierin is bepaald dat het CVZ een instellingssubsidie kan verstrekken voor het verlenen van ADL-assistentie.

Voorwaarden

Voor een instellingssubsidie komt uitsluitend ADL-assistentie in aanmerking die wordt geleverd aan een verzekerde die is geregistreerd bij het CVZ en die:

- a) een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking heeft;
- b) is aangewezen op een rolstoelstoorgankelijke woning;
- c) is aangewezen op ten minste vijf uur ADL-assistentie per week;
- d) voldoende sociaal redzaam is om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen;
- e) een indicatiebesluit heeft als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit, waarin rekening is gehouden met het aantal uren ADL-assistentie.

Bij deze registratie baseert het CVZ zich op een schriftelijk indicatie-advies van het CIZ waarin is aangegeven of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden genoemd onder a tot en met d.

Definities

Paragraaf 2.9 kent de volgende definities.

ADL-woning: woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoelstoorgankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

ADL-assistentie: gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning.

Inhoud ADL- assistentie

In de Toelichting bij paragraaf 2.9 staat dat ADL-assistentie een voorliggende voorziening is die het niet mogelijk maakt in en om de ADL-woning een beroep te doen op persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP) als bedoeld in de AWBZ. Verder zegt de toelichting: "ADL-assistentie betreft onder meer hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner in en om de ADL-woning, zoals hulp bij eten/drinken (serveren van voedsel op bed en op tafel en hulp bij eten/drinken), verplaatsen, persoonlijke hulp en toilet maken (mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek) en verpleegtechnische/medische assistentie (zoals het geven van medicijnen, het aanleggen van verbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan- en uitdoen van een

prothese en het aanleggen van een draagurinaal)."

Alléén PV in en om de woning voorliggend

Bij de adviserende werkzaamheden voor het CVZ ging het CIZ er aanvankelijk van uit dat alle PV en alle VP in en om de woning tot de ADL-assistentie behoren en dus een voorliggende voorziening zijn (conform de toelichting op de regeling). Bezwaren van bewoners¹ hebben er uiteindelijk toe geleid dat de minister van VWS het CIZ in een brief van 17 april 2009 opdracht heeft gegeven uitsluitend PV in en om de woning als voorliggende voorziening aan te merken. Hiermee wordt dus tot 1 januari 2012 gesanctioneerd dat er sprake kan zijn van een dubbele verstrekking van de functie VP, omdat onder de gesubsidieerde ADL-assistentie ook enige verpleegkundige handelingen vallen.

Voordat VWS het CIZ deze gewijzigde opdracht gaf, is eerst verkend of het CIZ wellicht zou kunnen aangeven dat bepaalde VP-handelingen in en om de woning wel een voorliggende voorziening zijn en andere niet. Het CIZ heeft daarbij aangegeven dat dat niet uitvoerbaar is.

3 gesubsidieerde zorgaanbieders

Op dit moment ontvangen de Stichting Fokus uit Groningen, de Osira Groep uit Amsterdam en de Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ) uit Wassenaar een instellingssubsidie van het CVZ.

Ca. 95 clusters

Stichting Fokus verleent hulp in ADL-woningen op ca. 92 locaties (zgn. ADL-clusters) verspreid over heel Nederland. Osira Groep levert assistentie in 2 clusters, allebei gelegen in Amsterdam, en SWZ Groep in 1 cluster in Wassenaar.

Ca. 1350 bewoners

In de clusters waar de hiervoor genoemde zorgaanbieders werkzaam zijn, wonen in totaal ca. 1350 personen die ADL-assistentie ontvangen. Hiervan zijn er ca. 1300 klant van Stichting Fokus.

Alarmopvolging

De aanbieder van ADL-assistentie is gedurende het hele etmaal aanwezig in de ADL-eenheid die op korte afstand van de ADL-woningen is gelegen. Alle woningen zijn via een alarmintercomsysteem verbonden met deze eenheid.

Koppeling woning-zorgaanbieder

Bewoners van een ADL-cluster hebben met het aanvaarden van de ADL-woning gekozen voor het afnemen van ADL-assistentie van de zorgaanbieder die in de ADL-eenheid aanwezig is. Deze aanbieder heeft daartoe een overeenkomst gesloten met de verhuurder van de woningen.

¹ Aanbieders van ADL-assistentie voeren op dit moment niet alle VP-activiteiten in en om de woning uit. Cliënten vonden dat de nieuwe wijze van indiceren hen te afhankelijk maakte van de zorgaanbieder in het cluster.

<i>Combinatie ADL-assistentie en AWBZ-zorg</i>	Op dit moment ontvangen veel ADL-bewoners AWBZ-zorg op afstand van de ADL-woning in aanvulling op de voorliggende gesubsidieerde zorg in en om de ADL-woning. Voor deze zorg kunnen de bewoners als leveringsvorm kiezen voor een pgb. Ook kunnen zij de zorg afnemen van een andere zorgaanbieder dan degene die in het cluster werkzaam is.
<i>Geen rol Zorgkantoren</i>	Het CVZ voert de subsidieparagraaf ADL-assistentie in ADL-clusters centraal uit. Regionale zorgkantoren spelen daar geen rol in.
<i>Bekostiging als reguliere AWBZ-zorg</i>	2.b. Overgang naar AWBZ De nu geldende subsidieparagraaf vervalt per 1 januari 2012. Op dat moment zal de ADL-assistentie bekostigd worden als reguliere AWBZ-zorg. De periode tot 2012 wordt benut om de overgang naar de AWBZ op zorgvuldige wijze te laten verlopen.
<i>Herindicatie</i>	Eén van de acties die met het oog op de overheveling in gang zijn gezet, is de herindicatie van de zittende bewoners van ADL-clusters. Het CIZ brengt in kaart wat de omvang is van de benodigde PV en VP per 1 januari 2012. In een bijlage bij het indicatiebesluit geeft het CIZ aan wat op die datum de omvang zal zijn van PV in en om de woning.
<i>Ook BG en activiteiten die geen AWBZ-zorg zijn</i>	Lopende het herindicatietraject is gebleken dat onder ADL-assistentie ook een aantal activiteiten vallen die op dit moment als begeleiding (BG) kunnen worden geïndiceerd. Tevens is zichtbaar geworden dat ADL-assistentie ook activiteiten omvat die niet als AWBZ-zorg zijn aan te merken, maar bijvoorbeeld zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) betreffen of als activiteiten zijn te bestempelen die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vallen.

3. Wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk schetst het CVZ eerst kort de relevante AWBZ wet- en regelgeving en de uitvoeringspraktijk waartegen het CVZ de uitvoeringsvragen heeft afgezet. Conform de vraagstelling van de minister baseert het CVZ zich daarbij op de huidige situatie. Met toekomstige wijzigingen in de regelgeving en uitvoeringssystematiek is alleen rekening gehouden als nu al duidelijk is dat deze voor 1 januari 2012 zullen worden doorgevoerd.

3.a. Wet- en regelgeving

Relevant zijn het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza), het Zorgindicatiebesluit (Zib), paragraaf 2.6 Persoonsgebonden budget uit de Regeling subsidies AWBZ (pgb-regeling) en de toelichtingen op deze regelgeving.

Bza

Het Bza geeft in artikel 2, lid 1, een opsomming van de zorgvormen waar een verzekerde aanspraak op kan maken. In artikel 2, lid 2, is opgenomen dat de aanspraak op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen. Bewoners van een ADL-clusterwoning hebben vooral te maken met de resp. in de artikelen 4, 5 en 6 Bza opgenomen zorgvormen PV, VP en BG. Deze zorgvormen zijn in functiegericht termen omschreven en worden ook functies genoemd.

Zib

Of een verzekerde op AWBZ-zorg is aangewezen, bepaalt het CIZ. In het Zib zijn de regels met betrekking tot het werkkerrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen opgenomen.

In artikel 13, eerste lid, van het Zib staat wat er in het indicatiebesluit moet worden aangegeven:

- a) De vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2 Bza, waarop de zorgvrager is aangewezen;
- b) De hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;
- c) De aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

Pgb-regeling

Uit de pgb-regeling zijn artikel 2.6.9, lid 1, onder g, en artikel 2.6.9, lid 6, van belang.

Artikel 2.6.9.

1. Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:

()

g. de verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak tot gelding;

()

6. Voor de toepassing van het eerste lid, onderdeel g, worden begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg.

Meer informatie over de van belang zijnde artikelen en de toelichting daarop is opgenomen in bijlage 2.

3.b. Uitvoeringspraktijk

Regionale uitvoering

Zorgverzekeraars hebben via mandaat- en volmachtovereenkomsten hun bevoegdheid om de AWBZ uit te voeren vrijwel volledig overgedragen aan regionale zorgkantoren. Regionale zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor verzekerden die woonachtig zijn in de voor het zorgkantoor aangewezen regio.

Zorgkantoren moeten ervoor zorgen dat verzekerden in hun regio de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. Een aantal belangrijke aspecten van de uitvoeringspraktijk in het kader van deze uitvoeringstoets zijn:

- de zorginkoop;
- de uitwisseling van gegevens via de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR);
- de uitvoering van de pgb-regeling;
- de uitvoering van de eigen bijdrageregeling.

In 3.b.1. tot en met 3.b.4. wordt hier kort op ingegaan. Nadere informatie is te vinden in bijlage 3.

3.b.1. De zorginkoop

Het contracteren van AWBZ-zorg is formeel een bevoegdheid van zorgverzekeraars. Via een mandaat- en volmachtverleningsovereenkomst hebben zorgverzekeraars deze bevoegdheid overgedragen aan regionale zorgkantoren.

Regionale zorginkoop uitgangspunt

De nu geldende mandaat- en volmachtverleningsovereenkomst gaat uit van regionale uitvoering. Dat betekent dat de bevoegdheid van een zorgkantoor zich beperkt tot contracteren van zorg voor verzekerden in de aangewezen regio.

Bovenregionale zorginkoop: vooral aanbodgericht

Er zijn landelijk werkende zorgaanbieders die van oudsher productieafspraken maken met één zorgkantoor voor alle zorgkantoorregio's waar de zorgaanbieder actief is (bovenregionaal contracteren). Dan is niet de woonplaats van

de verzekerde, maar de hoofdvestigingsplaats van de zorgaanbieder bepalend voor de zorginkoop.

Omdat er bij bovenregionaal contracteren sprake is van een ongelijk speelveld voor de zorgaanbieder heeft de NZa in 2009 beleid uitgezet om te streven naar regionale zorginkoop. Door het uitzicht op uitvoering van de AWBZ door verzekeraars voor eigen verzekerden werd regionale zorginkoop een minder relevant onderwerp. De NZa heeft echter aangegeven dat genoemd streven niet is losgelaten en weer actueel is nu de beslissing over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars is uitgesteld.

Ook de zorgkantoren geven aan dat zij regionale zorginkoop het meest wenselijk vinden en deze lijn nog steeds als uitgangspunt nemen.

3.b.2. AZR

Release 2.2 en 3.0

Momenteel maken alle ketenpartners - CIZ, zorgkantoren, zorgaanbieders en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) - gebruik van AZR release 2.2. Volgens de huidige planning moeten de ketenpartners AZR release 3.0 op 1 april 2011 geïmplementeerd hebben.

Twee berichten zijn in het kader van de uitvoeringstoets (deelbaarheid van functies) van belang, namelijk het indicatiebesluitbericht en het zorgtoewijzingsbericht. In bijlage 3 is nader uitgewerkt waaraan deze berichten moeten voldoen om via AZR verzonden te kunnen worden.

Bovenregionaal berichtenverkeer

Omdat de AWBZ regionaal wordt uitgevoerd, stuurt het indicatieorgaan het indicatiebesluitbericht naar het zorgkantoor van de woonplaats van de verzekerde. Het regionale zorgkantoor is vervolgens verantwoordelijk voor zowel de zorgtoewijzing als de intrekking van de zorgtoewijzing.

Als een verzekerde zorg wil ontvangen van een zorgaanbieder die gevestigd is in een andere regio en die niet door het regionale zorgkantoor is gecontracteerd, stuurt het regionale zorgkantoor een bovenregionaal toewijzingsbericht naar het zorgkantoor dat wel een contract heeft met die zorgaanbieder. Dat (bovenregionale) zorgkantoor moet een zorgtoewijzing ongewijzigd doorsturen naar de zorgaanbieder (de voorkeuraanbieder van de verzekerde). Uiteraard dient er in een dergelijk situatie sprake te zijn van overheveling van budget.

3.b.3. Uitvoering pgb-regeling

Pgb regionaal uitgevoerd

De pgb-regeling is een subsidieregeling die door zorgkantoren wordt uitgevoerd voor verzekerden die woonachtig zijn in de regio van het zorgkantoor.

In het indicatiebesluitbericht dat het CIZ via AZR verstuurt naar het zorgkantoor in de regio van de verzekerde, is opgenomen dat een verzekerde voor een bepaalde functie een pgb wil. Dit bericht leidt ertoe dat het zorgkantoor overgaat tot het verlenen van een pgb aan de verzekerde.

3.b.4. Uitvoering eigen bijdrageregeling

Voor VP, PV en BG is een verzekerde van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage (EB) verschuldigd. De eigen bijdrageregeling kent een inkomensafhankelijk maximum.

CAK bij natura

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) stelt de eigen bijdrage voor zorg in natura vast op basis van de geleverde zorg aan die verzekerde.

De zorgaanbieder van de verzekerde stuurt de gegevens van de geleverde zorg op persoonsniveau naar het CAK.

Zorgkantoor bij pgb

Het zorgkantoor stelt voor de verzekerden van de eigen regio de eigen bijdrage voor een pgb vast.

Maximum EB

De totale eigen bijdrage van de verzekerde is niet hoger dan de maximale eigen bijdrage van de betreffende verzekerde.

4. Praktische uitvoerbaarheid in huidige AWBZ

De minister geeft aan dat in de huidige AWBZ een splitsing van leveringsvorm binnen een geïndiceerde aanspraak alleen gangbaar is voor zover de functie in verschillende eenheden wordt geïndiceerd: uren of dagdelen. Een verzekerde kiest per geïndiceerde functie een leveringsvorm van voorkeur: natura of pgb. Een combinatie is niet mogelijk.

De vraag aan het CVZ is of deelbaarheid binnen een indicatie in de huidige AWBZ momenteel uitvoerbaar is en om daarbij in het antwoord in te gaan op twee mogelijkheden van deelbaarheid:

- a) de combinatie van twee natura-aanbieders en
- b) de combinatie van een natura-aanbieder en pgb.

Tevens vraagt de minister in te gaan op aspecten rondom gegevensuitwisseling en uitvoering van eigen bijdragen.

Alle genoemde aspecten komen hierna uitvoerig aan de orde, met uitzondering van de uitvoering van de eigen bijdragen. Bij de eigen bijdrageregeling speelt alleen de omvang van de geleverde zorg een rol. Of er bij een bepaalde verzekerde sprake is van meerdere natura-aanbieders of van de combinatie zorg in natura en pgb heeft geen gevolgen voor de bepaling van de eigen bijdrage. Dit aspect van de uitvoeringspraktijk komt daarom in dit rapport niet meer aan de orde.

4.a. Splitsing van indicatie of van leveringsvorm?

Verskillende omschrijvingen

Het CVZ constateert dat de problematiek waarvoor de minister een oplossing zoekt in de brief op verschillende manieren wordt omschreven. De brief heeft het zowel over “deelbaarheid binnen een AWBZ-indicatie” als over “splitsing van leveringsvorm binnen een aanspraak”.

Naar de mening van het CVZ heeft de vraag over mogelijke deelbaarheid of splitsing die nu voorligt in feite alleen te maken met de wens om voor zorg buiten de woning een andere leveringsvorm (in de zin van: een andere natura-zorgaanbieder of een pgb) te kunnen kiezen dan voor zorg in en om de woning. De vraag heeft geen betrekking op de aard en inhoud van de zorgvorm. De zorg die buiten de woning nodig is, verschilt qua aard en inhoud niet van de zorg in en om de woning.

De leveringsvorm die een verzekerde voor zijn aanspraak kiest (natura of pgb) maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit en is in de huidige uitvoeringspraktijk niets anders dan een advies van het CIZ aan het zorgkantoor om een bepaalde zorgvorm toe te wijzen als natura-zorg of pgb. Het CIZ vraagt de voorkeur van de verzekerde voor de leveringsvorm op, als extra informatie ten behoeve van het

zorgkantoor. Het zorgkantoor regelt vervolgens de zorgtoewijzing. Een verzekerde kan te allen tijde op de eerder uitgesproken voorkeur terugkomen, zonder dat het indicatiebesluit daarvoor hoeft te worden aangepast.

**Primaire
benaderingswijze:
leveringsvorm**

Het CVZ benadert de vraagstelling van de minister daarom in eerste instantie vanuit de optiek van de leveringsvorm. De vraag is dan:
Kan een verzekerde met een indicatie voor een bepaalde functie kiezen voor meerdere natura-aanbieders of voor de combinatie natura-pgb?

In 4.b. en 4.c. geeft het CVZ een oordeel over de uitvoerbaarheid van de verschillende combinaties van leveringsvormen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen regelgeving en uitvoeringsaspecten. In 4.d. besteedt het CVZ vervolgens aandacht aan de vraag wie bepaalt wat de omvang is van de verschillende leveringsvormen.

**Variant
“leveringsvorm”**

Omdat de minister van het CVZ een uitvoeringstoets vraagt, heeft het CVZ echter ook verkend of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger uit te voeren is als het CIZ niet volstaat met het opnemen van “extra informatie” in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant “leveringsvorm”), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (hierna aangeduid als variant “indicatiebesluit”). In 4.e. gaat het CVZ daar nader op in.

**Variant
“indicatiebesluit”**

4.b. Combinatie van twee natura-aanbieders

Regelgeving

Op basis van de analyse van de relevante regelgeving, opgenomen onder 3.a., komt het CVZ tot de conclusie dat het Bza en het Zib een verzekerde de mogelijkheid bieden om voor een bepaalde geïndiceerde functie te kiezen voor twee verschillende natura-aanbieders. De sturingsvisie achter de gemoderniseerde AWBZ is dat de verzekerde centraal staat en dat hij zelf beslist of hij zich voor het verkrijgen van de zorg waarvoor hij geïndiceerd is, tot één of meer zorgaanbieders wendt.
Een splitsing in het indicatiebesluit is hiervoor niet nodig. Een verzekerde kan nu al bij het zorgkantoor aangeven dat hij voor een bepaalde (ongedeelde) functie meerdere natura-aanbieders wil.

Uitvoering

In AZR 2.2 kan het zorgkantoor de ongedeelde functie aan meerdere natura-aanbieders toewijzen. Het zorgkantoor is daarbij verantwoordelijk voor het delen van de functie over meer dan één aanbieder en voor het vaststellen dat een verzekerde de volledige zorg ontvangt waar hij recht op heeft.

Uit overleg met vertegenwoordigers van zorgkantoren is echter gebleken dat de mogelijkheid die AZR 2.2 nu biedt in de praktijk niet meer wordt toegepast. Redenen hiervoor zijn: terugdringen van administratieve lasten en vereenvoudiging van de uitvoering bij zorgkantoren. Een zorgkantoor wijst een functie altijd toe aan één aanbieder (de hoofdaannemer), die vervolgens in overleg met de verzekerde voor een deel van de functie een onderaannemer inschakelt. Nadeel voor de verzekerde is in deze situatie dat hij (min of meer) afhankelijk is van de (bereidwilligheid van de) hoofdaannemer om de zorg waarop hij is aangewezen gerealiseerd te krijgen zoals hij wenst.

Release 3.0 van AZR, waar vanaf 1 april 2011 mee zal worden gewerkt, sluit aan bij de huidige uitvoeringspraktijk en ondersteunt niet langer de mogelijkheid om een functie toe te wijzen aan meerdere aanbieders (zie ook bijlage 3).

Conclusie

Voor een verzekerde die voor een bepaalde functie zorg in natura van meerdere aanbieders wil, bevatten zowel het Bza, het Zib als AZR 2.2 op dit moment geen belemmeringen.

De praktijk van zorgtoewijzing is op dit moment echter al conform wat in AZR 3.0 straks de standaard wordt. In AZR 3.0 kan een functie nog maar aan één zorgaanbieder worden toegewezen. De verzekerde is dan vervolgens afhankelijk van de hoofdaannemer van zorg.

Wil er per 1 januari 2012 voor een bepaalde functie een toewijzing aan meerdere natura-aanbieders kunnen plaatsvinden, dan zal in AZR weer de mogelijkheid gecreëerd moeten worden voor toewijzing aan meerdere aanbieders. Deze oplossing geldt dan wel voor alle AWBZ-verzekerden en maakt de uitvoering door zorgkantoren gecompliceerd.

Omdat de implementatie van evt. aanpassingen in het AZR-systeem zeker zes maanden vergt, zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - opdracht tot aanpassing moeten geven.

4.c. Combinatie van natura-aanbieder en pgb

Regelgeving

Op basis van de analyse van de relevante regelgeving, opgenomen onder 3.a., komt het CVZ tot de conclusie dat het Bza en het Zib een verzekerde ook niet belemmeren om voor één en dezelfde geïndiceerde functie te kiezen voor zowel een natura-aanbieder als een pgb.

Maar er zit wel een belemmering in de pgb-regeling. In artikel 2.6.9, lid 1, onder g, van de pgb-regeling is immers bepaald dat de verzekerde voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend, niet tevens een AWBZ-aanspraak tot

gelding kan brengen. Gezien deze bepaling kan een verzekerde op dit moment per geïndiceerde functie dus maar één leveringsvorm aangeven.

Uitzondering hierop is BG in uren en BG in dagdelen. In artikel 2.6.9, lid 6, is bepaald dat begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen worden aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg. Het CIZ indiceert apart voor deze zorgvormen, waarna de verzekerde per onderdeel een leveringsvorm van voorkeur kan aangeven.

Om bewoners van ADL-clusters binnen de functies PV, VP en BG in uren/klassen de mogelijkheid te bieden om als leveringsvorm zowel natura als pgb te kiezen, zal de minister de pgb-regeling dus moeten aanpassen. Daarbij zijn verschillende mogelijkheden denkbaar:

- a. schrappen van artikel 2.6.9, lid 1, onder g. Daardoor vervalt de belemmering voor de combinatie natura- pgb voor een bepaalde functie. Dit heeft wel als consequentie dat alle verzekerden vervolgens een keuze kunnen maken voor deze combinatie;
- b. handhaven van artikel 2.6.9, lid 1, onder g, maar regelen dat deze bepaling niet geldt voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen. Op de vraag of afbakening van deze groep technisch mogelijk is, gaat het CVZ hierna in hoofdstuk 6 nader in.

Groot nadeel van de eerste mogelijkheid is dat deze de uitvoering door zorgkantoren erg gecompliceerd maakt. Om die redenen vindt het CVZ deze optie niet wenselijk.

Uitvoering

AZR bevat ook geen mogelijkheid voor zorgkantoren om een bepaalde functie zowel aan een natura-zorgaanbieder als aan pgb toe te wijzen.

Conclusie

Voor een verzekerde die voor een bepaalde functie als leveringsvorm zowel zorg in natura als pgb wil, bevatten het Bza en het Zib op dit moment geen belemmeringen, maar de pgb-regeling en AZR wel.

Wil er per 1 januari 2012 voor een bepaalde functie zowel een toewijzing van natura-zorg als een pgb-verlening kunnen plaatsvinden, dan dient in elk geval de pgb-regeling te worden aangepast.

Om de combinatie in de keten vervolgens uitvoerbaar te maken, zullen in AZR mogelijkheden gecreëerd moeten worden om binnen een toewijzingsbericht voor één functie meerdere leveringsvormen (natura en pgb) te onderscheiden.

4.d. Rol voor CIZ?

Bij de zorgverlening aan bewoners van een ADL-cluster doet zich de situatie voor dat de zorgaanbieder 7x24 uur op afroep beschikbaar is voor de ADL-assistentie in en om de woning.

<i>Combinatie wonen en zorg</i>	Om de zorg in en om een cluster exploitabel te kunnen houden, dienen de bewoners van een cluster alle ADL-assistentie in en om de woning ook daadwerkelijk in natura af te nemen van de in het cluster aanwezige zorgaanbieder. Met het aanvaarden van een woning in het cluster hebben de bewoners zich daartoe verbonden. Strikt genomen draagt de verzekerde dus zelf de verantwoordelijkheid voor een juiste splitsing van zijn zorg over meerdere zorgaanbieders en voor een juiste splitsing over natura en pgb. Hij zou die wens zelf aan het zorgkantoor kunnen doorgeven, dat de zorg vervolgens in de gewenste vorm levert.
<i>Berichtenverkeer via AZR</i>	In de AWBZ-uitvoering verloopt echter alles via het berichtenverkeer in AZR. Voor de uitvoering door het zorgkantoor is het dus van belang dat het CIZ de wens van de verzekerde in het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt.
<i>CIZ bepaalt omvang</i>	Omdat het zorgkantoor niet kan controleren of de verzekerde een juiste splitsing maakt en het voortbestaan van de natura-zorg in en om de ADL-clusterwoningen daar wel van afhankelijk is, vindt het CVZ dat de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maakt dat het CIZ niet kan volstaan met het doorgeven van de wens van de verzekerde, maar als onafhankelijke partij moet aangeven wat de omvang is van de zorg in en om de woning en daarbuiten. Het CIZ kan als “nadere informatie” bij het indicatiebesluit aangeven wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is. Daarmee is duidelijk voor welk gedeelte de verzekerde een vrije keuze van zorgaanbieder of pgb heeft en voor welk gedeelte hij is aangewezen op de zorgaanbieder in het cluster. Dit maakt een en ander goed uitvoerbaar voor het zorgkantoor.
<i>Toename uitvoeringslast</i>	Omdat een verzekerde voor zorg buiten de woning op elk moment de keuze moet kunnen maken voor een andere natura-aanbieder of pgb, zonder dat hij daarvoor een herindicatie hoeft te vragen, moet de “nadere informatie” in alle gevallen bij het indicatiebesluit worden gevoegd, los van de vraag of de verzekerde die uitsplitsing vraagt. Omdat het CIZ nu alleen een oordeel over PV in en om de woning geeft, betekent dit een toename van de uitvoeringslasten bij het CIZ. De splitsing van leveringsvorm betekent ook een verhoogde uitvoeringslast voor zorgkantoren. Als een verzekerde het niet eens is met de omvang van de zorg buiten de woning, kan hij daarover geen bezwaar aantekenen bij het CIZ, maar moet hij bezwaar maken tegen de zorgtoewijzing of de pgb-verlening door het zorgkantoor.

Conclusie

De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het van belang dat het CIZ als extra informatie bij het indicatiebesluit aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en van de zorg buiten de woning is.

Invoering van de keuzemogelijkheid betekent zowel voor het CIZ als voor zorgkantoren dat de uitvoeringslast toeneemt.

4.e. Minder uitvoeringslast door splitsing in indicatiebesluit?

Zoals in de vorige paragrafen is aangegeven is het mogelijk om te regelen dat bewoners van een ADL-woning zowel voor de combinatie natura-natura als voor de combinatie natura-pgb kunnen kiezen. Omdat het alleen om de leveringsvorm gaat, hoeft daarvoor in principe niet meer te gebeuren dan: aanpassing van de pgb-regeling zoals hiervoor aangegeven en aanpassing van AZR.

Het is niet noodzakelijk een splitsing aan te brengen in het indicatiebesluit. Volstaan kan worden met nadere informatie in of bij het indicatiebesluit, waaruit de omvang van de zorg in en buiten de woning blijkt.

De in 4.b. en 4.c. aangegeven mogelijkheden tot aanpassing betekenen echter een toename van de uitvoeringslast, zowel voor het CIZ als de zorgkantoren. Omdat de splitsing tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten geen onderdeel van het indicatiebesluit uitmaakt, is bovendien voor de verzekerde niet helder waar hij bezwaar kan maken als hij het niet eens is met de aangebrachte splitsing. Deze onduidelijkheid kan ook weer extra werklast opleveren bij de uitvoering.

Alternatief?

Het CVZ heeft daarom gezien of het kunnen kiezen voor twee leveringsvormen duidelijker en daardoor beter uitvoerbaar wordt binnen de keten als het CIZ de hoeveelheid zorg in en om de woning en buiten de woning wel als aparte onderdelen in het indicatiebesluit tot uiting brengt.

Regelgeving

Allereerst heeft het CVZ onderzocht of de regelgeving het toelaat dat een dergelijke splitsing binnen een functie in het indicatiebesluit wordt opgenomen.

Naar de mening van het CVZ vormen noch het Bza, noch het Zib een belemmering om de indicaties voor de functies PV, VP en BG in uren/klassen te splitsen in een gedeelte zorg in en om de woning en een gedeelte zorg buiten de woning.

Op dit moment vindt splitsen ook al plaats bij de functie BG. Hier wordt, binnen eenzelfde functie, onderscheid gemaakt tussen BG individueel (in uren) en BG groep (in dagdelen). Dat dit kan, is niet rechtstreeks in het Bza verankerd, maar af te

leiden uit de toelichting op het Bza en verder uit artikel 10 Bza dat het vervoer bij begeleiding in dagdelen regelt. Het onderscheid tussen beide zorgvormen is nader uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ. Bij de splitsing tussen zorg in en om de woning en zorg buiten de woning gaat het om een vergelijkbaar onderscheid.

Aanpassing pgb-regeling

Om de keuze voor pgb mogelijk te maken zal wel een aanpassing in de pgb-regeling moeten worden aangebracht. Artikel 2.6.9, lid 1, onder g, kan ongewijzigd blijven, maar geregeld zal moeten worden dat voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen PV, VP en BG in uren in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden vormen van zorg worden aangemerkt. Daaraan kan dan gekoppeld worden dat een verzekerde alleen een pgb kan kiezen voor zorg buiten de woning.

Splitsing in indicatiebesluit

Een aanpassing van de pgb-regeling zoals hier bedoeld maakt dat het CIZ in het indicatiebesluit een splitsing moet aanbrengen tussen zorg in en om de woning en daarbuiten, waarna de verzekerde voor zorg buiten de woning de leveringsvorm pgb kan aangeven.

Aanpassing Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ

Uiteraard kan het zijn dat de ADL-bewoner de zorg buiten de woning als zorg in natura wil ontvangen. Om een en ander goed te borgen vindt het CVZ een aanpassing van de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ dan ook noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een subparagraaf over indicatiestelling voor bewoners van een ADL-cluster. (Zie ook de als bijlage 5 bijgevoegde notitie "Deelbaarheid functies ADL-clusters").

Variant "indicatiebesluit"

Wat betekent de variant "indicatiebesluit" voor de uitvoeringspraktijk?

CIZ

Naar de mening van het CVZ zal deze variant, vergeleken met de in de vorige paragrafen beschreven variant "leveringsvorm" waarin het CIZ alleen nadere informatie levert over de omvang van de zorg, tot een verzwaring van de uitvoeringslast bij het CIZ leiden. Als het CIZ de splitsing in het besluit opneemt, kan een verzekerde daartegen bezwaar en beroep instellen, wat extra werk met zich meebrengt. Omdat de doelgroep soms meer of minder aan huis gebonden is, waardoor de zorgvraag varieert, zal mogelijk ook het aantal verzoeken tot herindicatie toenemen. Gezien de betrekkelijk geringe omvang van de doelgroep die voor splitsing in aanmerking komt, lijkt de uitvoeringslast bij het CIZ echter niet extreem toe te nemen.

Zorgkantoor	Daar staat tegenover dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren geringer zal zijn dan bij de variant "leveringsvorm, waarin de splitsing geen onderdeel is van het indicatiebesluit. Omdat naturazorg en pgb op basis van verschillende regelingen worden gefinancierd, vindt de uitvoering bij zorgkantoren op verschillende afdelingen plaats. In de huidige situatie vormt het indicatiebesluitbericht van het CIZ steeds het startpunt voor de verdere uitvoering door zorgkantoren. Als het indicatiebesluit een splitsing maakt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten, kan een verzekerde per gedeelde functie een leveringsvorm kiezen. Afhankelijk van de gemaakte keuze komt het indicatiebesluitbericht via AZR bij de pgb-afdeling of de zorgtoewijzingsafdeling van het zorgkantoor terecht, waar het besluit conform de door de verzekerde gemaakte keuze wordt uitgevoerd. Deze variant sluit aan op de gevestigde uitvoeringspraktijk en brengt daardoor minder uitvoeringsrisico's met zich mee voor zorgkantoren.
AZR	Duidelijk is dat er ook in deze situatie aanpassingen in AZR zullen moeten worden aangebracht om communicatie over de gesplitste indicatiebesluitberichten en zorgtoewijzingsberichten voor ADL-clusterbewoners mogelijk te maken. Daar staat echter tegenover dat de aanpassingen die in AZR nodig zouden zijn om bij de variant "leveringsvorm" mogelijk te maken dat het zorgkantoor een toewijzing doet aan twee zorgaanbieders of deels naturazorg toewijst en deels een pgb-verlening doet, achterwege kunnen blijven. In de praktijk blijft het daardoor onmogelijk voor andere verzekerden om meerdere leveringsvormen per functie toegewezen te krijgen. Ook daardoor blijft de uitvoeringslast bij zorgkantoren beperkt.
Verzekerde	Voor de verzekerde maakt het indicatiebesluit duidelijk hoeveel zorg hij geacht wordt af te nemen van de zorgaanbieder in het ADL-cluster en hoeveel zorg hij op een andere manier kan regelen. Duidelijk is ook bij welke instantie hij terecht kan als hij het niet eens is met de verdeling.
Conclusie	<i>Het Bza en het Zib bevatten geen belemmeringen om in het indicatiebesluit een splitsing aan te brengen tussen zorg in en om de woning en buiten de woning. Als deze zorgvormen als onderscheiden zorgvormen worden aangemerkt in de pgb-regeling, kan het CIZ daarvoor indicaties afgeven. Deze variant is het minst belastend voor de uitvoering binnen de keten en geeft de meeste mogelijkheden om de keuze voor verschillende leveringsvormen alleen open te stellen voor bewoners van een ADL-clusterwoning.</i>

Wel zal AZR aan deze situatie moeten worden aangepast, maar ook bij de andere varianten is niet te ontkomen aan aanpassing hiervan.

Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning.

5. Spelregels en toekomstige adviesconstructie

In een situatie waarin verzekerden kunnen kiezen voor twee leveringsvormen zijn volgens de minister heldere spelregels nodig. Verantwoordelijkheden van de verzekerde, het zorgkantoor en de zorgaanbieder(s) moeten daarbij duidelijk zijn. De minister geeft aan dat in een recent overleg met de Cliëntenraad van Fokus is geopperd om de keuze te laten bij de verzekerde. Dat betekent dat het zorgkantoor een splitsing kan doorvoeren op verzoek van de verzekerde. Andere mogelijkheden zijn om ook het CIZ en de naturazorgaanbieder hierbij een rol te geven.

De minister verzoekt te adviseren over de werkbaarheid van een splitsing en vraagt tevens een oordeel over eventuele voortzetting van de CIZ-adviezen over persoonlijke verzorging in en om de woning.

Rol voor CIZ

Zoals in paragraaf 4 is beargumenteerd vindt het CVZ het in verband met de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ en de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen van belang dat het CIZ aangeeft wat de omvang is van de zorg die de verzekerde nodig heeft in en om de woning en daarbuiten en dat de verantwoordelijkheid voor de splitsing niet wordt overgelaten aan de verzekerde.

Afhankelijk van de benaderingswijze waarvoor wordt gekozen (variant “leveringsvorm” of variant “indicatiebesluit”) zal het oordeel van het CIZ als “nadere informatie ten behoeve van het zorgkantoor” in of bij het indicatiebesluit moeten worden opgenomen of echt als onderdeel van het besluit tot uitdrukking moeten komen.

Advies of onderdeel van besluit

In het eerste geval heeft het oordeel van het CIZ dan de vorm van een advies aan het zorgkantoor. Op basis daarvan kan het zorgkantoor de omvang van de verschillende leveringsvormen vaststellen.

In het tweede geval maakt het CIZ de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning apart zichtbaar als onderdeel van het besluit. De verzekerde kiest per onderdeel een leveringsvorm en het zorgkantoor zorgt dat de verzekerde zijn zorg conform zijn keuze krijgt.

Voortzetting huidige Adviesbijlage?

Als de splitsing wel in het besluit tot uitdrukking komt, is de Adviesbijlage die het CIZ nu in het herindicatietraject gebruikt overbodig. Maar als de splitsing niet in het besluit tot uitdrukking komt en het CIZ alleen een advies aan het zorgkantoor geeft, zal het CIZ niet kunnen volstaan met de informatie in de huidige Adviesbijlage. Deze brengt namelijk alleen de omvang van de PV in en om de woning in beeld. Als het de bedoeling is bewoners van een ADL-clusterwoning in de toekomst keuzevrijheid te geven voor het regelen van hun PV buiten de woning, zal het CIZ-advies in ieder geval ook moeten

	aangeven wat daarvan de omvang is.
<i>Omvang PV in en om de woning bekend</i>	Voor de huidige bewoners die onlangs zijn geherindiceerd kan het CIZ op basis van het dossier vrij eenvoudig achterhalen wat de omvang van de zorg buiten de woning is. Bij de variant "indicatiebesluit" zal het CIZ de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning vervolgens nog wel moeten formaliseren in het besluit.
<i>Informatie over VP en BG ontbreekt</i>	Voor de functies VP en BG heeft het CIZ nog geen uitsplitsing gemaakt tussen de omvang van zorg in en om en buiten de woning. De reden hiervoor is dat de aanbieders van ADL-assistentie niet alle VP en BG in en om de woning bieden.
<i>Criterium voor splitsing</i>	Het CIZ heeft aangegeven dat men ook voor VP en BG een onderscheid kan aanbrengen op het criterium zorg in en om de woning en daarbuiten. Het is voor het CIZ echter niet mogelijk om rekening te houden met wat een bepaalde aanbieder wel of niet levert aan activiteiten. Het CIZ indiceert voor AWBZ-zorg, maar niet voor zorg door een bepaalde aanbieder. Indiceren op activiteitsniveau zou de bureaucratie voor indicatiestellers enorm doen toenemen. Niet alleen verschilt het aanbod per ADL-assistentieaanbieder, maar volgens het CIZ kan dit ook per cluster verschillen.
<i>Enig risico op te veel of te weinig zorg</i>	Het CVZ vindt het van belang erop te wijzen dat de manier waarop het CIZ de omvang van de zorg vaststelt tot gevolg heeft dat er bij een splitsing van een bepaalde functie over zorg in en om de woning en daarbuiten altijd sprake zal zijn van enig risico op dubbele verstrekking of een tekort aan zorg. Het CIZ bepaalt de omvang immers in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft. Ten opzichte van de situatie dat de verzekerde voor de hele functie slechts één leveringsvorm kan kiezen zal er altijd enig verschil ontstaan. Dit geldt zowel bij de variant "leveringsvorm" als bij de variant "indicatiebesluit".
<i>Conclusie</i>	<i>In de variant "leveringsvorm" zal het CIZ in of bij het indicatiebesluit als nadere informatie (advies) voor het zorgkantoor in ieder geval de omvang van de zorg buiten de woning moeten aangeven.</i> <i>In de variant "indicatiebesluit" onderscheidt het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van de zorg in en om de woning en de omvang van de zorg buiten de woning.</i> <i>Door de manier waarop het CIZ de omvang van de zorg vaststelt is het gevolg van splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.</i>

Het CIZ kan de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. Dit geldt zowel voor PV als voor VP en BG. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).

6. Afbakening

De minister geeft aan het wenselijk te vinden dat de doelgroep voor wie deelbaarheid van PV (en eventueel VP en BG) in uren/klassen mogelijk is, wordt afgebakend.

6.a. Combinatie natura-pgb

Het CVZ heeft de indruk dat de deelbaarheid vooral gewenst wordt om de combinatie van natura en pgb mogelijk te maken. Deze combinatie is op dit moment voor geen enkele doelgroep mogelijk en kan alleen tot stand komen door de pgb-regeling aan te passen.

In 4.c (variant "leveringsvorm") en 4.e. (variant "indicatiebesluit") is aangegeven met welke aanpassingen in de pgb-regeling ervoor gezorgd kan worden dat de combinatie natura-pgb alleen mogelijk wordt voor bewoners van een ADL-clusterwoning.

Omschrijving doelgroep complex

Voorwaarde bij dit alles is wel dat de doelgroep die voor de keuzemogelijkheid in aanmerking komt op een juridisch waterdichte manier is te omschrijven. Het CVZ heeft onderzocht hoe die omschrijving zou moeten en kunnen luiden.

In de subsidieparagraaf ADL-assistentie staat op dit moment dat de doelgroep bestaat uit verzekerden die:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking hebben;
- aangewezen zijn op een rolstoelstoorgankelijke woning;
- aangewezen zijn op ten minste vijf uur ADL-assistentie per week;
- voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen.

ADL-assistentie wordt in de subsidieregeling gedefinieerd als: "gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning".

Een ADL-woning wordt gedefinieerd als: "woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoelstoorgankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten".

Zittende bewoners?

Naar de mening van het CVZ is de doelgroep goed af te bakenen als de combinatiemogelijkheid er alleen komt voor verzekerden die op het moment van insluiting van de gesubsidieerde ADL-assistentie in de AWBZ (dus per 31 december 2011) al wonen in een ADL-woning. Dan is er sprake van een overgangsregeling en kan bij de

bovengenoemde omschrijving van ADL-assistentie en ADL-woning worden aangehaakt.

Toekomstige bewoners?

Als de minister deelbaarheid echter als structurele oplossing wil, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee de doelgroep (bewoners van een ADL-clusterwoning) goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen. Dan moeten zowel de cliëntkenmerken van de doelgroep als de woonsituatie en/of het hulpaanbod dat zij nodig hebben goed worden getypeerd. Met alleen de cliëntkenmerken is de groep onvoldoende afgebakend, want verzekerden met vergelijkbare kenmerken wonen ook in andere situaties, zelfstandig, in gezinsverband, in geclusterde vorm of in een verblijfsinstelling. De wezenlijke kenmerken van wonen in een ADL-cluster zullen dus in de afbakening moeten worden meegenomen. Het gaat dan om: wonen in een aangepaste woning, in een geclusterde setting en met het zorgaanbod in de directe nabijheid en gedurende het gehele etmaal op afroep beschikbaar.

Bestaande clusters of ook nieuwe clusters?

Als de mogelijkheid alleen moet gelden voor nieuwe bewoners in clusters waar op 31 december 2011 gesubsidieerde ADL-assistentie wordt verleend, kan voor de afbakening ook nog worden aangesloten bij de definities uit de subsidieparagraaf. Dit is niet meer te doen als de combinatiemogelijkheid ook moet gaan gelden voor clusters die in de toekomst nog voor deze doelgroep gerealiseerd zullen gaan worden. Het CVZ ziet niet hoe het type aanbod (een combinatie van zorg en aangepast wonen) dan zodanig is te omschrijven dat het is af te bakenen van andere geclusterde woon-zorg combinaties voor vergelijkbare groepen, zoals woon-zorgcombinaties voor ouderen.

Conclusie

Afbakening van de doelgroep is redelijk eenvoudig als de uitzondering zich beperkt tot verzekerden die op 31 december 2011 gesubsidieerde ADL-assistentie in een ADL-clusterwoning ontvangen, maar wordt juridisch gecompliceerd en wellicht onmogelijk als de uitzondering ook moet gelden voor toekomstige bewoners van de huidige clusters of toekomstige bewoners van nieuwe clusters.
Voor de afbakening is een aanpassing van de pgb-regeling noodzakelijk. De verschillende mogelijkheden zijn in 4.c. en 4.e. aangegeven.

6.b. Combinatie natura-natura

Het CVZ heeft hiervoor in 4.b. aangegeven dat deelbaarheid voor natura-natura nu al mogelijk is binnen de AWBZ voor alle doelgroepen. In het gesprek met ZN is echter gebleken dat zorgkantoren deze mogelijkheid om redenen van terugdringen van administratieve lasten en vereenvoudiging van de uitvoering in de praktijk al hebben beperkt. AZR 3.0 zal straks de zorgtoewijzing aan meerdere zorgaanbieders ook niet meer

ondersteunen, waardoor het in praktische zin moeilijker wordt voor een verzekerde om twee natura-aanbieders te kiezen. Een verzekerde wordt dan altijd afhankelijk van de hoofdaannemer voor het regelen van natura-zorg met een onderaannemer. Het CVZ heeft aangegeven hoe de huidige situatie na 1 januari 2012 gecontinueerd kan worden. De gegeven oplossing is AWBZ-breed en beperkt zich niet tot bewoners van ADL-clusterwoningen.

**Afbakening
mogelijk via pgb-
regeling**

Het aanbrengen van een wijziging in de pgb-regeling zoals in 4.e. is aangegeven heeft als bijkomend voordeel dat een ADL-clusterbewoner daardoor ook de mogelijkheid krijgt om zelf twee natura-aanbieders te kiezen. Voor bewoners van een ADL-cluster brengt het CIZ dan immers een splitsing aan in het indicatiebesluit. De hoeveelheid zorg in en om de woning en de hoeveelheid zorg daarbuiten geeft het CIZ apart aan en de verzekerde kan, indien gewenst, per onderdeel kiezen voor verschillende natura-aanbieders. In tegenstelling tot andere AWBZ-verzekerden is hij daarvoor dan niet afhankelijk van de "hoofdaannemer". Zowel het indicatiebesluitbericht als het zorgtoewijzingsbericht kunnen vervolgens gewoon via AZR verlopen.

Conclusie

De aanpassing in de variant "leveringsvorm" (zie 4.c.) bakent de keuzemogelijkheid alleen af voor de combinatie natura-rgb. De aanpassing in de variant "indicatiebesluit" (zie 4.e.) maakt dat niet alleen de combinatie natura-rgb maar ook de combinatie natura-natura (zonder tussenkomst van een "hoofdaannemer") uitsluitend mogelijk is voor ADL-clusterbewoners.

7. Regionale of landelijke uitvoering?

7.a. Beoogde situatie

De minister zegt het onwenselijk te vinden als bewoners van ADL-clusters als gevolg van de overgang naar de AWBZ de mogelijkheid van pgb als leveringsvorm zullen kwijtraken of afhankelijk worden van de aanbieder van ADL-assistentie voor zorg op afstand van de woning. Deze laatste optie betekent dat de aanbieder van ADL-assistentie belast zou worden met onderaanbesteding van alle zorg op afstand van de woning. De minister vindt deze optie onwenselijk vanuit oogpunt van administratieve lasten en privacy van de cliënt. De minister wil daarom dat slechts één zorgkantoor betrokken is: het zorgkantoor dat de natura-zorg inkoopt bij de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de zorg in en om het ADL-cluster.

Eén zorgkantoor

De minister heeft deze wenselijk geachte situatie al geregeld voor een project dat binnenkort van start gaat in Capelle a/d IJssel. Daar wordt een ADL-cluster gerealiseerd waarin de door Stichting Fokus te leveren ADL-assistentie niet meer bekostigd zal worden via de Regeling subsidies AWBZ. Ten behoeve van de zorginkoop in dat cluster heeft Zorgkantoor Groningen extra contracteerruimte gekregen.

De minister wil deze lijn in 2012 doorzetten voor alle zorg aan bewoners van ADL-clusters. Effectief betekent dit dan dat het zorgkantoor Groningen landelijk alle zorg moet gaan regelen voor de bewoners van ADL-clusters waar de Stichting Fokus de zorgaanbieder is.

7.b. Beschouwingen van het CVZ

In de brief maakt de minister niet duidelijk wat die landelijke uitvoering door zorgkantoor Groningen nu precies moet gaan inhouden. Betreft het zowel de natura-zorg als de pgb-verstrekking aan de bewoners van het cluster? Moet het zorgkantoor alle AWBZ-zorg inkopen die verzekerden op enig moment nodig hebben, of alleen de zorg in en om de woning?

Het CVZ constateert dat datgene wat de minister voor ogen heeft in elk geval niet in lijn is met de reguliere uitvoeringspraktijk voor de AWBZ.

Bovenregionaal contracteren

Het is tot nu toe mogelijk dat zorgkantoren "bovenregionaal contracteren". Dit houdt in dat een aanbieder met één zorgkantoor productieafspraken maakt voor alle regio's waar hij actief is, met overheveling van de bijbehorende contracteerruimte van andere zorgkantoren; de hoofdvestiging van de aanbieder bepaalt daarbij met welk zorgkantoor deze contracteert. Maar dit is een uitzondering op het principe binnen de huidige AWBZ-uitvoering dat het zorgkantoor in de regio van de verzekerde productieafspraken maakt voor de

	zorgverlening die de verzekerden in de regio nodig hebben.
Mandaat en volmacht	Het CVZ vindt het belangrijk er in dit verband op te wijzen dat het contracteren van zorg formeel een bevoegdheid van zorgverzekeraars is, die via mandaat en volmacht is overgedragen aan de zorgkantoren. Het CVZ is nagegaan of het huidige mandaat- en volmachtbesluit voorziet in de mogelijkheid van bovenregionaal contracteren en heeft dat niet kunnen ontdekken. Artikel 2 van voornoemd besluit geeft aan dat de volmacht zich beperkt tot het contracteren in de aangewezen regio. Naar de mening van het CVZ kunnen alleen zorgverzekeraars beslissen dat er voor een bepaalde zorgvorm sprake is van bovenregionaal contracteren. Zonder nadere wetgevende maatregelen kan de minister niet voorschrijven dat een bepaalde vorm van zorg door een bepaald zorgkantoor moet worden gecontracteerd.
Pgb regionale uitvoering	Landelijke uitvoering spoort ook niet met de uitvoeringspraktijk van de pgb-regeling. Ook die gaat immers uit van een regionaal budget en uitvoering door het regionale zorgkantoor voor verzekerden in de eigen regio van het zorgkantoor. Als dit anders zou moeten zijn voor verzekerden die in een ADL-cluster wonen, zou de pgb-regeling aangepast moeten worden.
Fricties mogelijk	De minister noemt als argumenten voor landelijke uitvoering: overzicht en administratieve eenvoud. Maar hierbij zijn vraagtekens te plaatsen. Duidelijk is dat de huidige landelijke uitvoering (door het CVZ) van de subsidieregeling fricties oplevert met de regionale uitvoering van AWBZ-zorg en van de pgb-regeling. Als de nieuw beoogde landelijke uitvoering zich beperkt tot contracteren van de zorg die verzekerden in het cluster nodig hebben, blijft het risico op dergelijke fricties na 1 januari 2012 bestaan. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er per 1 januari 2012 wel een deelbare functie PV kan worden geëffectueerd, maar bijv. (nog) geen deelbare functie VP en/of BG. Het CIZ heeft in het herindicatietraject immers nog niet onderzocht hoe voor deze functies de verhouding is tussen zorg in en om de woning of daarbuiten. Ook kan zich de situatie voordoen dat ADL-bewoners een indicatie krijgen voor tijdelijk verblijf. Het regionale zorgkantoor blijft dan toch nog bemoeienis houden met de organisatie van die andere zorgvormen (natura of pgb), wat fricties kan veroorzaken. Die fricties kunnen worden voorkomen door de toekomstige situatie (zoveel als mogelijk) te laten meelopen volgens de reguliere systemen. Dit geeft de bewoner van een ADL-cluster duidelijkheid over zijn situatie.

Het CVZ is dan ook geen voorstander van landelijke uitvoering. Afwijkende constructies leiden tot onduidelijkheid en daardoor tot fouten in de uitvoering in de keten.

Budget regionaal te verdelen	Het CVZ acht landelijke uitvoering ook om financiële redenen niet nodig. Omdat de bewoners van ADL-clusters vóór 1 januari 2012 worden geherindiceerd, zal het straks mogelijk zijn de subsidie middelen op basis van de herindicatiegegevens te verdelen over de diverse zorgkantoorregio's. Voor de bepaling van de regionale pgb-budgetten zitten bewoners van ADL-clusters op dit moment al verdisconteerd in de verdeelsleutel voor hun eigen regio. Zorgkantoren kunnen binnen de regionale kaders het beste de verantwoordelijkheid dragen voor (financiering van) zorg voor verzekerden in hun eigen regio.
Stichting Fokus	Regionale uitvoering is weliswaar gecompliceerd voor de landelijk werkende zorgaanbieder Stichting Fokus, maar dat geldt voor alle zorgaanbieders die landelijk werken. Dat is volgens het CVZ dan ook geen aanleiding om te kiezen voor afwijking van de reguliere uitvoeringssystematiek en over te gaan naar landelijke uitvoering.
Zorgkantoor Groningen	In het gesprek met ZN en vertegenwoordigers van zorgkantoren is gebleken dat de zorgkantoren ook voorkeur hebben voor regionale uitvoering. Het zorgkantoor Groningen ziet zijn rol voor het cluster in Capelle aan den IJssel als tijdelijk van aard. Na 1 januari 2012 moet het inkopen van zorg gewoon via de regionale zorgkantoren verlopen.
NZa	De NZa heeft aangegeven de inkoopruimte en de beschikbare groeiruimte (steeds meer) op basis van de indicaties in de regio te verdelen. Een landelijke benadering staat daar haaks op. Ervaring met bovenregionaal contracteren wijst volgens de NZa uit dat hieraan een aantal nadelige gevolgen zijn verbonden. Bovenregionaal contracteren is volgens de NZa in strijd met uitgangspunten van transparantie en ook met de zorgplicht van zorgkantoren. Daarnaast maakt bovenregionaal contracteren controle op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering lastiger, vanwege onbekendheid van het contracterende zorgkantoor met de regio's. Ten slotte kan een landelijke uitvoering ten koste gaan van marktwerking. De NZa vindt om bovengenoemde redenen dat het uitgangspunt van regionaal contracteren alleen verlaten mag worden als het niet anders kan.
Conclusie	<i>Een uitzondering op het principe van regionale uitvoering is alleen gerechtvaardigd als het echt noodzakelijk is wegens specifieke problemen die niet op een andere wijze zijn op te lossen. Die problemen ziet het CVZ op dit moment niet.</i>

8. Aandachtspunten

De minister geeft aan dat hij de overgang naar reguliere bekostiging zonder hinder voor de bewoners van ADL-clusters wil laten verlopen en vraagt daarom te bezien of deelbaarheid binnen een functie voor de doelgroep mogelijk en uitvoerbaar is.

ADL-assistentie ≠ AWBZ-zorg

Het CVZ wil er graag op wijzen dat oplossen van het deelbaarheidsvraagstuk niet betekent dat bewoners van een ADL-clusterwoning geen hinder meer zullen ondervinden van de overgang naar reguliere financiering op grond van de AWBZ.

In het herindicatietraject is gebleken dat niet alle activiteiten die nu onder ADL-assistentie vallen ook als AWBZ-zorg zijn te indiceren. Sommige activiteiten behoren tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze activiteiten zijn misschien gering in omvang, maar wel van wezenlijk belang voor het zelfstandig kunnen (blijven) wonen. Als deze activiteiten per 1 januari 2012 voor de bewoners niet op een goede manier georganiseerd kunnen worden, zal de overgang naar de AWBZ problemen opleveren.

Verpleging in de eigen omgeving

Het CVZ heeft er ook behoefte aan in dit kader zijn rapport van 25 augustus 2009, publicatienummer 281, onder de aandacht te brengen. Hierin heeft het CVZ een standpunt ingenomen over verpleging in de eigen omgeving. In dat rapport duidt het CVZ artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering (Bzv), dat handelt over verpleging zonder verblijf in het kader van medisch-specialistische zorg.

Het CVZ omschrijft de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg in genoemd artikel. Daarnaast beschrijft het de afbakeningsproblemen met de AWBZ-zorg op dit punt. De AWBZ onderscheidt de functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Deze functies zijn inhoudelijk nauw verweven. Dit onderscheid is niet te maken binnen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', de formulering die artikel 2.11 Bzv hanteert. Het verpleegkundig arsenaal omvat immers, volgens de beroepsbeoefenaren, instrumentele verpleegkundige handelingen én verzorging (in complexe zorgsituaties).

Toekomstscenario's

Het rapport sluit af met de beschrijving van een aantal scenario's om de verpleegkundige zorg een toekomstbestendige plek te geven, hetzij in de Zvw, hetzij in de AWBZ. Het CVZ heeft daarbij aangegeven het onderbrengen van de verpleegkundige zorg binnen de Zvw vooralsnog het meest veelbelovende scenario te vinden.

Onderzoek	Om deze optie te toetsen en de consequenties en randvoorwaarden in beeld te brengen, heeft het CVZ vervolgens een onderzoek in gang gezet. Dit onderzoek is nagenoeg afgerond en het CVZ streeft ernaar in het vierde kwartaal van 2010 zijn eindrapport uit te brengen.
Gevolgen voor ADL-traject?	Wat de precieze uitkomsten zullen zijn, is op dit moment nog niet helder. Maar als die ertoe leiden dat in de toekomst verpleging en de daarmee samenhangende verzorging in de eigen omgeving onderdeel gaan uitmaken van de Zvw, dan zal dit zonder meer gevolgen hebben voor de bewoners van ADL-clusterwoningen. Daarmee kunnen ook de oplossingen die nu worden bedacht om nadelige gevolgen van de overgang van gesubsidieerde assistentieverlening naar de AWBZ te voorkomen, onder druk komen te staan.
Tot slot	Uiteraard kunnen niet alleen toekomstige veranderingen in het AWBZ-pakket of de pgb-regeling, maar ook toekomstige veranderingen in de uitvoeringsstructuur van de AWBZ ertoe leiden dat de oplossingsmogelijkheden die in dit rapport onder de loep zijn genomen uiteindelijk geen soelaas zullen bieden voor de bewoners van ADL-clusterwoningen.

9. Consultatie NZa, ZN en CIZ

Aan het schrijven van deze uitvoeringstoets is overleg met vertegenwoordigers van de NZa, ZN en het CIZ voorafgegaan.

Vervolgens heeft het CVZ de vertegenwoordigers van genoemde organisaties op 9 juli 2010 een conceptversie van het rapport voorgelegd voor technisch en inhoudelijk commentaar.

De tekstuele opmerkingen van partijen hebben geleid tot aanpassingen in het rapport. Maar de opmerkingen van ZN en het CIZ zijn deels ook meer principieel van aard en gaan over de wenselijkheid van de situatie die de minister voor ogen heeft. Hier volgt een korte samenvatting
De schriftelijke reacties van partijen zijn integraal als bijlage 5, 6 en 7 opgenomen.

ZN formuleert een aantal uitgangspunten en bezwaren en geeft aan dat tegen die achtergrond de variant "indicatiebesluit" het meest tegemoet komt aan de uitgangspunten van ZN. In die variant blijft het algemene principe van ondeelbaarheid binnen de AWBZ-functies overeind en is de doelgroep goed af te bakenen. Maar ZN zegt deze variant wel te willen combineren met de inmiddels in de AWBZ gebruikelijke figuur van hoofd- en onderaannemerschap. ZN wijst verder op de precedentwerking en constateert dat er een spanningsveld is tussen het overhevelen van ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ en het vasthouden aan de bijzonderheden van de subsidieparagraaf.

Het CIZ zegt de bevindingen van het CVZ voor een groot deel te kunnen onderschrijven. Maar het geeft aan vóór de besluitvorming over deelbaarheid van functies zelf nog een uitvoeringstoets te willen doen om de daadwerkelijke consequenties voor de uitvoering expliciet in beeld te brengen. Verder vraagt het CIZ aandacht voor het feit dat in het verleden ook andere doelgroepen hebben aangegeven een splitsing van functies te willen. Ook zegt het CIZ de doelmatigheid te betwijfelen van de investeringen die nodig zijn om tot de gewenste situatie te komen.

10. Afrondende conclusies

Het CVZ is in dit rapport uitvoerig ingegaan op de vraag van de minister of en hoe in de huidige AWBZ is uit te voeren dat bewoners van een ADL-cluster vanaf 1 januari 2012 hun AWBZ-zorg buiten de woning regelen door middel van een pgb of betrekken van een andere natura-aanbieder dan de zorgaanbieder in het cluster.

Variant “leveringsvorm”

Om te beginnen constateert het CVZ dat de vraag over deelbaarheid in feite alleen betrekking heeft op de leveringsvorm en niet op de indicatie. Vervolgens verkent het CVZ wat binnen de huidige AWBZ qua regelgeving en uitvoering de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om meerdere leveringsvormen te kiezen.

Toename uitvoeringslast zorgkantoren

De analyse maakt duidelijk dat een keuze voor meerdere leveringsvormen alleen uitvoerbaar is als er aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling plaatsvinden. Ook blijkt eruit dat de uitvoeringslast bij zorgkantoren zal toenemen, mede omdat de keuze voor verschillende natura-aanbieders niet is af te grenzen voor alleen de bewoners van een ADL-cluster.

Rol voor CIZ

De wijze waarop de AWBZ-uitvoering is georganiseerd in combinatie met de specifieke situatie van het ADL-clusterwonen maken het voor de uitvoerbaarheid in de keten van belang dat het CIZ als onafhankelijke partij aangeeft wat de omvang van de zorg in en om de woning en buiten de woning is en dit gegeven als “extra informatie” in of bij het indicatiebesluitbericht zichtbaar maakt

Ook toename uitvoeringslast CIZ

Dat maakt ook de uitvoeringslast bij het CIZ groter.

Variant “indicatiebesluit”

Omdat de minister van het CVZ vraagt de uitvoerbaarheid te toetsen, heeft het CVZ in dit rapport ook onderzocht of de keuze voor meerdere leveringsvormen binnen de zorgketen eenvoudiger is uit te voeren als het CIZ niet volstaat met het opnemen van “extra informatie” in of bij het indicatiebesluit (in dit rapport verder aangeduid als variant “leveringsvorm”), maar in het indicatiebesluit zelf een splitsing aanbrengt tussen zorg in en om de woning en zorg daarbuiten (variant “indicatiebesluit”).

Dit onderzoek levert op dat ook voor de variant “indicatiebesluit” aanpassingen in AZR en in de pgb-regeling zullen moeten worden aangebracht. Tevens is het noodzakelijk in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ nader invulling te geven aan de mogelijkheid van deelbaarheid voor bewoners van een ADL-cluster.

Per saldo minder uitvoeringslast en meer duidelijkheid

Het CVZ schat in dat de uitvoeringslast voor het CIZ vergeleken met de variant “leveringsvorm” enigszins zal toenemen, maar dat de uitvoering door zorgkantoren eenvoudiger zal worden. Bovendien zal voor verzekerden duidelijker zijn bij wie zij

	bezwaar en beroep kunnen aantekenen, namelijk bij het CIZ.
Voorkeur voor variant “indicatiebesluit”	Alles overziende denkt het CVZ dat de door de minister gewenste deelbaarheid voor bewoners van een ADL-clusterwoning het best is te realiseren door in de pgb-regeling vast te leggen dat voor bewoners van een ADL-cluster PV (en evt. ook VP en BG) in en om de woning en buiten de woning als onderscheiden zorgvormen zijn aan te merken. Voor bewoners van een ADL-cluster kan het CIZ dan apart in het indicatiebesluit tot uitdrukking brengen wat de omvang is van de zorg die zij in en om de woning nodig hebben en wat de omvang is van de zorg buiten de woning. Per onderscheiden zorgvorm kan de ADL-clusterbewoner vervolgens een leveringsvorm van voorkeur aangeven.
Ook keuze natura-natura af te bakenen	Met deze aanpassing is tevens te realiseren dat de keuzemogelijkheid voor twee verschillende natura-aanbieders (zonder tussenkomst van een “hoofdaannemer”) alleen bestaat voor bewoners van een ADL-cluster, omdat het CIZ alleen voor deze verzekerden een splitsing in het indicatiebesluit aanbrengt.
Afbakening doelgroep	Het CVZ wijst er wel op dat afbakening van de doelgroep ADL-clusterbewoners juridisch alleen eenvoudig is als de keuzemogelijkheid het karakter krijgt van een overgangsregeling. Deze beperkt zich dan tot verzekerden die op het moment van overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ in een ADL-cluster wonen. Als de minister deelbaarheid als structurele oplossing wil voor verzekerden die in de toekomst gaan wonen in een nu al bestaand cluster of in een nog te bouwen cluster, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee deze groep goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen.
Toekomstige (advies)constructie	Op dit moment adviseert het CIZ alleen over de omvang van PV in en om de woning. In de variant “leveringsvorm” zal het CIZ als nadere informatie (advies) aan het zorgkantoor in ieder geval ook de omvang van PV buiten de woning aan dienen te geven. In de variant “indicatiebesluit” zal het CIZ in het indicatiebesluit zelf afzonderlijk de omvang van PV in en om de woning en de omvang van PV buiten de woning vermelden.
Criterium voor splitsing	Ook voor VP en BG kan het CIZ de omvang van de benodigde zorg uitsplitsen op basis van het criterium in en om de woning/buiten de woning. De splitsing is niet uitvoerbaar op andere criteria (activiteiten die een bepaalde aanbieder wel of niet uitvoert).

<i>Door splitsing te veel of te weinig zorg</i>	Doordat het CIZ de omvang van de zorg vaststelt in de vorm van een klasse die een bepaalde bandbreedte heeft, is het gevolg van een splitsing van een bepaalde functie wel altijd dat de verzekerde iets te veel of iets te weinig zorg krijgt.
<i>Veel aanpassingen nodig</i>	Welke ingang de minister ook kiest, duidelijk is dat er op verschillende fronten nog de nodige aanpassingen zullen moeten plaatsvinden (pgb-regelgeving, Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, AZR) om een en ander in de praktijk te kunnen realiseren.
<i>Tijdig in gang zetten</i>	De aanpassingen in AZR zijn duur, zeker in relatie tot de kleine omvang van de groep waarvoor de mogelijkheid gecreëerd zou moeten worden. Bovendien vergt de implementatie van aanpassingen zeker zes maanden, dus een eventuele opdracht tot aanpassing zal de minister tijdig – bij voorkeur voor 1 januari 2011 - moeten geven.
<i>Geen landelijke uitvoering</i>	Het CVZ geeft in dit rapport ook aan dat er naar zijn mening onvoldoende argumenten zijn om bij de overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ een uitzondering te maken op het principe van regionale uitvoering.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

dr. A. Boer

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/rapporten.

Rapport

Verpleging 'in de wijk' : van samenhang verzekerd

Op 14 december 2010 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

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

Volgnummer

2010142117

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw. F.M. van der Meer; drs C.G. Mastenbroek

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 59

Samenvatting

In dit rapport staat de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in het kader van geneeskundige zorg' binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) centraal. Het rapport is een vervolg op het CVZ-rapport *Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ* uit 2009.¹

zorg langer in eigen omgeving

De verpleegkundige zorg in de eigen omgeving kan een belangrijke rol spelen bij het toenemend aantal zorgvragen dat zich presenteert in de eerste lijn : dat is het uitgangspunt in dit rapport. Deze groeiende zorgvraag hangt onder andere samen met de wens, om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen, ook bij ouderdom en (chronische) ziekte. Er is een breed gedeelde wens de benodigde geneeskundige zorg meer integraal in de eigen omgeving te kunnen bieden. Er is daarom behoefte aan een generalistisch werkende zorgverlener in de wijk, additioneel aan de huisarts. Men zou in dit verband kunnen spreken van een 'terugkeer' van de wijkverpleegkundige functie. Verbindend werken, signaleren en preventie moeten, als onderdeel van de verpleegkundige zorg, bijdragen aan de mogelijkheden, om langer in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen.

Het CVZ beschrijft in dit rapport wat er geregeld moet zijn om de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving die rol te kunnen geven. Het gaat dan om de volgende vragen:

- Hoe past verpleging in de eigen omgeving in de Zvw.
- Wat is de inhoud en omvang van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.
- Welke gevolgen zijn er voor de zorgaanspraken binnen de AWBZ.
- Welke uitvoeringsconsequenties zijn er voor de beroepsgroep, de zorgverzekeraars, de financiering en de bekostiging (inclusief een systeem voor indicatiestelling en een instrument als het persoonsgebonden budget).

nieuw artikel Bzv

Om de verpleging in de eigen omgeving een welomschreven plek te geven in de regelgeving, stelt het CVZ de volgende wijziging van artikel 2.11 Bzv voor:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging **en verzorging**, omvatten verpleging **en verzorging** tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met **geneeskundige zorg**.

Deze formulering heft het huidige onderscheid op tussen de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving geïnitieerd door een medisch-specialist, nu Zvw, en dezelfde zorg geïnitieerd

¹ *Verpleging in de eigen omgeving* : Zvw en AWBZ. CVZ, publicatienummer 281. Diemen, 2009

door een andere behandelaar (meestal huisarts), nu AWBZ.

De verwijzing naar verpleging en verzorging maakt duidelijk dat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' een zorgcontinuüm omvat, dat reikt van ADL-assistentie tot specialistische verpleegkundige handelingen. In de termen van de AWBZ omvat dit spectrum dus zowel de functie verpleging, als de functie persoonlijke verzorging. De beroepsgroep zelf geeft aan dat ook activiteiten als het coördineren en regisseren van zorg, het coachen van de patiënt naar het (her)nemen van eigen verantwoordelijkheid, het signaleren van zorgproblemen en preventie onder deze noemer vallen.

***'zorg zoals
verpleegkundigen
die plegen te
bieden' is
veelomvattend***

Het CVZ wil niet de suggestie wekken dat het een functie verpleging én een functie persoonlijke verzorging introduceert binnen de Zvw. Het onderscheid in deze functies is een constructie binnen de AWBZ. De Zvw gaat uit van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dit begrip omvat een breed spectrum aan activiteiten. Binnen dit zorgcontinuüm maakt de regelgeving geen onderverdeling. De te leveren zorg is afhankelijk van de zorgvraag.

Het CVZ wil evenmin de verpleegkundige introduceren binnen de regelgeving. De regelgeving omschrijft zorg en maakt hierbij geen onderscheid naar functionarissen. Wie de zorg gaat verlenen, is een vraag waar de regelgeving geen antwoord op geeft. De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar die in overleg met zorgaanbieder/ verzekerden besluit welke functionaris ingezet wordt (mits 'bevoegd en bekwaam').

Deze prestatie binnen de Zvw heeft gevolgen voor de huidige zorgaanpak binnen de AWBZ. Het CVZ onderzoekt in dit rapport een aantal groepen verzekerden die nadelige gevolgen in de zorgverlening kunnen ondervinden door de levering van hun verpleging binnen de eigen omgeving op basis van de Zvw. Dit speelt met name, zodra er sprake is van samenhang met nog weer andere AWBZ-zorg. Hun integrale zorg zou juist belemmerd kunnen worden in de nieuwe situatie.

***reikwijdte 'eigen
omgeving'***

Op basis van deze analyse stelt het CVZ voor, om verpleging en persoonlijke verzorging te blijven leveren op basis van de AWBZ, zodra er sprake is van (feitelijk) verblijf in een instelling op basis van de AWBZ.

In het geval er een indicatie voor verblijf op grond van de AWBZ is, maar de verzekerde 'verzilvert' deze indicatie niet en blijft dus in de eigen omgeving wonen, dan wordt de verpleegkundige zorg wél geleverd op basis van de Zvw. In dit geval is er juist samenloop met andere Zvw-zorg (huisarts, farmaceutische zorg, hulpmiddelen). Op deze regel zou het volledig pakket thuis weer een uitzondering moeten vormen, omdat dan sprake is van 'feitelijk verblijf thuis'.

De voorgestelde scheidslijn kan alleen goed functioneren als de indicatie op een objectieve, toetsbare manier gesteld kan worden. Het systeem moet perverse prikkels vermijden die de indicatie kunnen beïnvloeden : bijvoorbeeld een mogelijk belang van de verzekeraar bij ‘intramurale opname’ die zou kunnen strijden met de wensen en mogelijkheden van de verzekerde.

Het voorgaande betekent dat de AWBZ-functies verpleging en persoonlijke verzorging niet uit de AWBZ geschrapt worden. Bewoners van instellingen, verzorgingshuizen en andere beschut-/beschermd-/begeleid-wonenconstructies blijven deze functies ontvangen.

***inhoud zorg en
'plegen te bieden'***

Het CVZ bepaalt de inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie mede aan de hand van de opvattingen van de beroepsgroep hierover, zoals neergelegd in standaarden, richtlijnen, visiedocumenten. Dit is immers de strekking van het begrip ‘plegen te bieden’ volgens het CVZ. De verdere ontwikkeling van standaarden en protocollen voor het brede terrein van de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving is daarnaast van groot belang voor een beheerste en verantwoorde uitvoering van deze zorg.

***indicatie door
beroepsgroep***

De indicatiestelling voor verpleging in de eigen omgeving is, zoals gebruikelijk bij Zvw-zorg, onderdeel van het zorgproces. Zij ligt in handen van de betrokken beroepsbeoefenaar. De beroepsgroep kan daarbij gebruik maken van reeds bestaande protocollen en ook, indien gewenst, van de inhoud van bestaande AWBZ-beleidsregels. De zorgverzekeraar kan in de polis nadere afspraken neerleggen over het proces en de voorwaarden bij de indicatiestelling.

Het CVZ schetst in dit rapport de mogelijkheden die de Zvw momenteel biedt voor een persoonsgebonden budget of een soortgelijk instrument. Om dit instrument voor alle verzekerden op gelijke wijze binnen de Zvw mogelijk te maken, zou het PGB binnen de Zvw wettelijk verankerd moeten worden.

Het CVZ kijkt in dit rapport ook naar de uitvoeringsconsequenties voor zorgverzekeraars, de financiering en de bekostiging.

De totaalkosten die momenteel met deze zorg gemoeid zijn bedragen ca. 2.6 miljard euro. Dat is inclusief een geschat aandeel van deze zorg georganiseerd via een PGB van ca. 440.000 euro. Het bedrag aan eigen bijdragen die momenteel in de AWBZ voor deze zorg worden geïnd, raamt het CVZ op ca. 44 miljoen euro.

Voor deze zorg zal het totaalbedrag aan schadelast in de ex ante-risicoverevening moeten worden opgenomen. Het CVZ meent dat de verzekerden die in aanmerking komen voor 'de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg' qua kenmerken redelijk goed in beeld zijn binnen de bestaande zorgregistratie (AZR). Dit zou het mogelijk moeten maken de schadelast naar de individuele verzekeraars toe te delen.

***risicoverevening en
bekostiging hangen
samen***

De risicoverevening hangt ook samen met de te kiezen bekostigingssystematiek. Gezien de hoogte van het bedrag en de onzekerheden die nog bestaan, kan het CVZ zich voorstellen dat er gekozen wordt voor een meerjarig traject van (beperkte) nacalculatie op dit punt. In die periode kunnen de bekostiging en de verantwoording verder vorm krijgen.

Bij het herschikken van deze zorg onder de Zvw verschuiven er lasten van AWBZ naar Zvw. Dat heeft gevolgen voor de verdeling van lasten voor de zorgverzekeringen tussen werkgevers en werknemers. Het CVZ presenteert in dit rapport een tweetal scenario's op hoofdlijnen voor de gevolgen en voor de verdeling van de lasten.

***conclusie :
verpleging in eigen
omgeving in Zvw***

Het CVZ concludeert met dit rapport dat het wenselijk en mogelijk is de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een welomschreven plek te geven binnen de Zvw, die uitgaat van de zorgvraag en ruimte biedt voor de professionele ontwikkeling van de beroepsgroep. De verpleegkundige zorg is onontbeerlijk willen groepen als chronisch zieken en ouderen zolang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren in de eigen omgeving. Het opheffen van de kunstmatige scheidslijn tussen de Zvw- en AWBZ-verpleging in de eigen omgeving geeft, naar de mening van het CVZ, een basis voor integrale zorg in de eerste lijn.

1. Inleiding

verpleging deels Zvw, deels AWBZ

Dit rapport is een vervolg op het CVZ-rapport *Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ* uit 2009. In dat rapport analyseerde het CVZ hoe de verpleging in de eigen omgeving wettelijk is geregeld. De conclusie was dat de verpleging in de eigen omgeving nu, deels, zowel onder de Zvw als onder de AWBZ kan vallen. Heel kort samengevat, valt de verpleging in de eigen omgeving in verband met medisch-specialistische zorg onder de Zvw (artikel 2.11 Bzv stelt dit expliciet). Verpleging in de eigen omgeving onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt daarentegen onder de AWBZ. Inhoudelijk gezien en uitgaande van de reikwijdte en systematiek van de Zvw, zouden we de verpleging in de eigen omgeving echter volledig onder de Zvw moeten scharen. Bij het huidige onderscheid tussen Zvw- en AWBZ-verpleging speelt zeker ook de historische plaatsbepaling van de verpleging binnen de AWBZ een rol.

In het rapport constateerde het CVZ ook dat deze tweedeling formele en zorginhoudelijke consequenties heeft. De verdeling van de verpleging in de eigen omgeving over twee wettelijke systemen leidt onvermijdelijk tot afbakeningsproblemen en kan het samenhangende aanbod van zorg in de eigen omgeving bemoeilijken. Beide aspecten kunnen de continuïteit van zorg voor verzekerden belemmeren. Daarnaast leidde het systeem van de AWBZ tot fragmentatie en verlies aan zelfstandigheid binnen de verpleegkundige zorg. Dit had een stagnerend effect op de ontwikkeling van het verpleegkundige beroep, aldus de beroepsgroep.

wens tot één wettelijk systeem

Het zou wenselijk zijn om de verpleging in de eigen omgeving volledig onder te brengen in één wettelijk systeem, zo concludeerde het CVZ in 2009. Daarbij spelen twee doelstellingen: samenhangende zorg garanderen die tegemoet aan de groeiende en veranderende zorgvraag in de eigen omgeving én de professionele ontwikkeling en zelfstandigheid van het verpleegkundige beroep stimuleren.

Het CVZ meende dat een plek binnen de Zvw dan het meest voor de hand zou liggen, zowel om formele als inhoudelijke redenen. Formeel speelt dat de Zorgverzekeringswet de voorliggende regeling is ten opzichte van de AWBZ.² Inhoudelijk is van belang dat de zorg in de eigen omgeving zich voor een groot deel afspeelt binnen de eerste lijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de integrale zorg bij chronische aandoeningen. De eerste lijn komt ook steeds nadrukkelijker aan zet bij het zolang mogelijk in de eigen woonomgeving

² Artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken formuleert dit als volgt:
De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op (...)

houden van verzekeren, denk aan ouderen (bijvoorbeeld via preventie en met behulp van zelfmanagement). 'Deze conclusie vergt echter nog wel een nadere uitwerking', zo voegde het CVZ toe in zijn rapport. Daarbij somde het een aantal aandachtspunten op, bijvoorbeeld een analyse van de inhoud en omvang van de verpleging onder de Zvw, consequenties voor de AWBZ en de groepen verzekeren die nu verpleging ontvangen via de AWBZ, kostenconsequenties, vormgeving van de indicatiestelling binnen de Zvw, gevolgen voor de risicoverevening en werkgevers- en werknemerslasten. Met andere woorden, er zijn nog veel onderwerpen om te behandelen. Het mag dan wel zo zijn dat de verpleging in de eigen omgeving formeel volledig toegerekend kan, en zou moeten, worden aan de Zvw. De uitvoering van de zorg vindt nu voor een deel onder de paraplu van de AWBZ plaats. Herschikking van deze zorg vergt de nodige voorbereiding.

***centrale plek
verpleging***

Het uitgangspunt van dit rapport is dat 'de verpleegkundige zorg' een belangrijke rol kan spelen binnen de eerste lijn bij de beantwoording van de zorgvraag in de eigen omgeving. Wil 'de verpleegkundige' deze rol kunnen vervullen, dan moet deze zorg een heldere plek krijgen in de regelgeving. In dit rapport geven we aan hoe dit gerealiseerd kan worden binnen de Zorgverzekeringswet.

De verpleegkundige zorg in de eigen omgeving wordt nu, deels, via de AWBZ geleverd. Onvermijdelijk komt dus ook de vraag aan de orde welke consequenties de regeling binnen de Zvw heeft voor de zorgaanspraken binnen de AWBZ. Daarbij speelt dat binnen de AWBZ meerdere functies aan de orde zijn, als we spreken over 'verpleegkundige zorg', namelijk de functie verpleging én de functie persoonlijke verzorging. In dit rapport leggen we uit dat 'de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' (de formulering in de Zorgverzekeringswet) beide functies kan omvatten.

***VP en PV blijven in
AWBZ***

Deze conclusie betekent overigens niet dat de functies verpleging en persoonlijke verzorging uit de AWBZ geschrapt kunnen worden. De afbakening tussen Zvw en AWBZ vergt ook een omschrijving van het begrip eigen omgeving. Tussen 'thuis' en 'verblijf in een instelling' zijn immers allerlei tussenvormen denkbaar. Daarbij valt te denken aan niet verzilverde verblijfsindicaties, logeerhuizen, constructies als verzorgingshuizen en andere instellingen voor beschermd, beschermd, begeleid wonen. De discussie rond het scheiden van 'wonen en zorg' speelt hierbij zeker ook een rol. In dit rapport geven we aan hoe de scheidslijn zou kunnen lopen en voor welke groepen verzekeren de functies verpleging en

³ Bureau HHM, *Verpleging in de eigen omgeving, Een onderzoek naar de samenstelling en omvang van deze doelgroep*. Enschede. 2010

persoonlijke verzorging in de AWBZ beschikbaar moeten blijven.

Tenslotte, als de verpleegkundige zorg binnen de eigen omgeving volledig onder de Zvw valt, heeft dit consequenties voor de uitvoering. De Zorgverzekeringswet is immers een ander systeem dan de AWBZ. Dit rapport gaat onder andere in op het systeem van de indicatiestelling binnen de Zvw, het instrument van een persoonsgebonden budget, bekostiging en financiering.

**vooronderzoek
HHM**

Om een aantal van deze vragen te kunnen beantwoorden heeft het CVZ een onderzoek laten uitvoeren naar de samenstelling en omvang van de doelgroepen die nu, op basis van de AWBZ, verpleging en persoonlijke verzorging ontvangen. Het onderzoek is uitgevoerd door bureau HHM.³

We willen benadrukken dat we in dit rapport noch de huidige prestaties binnen AWBZ en Zvw, noch het stelsel van de AWBZ ter discussie stellen. De herschikking van de verpleging kan uiteindelijk misschien wel bijdragen aan een stelseldiscussie, maar dat zien we dan als een consequentie van dit rapport en niet als een doel.

Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd.

Hoofdstuk 2 schetst de context waarbinnen de verpleging in de eigen omgeving zich afspeelt: de zorgvraag en de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. Ook gaan we in op de rol die de verpleegkundige zorg kan vervullen bij het tegemoet treden van deze zorgvraag.

In de hoofdstukken 3 en 4 gaan we in op de regelgeving: hoe kan de ‘verpleegkundige zorg’ een eenduidige, welomschreven plek krijgen binnen de Zvw én wat is de inhoud en omvang van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’?

Hoofdstuk 5 schetst de samenstelling van de cliëntgroepen die nu binnen de AWBZ de functies verpleging en persoonlijke verzorging ontvangen. In het verlengde hiervan beschrijven we de gevolgen voor de zorgaanpak binnen de AWBZ, gegeven de plek die de verpleegkundige zorg binnen de Zvw krijgt.

Hoofdstuk 6 richt zich op het systeem van de indicatiestelling onder de Zvw; hoofdstuk 7 gaat in op het instrument van het persoonsgebonden budget. In hoofdstuk 8 komen een aantal onderwerpen aan de orde die verbonden zijn aan de uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars: polis, bekostiging en financiering, risicoverevening.

Hoofdstuk 9 beschrijft de consequenties voor de hoogte van werkgevers en werknemerslasten.

In hoofdstuk 10 vatten we de reacties samen op het concept-rapport, afkomstig van geconsulteerde externe partijen.

In hoofdstuk 11 verwoorden we het advies van de Adviescommissie Pakketbeheer van het CVZ.

We besluiten dit rapport met hoofdstuk 12, waarin we de conclusies samenvatten en aanbevelingen doen voor het vervolg.

2. Context van ‘verpleging in de eigen omgeving’

In de *Inleiding* gaven we aan dat de verpleegkundige zorg een rol kan spelen bij de beantwoording van de zorgvraag in de eigen omgeving. Deze zorgvraag neemt toe en verandert van aard. Belangrijk gegeven daarbij is dat de trend zich steeds meer richt op het zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen van verzekerden, ondanks chronische ziekte, ondanks ouderdom en daarmee samenhangende zorgvragen. Vooral de eerste lijn moet zich inspannen om dit mogelijk maken.

De veranderingen in de zorgvraag worden in vele publicaties beschreven. In dit rapport halen we twee recente publicaties aan, het RVZ-rapport *Zorg voor je gezondheid!* en het visiedocument van VWS *Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn*.

2.a. Veranderingen in de zorgvraag

zorgvraag wijzigt

Beide documenten bezien hoe de ordening van de zorg de komende decennia aanpassingen vergt, wil zij aansluiten bij de ontwikkelingen in zorgvraag en -aanbod. Vele factoren dragen hieraan bij, zoals vergrijzing, toename chronisch zieken, technologische ontwikkelingen, de beschikbaarheid van internet bij de zorg, de wensen en mogelijkheden van patiënten. De RVZ benadrukt dat het voor een adequaat antwoord nodig is, dat het accent verschuift van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid. Dit betekent dat er meer aandacht zal moeten zijn voor preventie, zelfredzaamheid, zelfzorg, aldus de Raad. Burgers moeten ook zoveel mogelijk zelf de regie (kunnen) voeren over hun zorg en zelfmanagement toepassen. Voor de organisatie van de zorg betekent dit dat het zorgaanbod nog meer zal moeten verschuiven naar de omgeving van de verzekerde/patiënt. Dit kan zowel in levende lijve zijn, als virtueel, via digitale kanalen.

integraliteit zorg staat centraal

Het visiedocument van VWS over de integrale zorg in de eigen omgeving hanteert vergelijkbare uitgangspunten. In dit document onderstreept het ministerie het belang van integraliteit in het zorgaanbod: meer samenhang tussen (dagelijkse) ondersteuning in de eigen omgeving, op preventie gerichte zorg, op genezing gerichte zorg en zeer specialistische zorg. Het zorgaanbod moet zich nog veel meer gaan richten op het zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen van de patiënt, het maatschappelijk actief blijven en het eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen. Voor de zorgorganisatie betekent dit dat lokale overheden, verzekeraars en zorgaanbieders zoveel mogelijk samenwerken en zich oriënteren op een wijk- en risicogroep gerelateerde aanpak van problemen, aldus VWS. In dit verband is ook het programma *Zichtbare schakel* van ZonMw vermeldenswaard. Dit programma gaat nadrukkelijk in op de functie die de wijkverpleegkundige kan vervullen bij het

verbinden van wonen, zorg en welzijn in de wijk.

Ter illustratie van het voorgaande kan men denken aan de volgende zorgvragen in de eigen omgeving :

- verzekerden die na een ziekenhuisopname verpleging thuis nodig hebben;
- mensen met chronische aandoeningen en ouderen die ondersteuning behoeven om zelfredzaam te kunnen blijven (denk ook aan de ondersteuning bij zelfmanagement);
- verzekerden met een intensieve zorgbehoefte thuis vanwege een ernstige aandoening, eventueel in een palliatief-terminale fase;
- verzekerden met een permanente beperking die dagelijks hulp nodig hebben om thuis te kunnen blijven (ADL-verrichtingen).

***andere zorgvraag,
ander zorgaanbod***

De veranderingen en toename in de zorgvraag hebben consequenties voor het zorgaanbod. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg onderkent een toenemende behoefte aan generalisten die verbindend kunnen werken.⁴ Verschillende rapporten over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt wijzen op het waarschijnlijke tekort aan arbeidskrachten voor verpleging en verzorging.⁵

Samenvattend kunnen we stellen dat de zorg in de eigen omgeving gaandeweg een prominentere rol krijgt en dat zich een groeiende behoefte aan een generalistische werkende zorgverlener in de wijk manifesteert, additioneel aan de huisarts. Deze zorgverlener moet zorg kunnen verlenen én verbindend kunnen werken. Daarnaast moet het beschikbare volume aan arbeidskrachten voor verpleging en verzorging zo efficiënt mogelijk ingezet worden, gezien de krapte die zich, naar verwacht, gaat voordoen binnen deze sectoren.

2.b. Rol van verpleegkundige bij het beantwoorden van de zorgvraag

Het is duidelijk dat de verpleegkundige binnen de zorgorganisatie in de eigen omgeving een belangrijke rol kan vervullen. Zij⁶ is immers de functionaris die ook ‘achter de voordeur’ komt en daar de patiënt enerzijds kan verzorgen, maar anderzijds ook kan begeleiden naar (weer) meer regie en het (her)nemen van eigen verantwoordelijkheid. In dit verband is het rapport *De wijkverpleegkundige in de eerstelijns, nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven* (2010) van belang. opgesteld in

⁴ CBOG, *Nieuwe uitdagingen voor zorgverleners in de eerstelijns, Eerstelijnszorg in CBOG-perspectief*, april 2010

⁵ FWG, rapport RegioMarge 2008, Prismant

⁶ In dit rapport hanteren wij ‘zij’ voor de verpleegkundige, hieronder valt vanzelfsprekend ook ‘hij’.

opdracht van ActiZ en STOOM.⁷ Het rapport beschrijft welke rollen en taken de verpleegkundige achter de voordeur van de cliënt kan vervullen, hoe zij het overzicht over het gehele zorgproces kan bewaren, inclusief verbanden met welzijnszorg en maatschappelijke gezondheidszorg. Zij levert zorg en regisseert de zorg. Idealiter opereert de verpleegkundige vanuit een team, dat ook de ziekenverzorgenden omvat, aldus het rapport.⁸

***verpleegkundige
belangrijke schakel***

Voor een optimale samenwerking is het van belang dat de verpleegkundige een schakel is in de zorgketen die dichtbij de patiënt wordt opgebouwd. Verdeling over twee wettelijke systemen van deze functie doorkruist in de praktijk een integraal aanbod. Naast dit systeemvereiste is het ook van belang dat het verpleegkundig beroep ruimte krijgt, om zich professioneel te ontwikkelen zodat het deze rol kan vervullen. Daarbij gaat het om herkenning en erkenning van het beroep en het ontwikkelen van de inhoud en de kwaliteit van de zorgverlening, onder andere via beschrijving van taakgebieden, competenties en opleidingseisen, de ontwikkeling van richtlijnen en prestatie-indicatoren.⁹ De verpleegkundige beroepsgroep meent zelf dat deze ontwikkeling de laatste 15 jaar te wensen heeft overgelaten. De nadruk binnen de AWBZ op het systeem en de procedures heeft daaraan bijgedragen, aldus de beroepsgroep.¹⁰

belemmeringen

Het rapport *De wijkverpleegkundige in de eerstelijns* geeft aan welke obstakels men ziet, om het geschetste doel te verwezenlijken¹¹ :

1. Het ontbreken van een bekostigingsbasis voor de wijkverpleegkundige;
2. Het ontbreken van zelfstandige regelruimte;
3. Het opknippen van de wijkverpleegkundige rollen over meerdere personen en organisatieonderdelen;
4. De onzichtbaarheid van de thuiszorg binnen de wijk en praktijk van de huisarts;
5. Het uit het oog verliezen van de menselijke maat.

Deze belemmeringen sluiten aan bij de problemen die het CVZ schetste in zijn rapport van 2009. In het onderhavige rapport schetsen we een oplossing met name voor de eerste drie punten (deze hangen immers vooral samen met de plek van de verpleegkundige functie binnen de regelgeving). In hoofdstuk

⁷ *De Wijkverpleegkundige in de eerstelijns. Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven*. 2010. In opdracht van ActiZ en STOOM; Actieprogramma *Versterken van zorg thuis in de eerste lijn*. ActiZ behartigt de belangen van zorgondernemers in de branche van verpleging, verzorging en thuiszorg. STOOM is de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg.

⁸ Idem, pagina 21

⁹ Zie: Meerjarig strategische beleidsplan V&VN 2010 – 2013; V&VN, Verplegenden en Verzorgenden Nederland, de beroepsvereniging voor de verplegenden en verzorgenden in Nederland

¹⁰ mw. M. Kaljouw, voorzitter V&VN, geciteerd op www.venvn.nl

¹¹ Noot 3: pagina 28

3 beschrijven we een mogelijke verankering binnen de Zvw voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving. In hoofdstuk 4 gaan we in op de inhoud en omvang van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’.

3. ‘Verpleging in de eigen omgeving’ in de Zvw

In het vorige hoofdstuk schetsten we de context van de toenemende en veranderende zorgvraag in de eerste lijn. Ook gingen we verder in op de rol die ‘de verpleegkundige’ kan spelen binnen de eerstelijnszorg, om deze zorgvraag het hoofd te bieden. In de hoofdstukken 3 en 4 gaan we in op regelgeving en beantwoorden we de volgende vragen:

1. hoe verankeren we de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving binnen de Zvw? (hoofdstuk 3)
2. wat is de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving binnen de Zvw? (hoofdstuk 4)

3.a. In verband met ‘geneeskundige zorg’

Ter beantwoording van vraag 1 nemen we de huidige formulering van artikel 2.11 Bzv als uitgangspunt. Deze bepaling geeft nu al expliciet een basis aan een deel van de verpleging in de eigen omgeving, namelijk die in verband met medisch-specialistische zorg en wel als volgt:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

Wat is verband met geneeskundige zorg

In het rapport van 2009 hebben wij uitgelegd wat de strekking is van ‘in verband met medisch-specialistische zorg’:

- de medisch-specialist is de enige behandelaar (alle zorg vindt plaats onder zijn/haar verantwoordelijkheid) en/of
- de medisch-specialist is de enige die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen en/of
- het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch-specialist behoren en waarvoor dan ook de medisch-specialist in de regel de opdracht geeft.

De vermelding van de medisch-specialist in artikel 2.11 Bzv impliceerde, zo gaven we in 2009 aan, dat de verpleegkundige zorg onder verantwoordelijkheid van andere beroepsbeoefenaren dan de medisch-specialist (over het algemeen de huisarts) niet onder de Zvw viel. Als de gehele verpleegkundige zorg zonder verblijf onder de Zvw moet vallen, staan er twee opties open, uitgaande van artikel 2.11 Bzv:

- medisch-specialist niet meer vermelden in artikel 2.11 Bzv, zodat ook niet meer de uitsluiting van andere beroepsbeoefenaren geïmpliceerd wordt;
- medisch-specialist vervangen door een overkoepelend begrip, waarmee andere beroepsbeoefenaren geïnccludeerd worden.

In het vorige rapport had het CVZ al gesuggereerd om artikel

2.11 Bzv als volgt te wijzigen:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met **geneeskundige zorg**.

verpleegkundige zorg en samen- hang in de zorg

Met deze verwijzing (in feite optie twee) zouden we een aantal zaken duidelijk kunnen maken. In de eerste plaats willen wij hiermee aangeven, dat de verpleegkundige zorg plaatsvindt in verband met 'de behoefte aan geneeskundige zorg' waarvoor de Zorgverzekeringswet dekking biedt (zie artikel 10 Zvw waarin het te verzekeren risico binnen de Zvw wordt benoemd). Zoals de AWBZ aangeeft bij welke grondslagen deze wet de functie verpleging verzekert, zou de Zvw dit aangeven via de verwijzing naar geneeskundige zorg. Men zou kunnen betogen dat het logisch is dat de zorgvraag moet sporen met het domein van de Zvw, ook zonder een verwijzing hiernaar in artikel 2.11 Bzv. Het gaat immers om een prestatie binnen de Zvw.

Met deze verwijzing naar geneeskundige zorg kan echter, naar onze mening, nog een ander doel bereikt worden. In de tweede plaats kan zij namelijk ook uitgelegd worden in samenhang met artikel 2.4 Bzv. Het Bzv omschrijft in artikel 2.4 het begrip geneeskundige zorg en wel als volgt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede de paramedische zorg (...)

diagnose-gericht werken

De verwijzing naar geneeskundige zorg maakt duidelijk, dat de verpleegkundige ingezet wordt, nadat er een diagnose is gesteld door de genoemde (of daaraan gelijk te stellen) beroepsbeoefenaren (vergelijk hierboven: in verband met medisch-specialistische zorg). Deze benadering sluit ook aan bij het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige, zoals omschreven in de wet BIG. Artikel 33 Wet BIG omschrijft dit als volgt onder b. :

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

In de derde plaats wil deze formulering aansluiten bij de ideeën rond wenselijke samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. De verpleegkundige functioneert zelfstandig, maar werkt niet geïsoleerd. Zij vormt een keten met andere zorgverleners

binnen de eerste lijn, waardoor een integraal zorgaanbod geleverd kan worden. De vormgeving en omvang van de keten is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt.

3.b. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de wettelijke basis voor een samenhangend aanbod van verpleegkundige zorg in de eigen omgeving verkend. Wij hebben geconcludeerd dat een nieuwe formulering van artikel 2.11 een basis kan vormen. In deze formulering is 'in verband met medisch-specialistische zorg' vervangen door 'in verband met geneeskundige zorg'.¹² Het CVZ concludeert dat deze formulering het huidige onderscheid opheft tussen, enerzijds, verpleging in de eigen omgeving, geïnitieerd door medisch-specialist, nu Zvw, en, anderzijds, deze zorg, geïnitieerd door een andere beroepsbeoefenaar (meestal de huisarts), nu AWBZ. Deze formulering doet ook recht aan de plek die de verpleegkundige kan innemen binnen een samenhangend zorgaanbod in de eerste lijn.

geen onnodige medicalisering

'In verband met geneeskundige zorg' is de formele kapstok waaraan de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' is opgehangen binnen de Zvw. Deze formele kapstok hoeft niet tot onnodige medicalisering te leiden. Intentie van het beoogde artikel 2.11 Bzv is, een basis in de regelgeving te bieden voor zorg die uiteindelijk de verzekerde zoveel mogelijk in staat stelt op eigen krachten in de eigen omgeving te blijven. Nadruk moet hierbij liggen op het stimuleren van (het hernemen) van zelfredzaamheid en zelfzorg, met ondersteuning daar waar nodig is. In het volgende hoofdstuk lichten we toe hoe deze intentie strookt met de inhoud en omvang van het begrip 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

¹² De verwijzing naar 'geneeskundige zorg' in artikel 2.11 Bzv heeft niet de strekking om prestaties die buiten de omschrijving 'geneeskundige zorg' vallen in de Zvw, uit te sluiten van het werkkterrein van de verpleegkundige. Te denken valt dan aan hulpmiddelen, farmaceutische zorg (zie de omschrijving van het te verzekeren risico in artikel 10 Zvw). Deze prestaties vergen een voorafgaande diagnose en omschrijving van een behandeling van de behandelaar. Deze activiteiten vallen onder het begrip 'geneeskundige zorg'. Pas daarna kan de inzet van een verpleegkundige aan de orde zijn.

4. Inhoud en omvang van de verpleging in de eigen omgeving

Alvorens we ingaan op het feitelijke werkterrein van de verpleegkundige, willen we beschrijven hoe het CVZ omgaat met het begrip plegen te bieden. Deze uitleg hebben we ook opgenomen in ons rapport van 2009. Voor het begrip van onze benadering van het verpleegkundig werkterrein is deze toelichting echter wel van belang, vandaar dat we deze uitleg ook in dit rapport opnemen.

4.a. Het begrip plegen te bieden

betekenis criterium plegen te bieden

De regelgever gebruikt de formulering 'plegen te bieden' voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Bzv). Deze omschrijving concretiseert het algemene begrip geneeskundige zorg door te verwijzen naar domeinen van zorgaanbieders. (Omdat de Zvw een functionele systematiek kent, kan de zorgverzekeraar vervolgens in de polis bepalen welke, deskundige en bekwame, zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk mag leveren.)

De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering zegt het volgende over dit criterium:

Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graad-meters.

en

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

Het CVZ beschouwt documenten als standaarden, richtlijnen, standpunten en visiedocumenten van beroepsgroepen als richtinggevend om de inhoud van 'het aanvaarde arsenaal' te bepalen en 'een professioneel juiste handelwijze' te kenschetsen. Het CVZ gaat dan ook bij dergelijke documenten te rade om vast te stellen of het in concrete gevallen gaat om 'zorg zoals ... plegen te bieden'.¹³

De beschrijving van het domein dat 'plegen te bieden' bestrijkt, wordt in eerste instantie afgebakend door wettelijke bepalingen. Wat de beroepsgroep pleegt te bieden, mag in ieder geval niet de wettelijke afbakening overschrijden.

¹³ Zie voor de interpretatie van het begrip 'plegen te bieden' de CVZ-publicatie *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*, nummer 268, d.d. 28 januari 2009 (herziene druk)

Wettelijke grenzen kunnen ontleend worden aan de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG).

Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige

We citeerden artikel 33 wet BIG al in het vorige hoofdstuk in verband met het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige. Daar verwezen we met name naar lid b. In dit hoofdstuk richten we ons op lid a:

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

breed beroeps- profiel verpleegkundige

De Wet BIG bakent het werkterrein van de verpleegkundige in formele zin af. Wat ziet de verpleegkundige binnen dit wettelijk afgebakende gebied als het werkterrein? Deze opvattingen tellen voor het CVZ, omdat het, we gaven het hierboven al aan, te rade gaat bij de opvattingen van de beroepsgroep zelf om de inhoud van 'het aanvaarde arsenaal' te bepalen en 'een professioneel juiste handelwijze' te kenschetsen. Documenten van de beroepsgroep zelf, zoals beroepsprofielen, standaarden, richtlijnen, standpunten en visiedocumenten vormen de basis voor deze beoordeling.

De verpleegkundige zorg bestrijkt in de benadering van de beroepsgroep een breed werkterrein.¹⁴ Dit komt tot uiting in de kerntaken die het beroepsprofiel opsomt (in willekeurige volgorde volgens het beroepsprofiel):

- observeren en signaleren;
- verzorgen (in complexe zorgsituaties);
- begeleiden;
- verpleegtechnisch handelen;
- informeren en adviseren;
- preventie en voorlichting geven
- coördineren.

Voor de context van de activiteiten is van belang dat de verpleegkundige als doel ziet :

(...) de zorgvrager in staat te stellen optimaal te leven op een voor hem bevredigende wijze.

en dat de verpleegkundige

haar zorg richt op meerdere dimensies van het leven van de zorgvrager. De zorgverlening van de

¹⁴ *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, E. Leistra e.a., 2000. Hierbij moeten we wel aantekenen dat het beroepsprofiel dateert uit 1999 en volgens de beroepsgroep zelf geactualiseerd moet worden, zie Meerjarig strategisch beleidsplan van de V&VN, pagina 7. Hetzelfde geldt voor het *Beroepsprofiel van de verzorgende en helpende*. Dit profiel dateert uit 1992.

verpleegkundige is een aanvulling op en sluit aan bij de zorg die iemand in principe zelf verricht.

4.b. De rollen en activiteiten van de verpleegkundige

rollen en taken en doelgroepen

Als voorbereiding op dit rapport heeft het CVZ een onderzoek laten uitvoeren door Hoekstra, Homans en Menting (bureau HHM).¹⁵ Dit onderzoek was primair gericht op de samenstelling en de omvang van de groep cliënten die verpleegkundige zorg in de eigen omgeving ontvangen. In het onderzoek heeft HHM ook aandacht besteed aan de vraag wat de verpleegkundige zorg in de praktijk inhoudt (zoals nu geleverd op basis van de AWBZ). Ook heeft bureau HHM gekeken naar de overlap tussen de functie verpleging en andere functies, met name de functie persoonlijke verzorging. Op basis van gesprekken met de beroepsgroep en thuiszorgorganisaties zijn zij tot de volgende beschrijving van de rollen van de verpleegkundige in de praktijk gekomen¹⁶:

- de verpleegkundige als zorgverlener;
- de verpleegkundige als coördinator;
- de verpleegkundige als coach;
- de verpleegkundige in de signalerende rol.

Ter illustratie, bij de volgende groepen kan de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving van belang zijn, waarbij de ene of andere rol van de verpleegkundige meer op de voorgrond treedt :

- chronisch zieken;
- kwetsbare ouderen;
- lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten;
- ernstig zieken in een palliatief-terminale fase.

geen beperking tot technische handelingen

Duidelijk is dat de beroepsgroep de inhoud van zijn professionele domein niet beperkt tot de technische verpleegkundige handelingen. Belangrijke rollen zijn ook coördineren van zorg, het instrueren en motiveren van de verzekerde (coach), het signaleren van problemen. Dergelijke onderdelen van het beroepsprofiel kunnen van belang zijn voor ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg met meer behoefte aan casemanagement en de groeiende plek van zelfmanagement.¹⁷ De inhoud van de zorgverlening 'beperkt zich' verder niet tot de verpleegkundige handelingen, maar strekt zich ook uit tot verzorging (als de situatie dat vergt).

¹⁵ De bevindingen uit dit onderzoek heeft Bureau HHM neergelegd in zijn rapport *Verpleging in de eigen omgeving – Een onderzoek naar de samenstelling en de omvang van deze doelgroep*. Enschede, 2010

¹⁶ idem, pag. 8

¹⁷ Het CVZ heeft rapporten in voorbereiding rond 'casemanagement' én 'zelfmanagement'. In deze rapporten omschrijft het CVZ de begrippen in de zin van de Zvw en geeft het aan in hoeverre 'casemanagement' en 'zelfmanagement' onder te verzekeren prestaties van de Zvw vallen.

**competenties en
functionarissen
binnen verpleeg-
kundige zorg**

Deze conclusies trok het CVZ overigens ook al in zijn rapport van 2009 op basis van documenten van de verpleegkundige beroepsgroep, zoals het genoemde beroepsprofiel.

Het rapport *De wijkverpleegkundige in de eerste lijn* geeft hierop nog een belangrijke aanvulling, omdat het ook ingaat op de gewenste organisatorische vormgeving van de verpleging in de eigen omgeving en de daarmee samenhangende taakverdeling. Het rapport schetst dit in het kort als volgt. Uitgangspunt is dat de zorg in de eigen omgeving vanuit een team wordt geleverd. Dit team is divers samengesteld: het omvat zowel generalistische als de specialistische competenties en zowel verpleegkundigen als verzorgenden. De wijkverpleegkundige fungeert als primus inter pares en regisseur van de zorgverlening. De verpleegkundig specialist is niet per se een vast onderdeel van het team, maar in ieder geval consulteerbaar. Afhankelijk van de aard van de zorgvraag wordt de gewenste competentie en functionaris ingezet. Leidraad voor de levering van de zorg moet zijn, dat de zorg zo min mogelijk opgeknipt wordt. Onder andere geldt dit voor de rol van de verpleegkundige en die van de ziekenverzorgende, deze vullen elkaar in allerlei opzichten aan: 'verpleging en verzorging horen bij elkaar in de thuiszorg'. De verpleegkundige kan voor de ziekenverzorgende aanspreekpunt en inhoudelijk leidinggevende zijn.¹⁸

Voor de samenhang in de zorg is verder van belang dat het verpleegkundig en verzorgend team in nauw overleg functioneert met de betrokken primaire behandelaar, huisarts(en), zorggroepen in de wijk.

4.c. De verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een erkende, specifieke masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, die individueel en zelfstandig patiënten behandelt. Verpleegkundig specialisten staan met één been in de verpleegkundige praktijk en met het andere in de medische wereld. Naast de taken van een verpleegkundige, richt een verpleegkundig specialist zich op de ziekte zelf, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een verpleegkundig specialist heeft een behandelrelatie met patiënten, is verantwoordelijk voor de werkzaamheden die zij daarbinnen verricht en legt indien nodig verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevend. Er worden vier verpleegkundig specialismen onderscheiden :

- Preventieve zorg bij somatische aandoeningen
- Acute zorg bij somatische aandoeningen
- Intensieve zorg bij somatische aandoeningen

¹⁸ Noot 3: pagina 6 en 32

- Chronische zorg bij somatische aandoeningen

Vooralsnog meent het CVZ dat de activiteiten van de verpleegkundig specialist niet hoeven te leiden tot een aanpassing van de regelgeving. Binnen de regelgeving kunnen deze namelijk hetzij onder artikel 2.4 Bzv vallen, 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', hetzij onder artikel 2.11 Bzv, 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

4.d. Conclusies inhoud en omvang verpleging in de eigen omgeving

meerdere rollen

Wat betekent het voorgaande voor de uitleg van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'? Achter de zorg binnen deze omschrijving kunnen vele activiteiten, rollen en deskundigheidsniveaus schuil gaan. Al deze feitelijke gedaantes kunnen onder het begrip 'plegen te bieden' vallen. Plegen te bieden verwijst immers niet in eerste instantie naar een functionaris, maar naar een domein ofwel beroepsarsenaal. De activiteiten binnen dit domein strekken zich uit tot technische verpleegkundige handelingen, het coördineren, regisseren van het zorgproces, het instrueren, begeleiden en ondersteunen van de cliënt (bij het omgaan met zijn ziekte en de gevolgen daarvan), signaleren van problemen, preventie en verzorging. In termen van functionarissen kan dit arsenaal enerzijds uitgevoerd worden door zorgverleners die variëren van generalistische wijkverpleegkundige tot een verpleegkundig specialist (horizontale taakshikking), anderzijds door zorgverleners die variëren van verpleegkundige tot verzorgende (verticale taakshikking). Voorbeelden van functionarissen in de eerste lijn die nu onder de omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' vallen, zijn wijkverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen (denk aan de diabetesverpleegkundige), casemanagers dementie, sociaal psychiatisch verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, nurse practitioners, physician assistants, (wijk)ziekenverzorgende. Afhankelijk van de rol en de functie die een verpleegkundige vervult bij een gegeven zorgvraag, zal de nadruk meer op het ene of het andere aspect van het beroepsarsenaal liggen.

geen nieuwe zorgelementen in Zvw

Hoewel de reikwijdte van de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' dus groot is, omvat het begrip geen elementen die vreemd zijn binnen de Zvw. Om enkele te noemen: ook huisartsen coördineren zorg (inclusief contacten met andere sectoren, zoals het welzijn), regisseren het zorgproces en beoefenen preventie. De behoefte aan verzorging behoort ook zelfstandig tot de te verzekeren risico's onder de Zvw. Artikel 10 Zvw noemt 'verzorging' expliciet onder f. Artikel 2.10 Bzv geeft aan waar een verzekerde recht op heeft bij verblijf in een ziekenhuis en dit

omvat ook 'verpleging en verzorging'. Kortom, de verschillende onderdelen van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' komen ook op andere plaatsen voor binnen de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

***beroepsgroep
'duidt' begeleiding***

Tenslotte nog een opmerking over het begrip begeleiding. Dit begrip kan tot verwarring leiden, het wordt in de praktijk namelijk in verschillende betekenissen gebezigd. Het kan verwijzen naar de functie begeleiding binnen de AWBZ. Het kan ook gebruikt worden als onderdeel van de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' (zie: artikel 33 BIG dat het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige beschrijft). Wij denken dan bijvoorbeeld aan de begeleiding bij het ziekte- en zorgproces aan de cliënt en zijn omgeving. Ook begeleiding als onderdeel van de zorg bij het weer op weg helpen van de cliënt naar eigen regie en verantwoordelijkheid valt binnen het domein van de verpleegkundige. Dergelijke taken moeten natuurlijk niet losgeweekt worden van de verpleegkundige zorg binnen de Zvw, door ze te scharen onder de functie begeleiding binnen de AWBZ (en in de toekomst misschien binnen de Wmo). De verpleegkundige beroepsgroep moet de inhoud en omvang van de begeleiding aangeven die zij inherent achten aan hun professionele zorg in verband met geneeskundige zorg. Deze moet duidelijk onderscheiden worden van begeleiding die meer gericht is op maatschappelijke participatie e.d.

4.e. 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en de functies verpleging en persoonlijke verzorging (AWBZ)

De beschrijving in de vorige paragraaf brengt het CVZ tot de conclusie dat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' onder de Zvw, zowel de AWBZ-functie verpleging als de AWBZ-functie persoonlijke verzorging omvat.

Deze functies worden voor de AWBZ geregeld in de artikelen 4 en 5 Besluit zorgaanspraken (Bza).

Artikel 4 Bza luidt als volgt:

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

En artikel 5 Bza luidt als volgt:

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van

verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Dat de functie verpleging volledig onder de noemer 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' te scharen valt, behoeft geen betoog (zie ook het CVZ-rapport uit 2009).

Volgens de AWBZ-beleidsregels omvat de functie persoonlijke verzorging niet alleen ADL-activiteiten (zoals wassen, kleden, zorg voor tanden, haren, nagels en huid), maar ook activiteiten die als verpleegkundige handelingen gekwalificeerd kunnen worden (zoals sondevoeding toedienen, medicijnen toedienen, stomaverzorging).

Het CVZ meent dat ook de functie persoonlijke verzorging in de zin van ADL-activiteiten onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt. De beschrijving van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige, artikel 33, vormt hiervoor een aanwijzing:

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;

verpleging en verzorging niet scheiden in Zvw

Daarnaast gaven we in de vorige paragraaf aan, dat verpleging en verzorging volgens de beroepsbeoefenaren zozeer verweven zijn dat inhoudelijk de twee functies eigenlijk niet te scheiden zijn.¹⁹ De beide functies zijn dan ook niet één op één te relateren aan functionarissen. Verzorgenden en verpleegkundigen werken nauw samen, waarbij er een sterke wisselwerking tussen beide is. In de zorgsituaties die in het onderzoek van bureau HHM aan de orde kwamen, was in principe altijd de inzet van een verpleegkundige gewenst. De aard van de zorg en de situatie bepalen echter in welke rol de verpleegkundige wordt ingezet. Bij de samenwerking tussen verpleegkundigen en verzorgenden blijkt dat de verpleegkundige doorgaans het voortouw heeft en de regie én de coördinatie over de zorg voert.

Gezien het voorgaande is het CVZ van mening dat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' binnen de Zvw, in AWBZ-termen zowel de functie verpleging, als de functie persoonlijke verzorging omvat. Het onderscheid dat de AWBZ maakt miskent deze overlap en bemoeilijkt in de praktijk ook een samenhangend zorgaanbod. Om deze kunstmatige scheiding binnen de Zvw te vermijden, moeten zowel de functie verpleging als de functie persoonlijke verzorging een plek krijgen binnen de Zvw.

¹⁹ Zie ook : Bureau HHM, pp. 26 en 27

***samenhang zorg en
diversiteit functio-
narissen***

Overigens, de inhoudelijke verwevenheid tussen verpleging en verzorging staat los van de organisatie van de zorg. De omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' geeft het arsenaal van zorg en handelingen aan dat onder de te verzekeren prestaties valt. Het is aan de zorgverzekeraar om, in overleg met zorgaanbieder en verzekerde, de organisatie van de zorg vorm te geven en te bepalen wie, voor zover bevoegd en bekwaam, de zorg uitvoert: verpleegkundige of verzorgende. Dit volgt uit de functionele systematiek van de Zvw: de regelgeving beperkt zich tot de omschrijving van 'wat' onder de basis-verzekering valt. 'Wie', 'waar' en 'hoe' is aan de zorgverzekeraar.

4.f. 'Alleen' persoonlijke verzorging in de Zvw

'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' vormt dus een continuüm dat zich uitstrekt van specialistische verpleegkundige handelingen tot en met ADL-assistentie. In de praktijk van de zorgverlening zal de nadruk variëren van het ene tot het andere uiteinde van het spectrum.

***soms accent op
persoonlijke
verzorging***

Bureau HHM beschrijft in zijn rapport groepen cliënten bij wie de nadruk langdurig op de persoonlijke verzorging ligt en verpleging minder nadrukkelijk aan de orde is (bijvoorbeeld de groep die valt onder de kwalificatie 'langdurig stabiel'). Bij een vergelijking tussen de grondslagen voor respectievelijk PV en VP in de AWBZ (artikel 4 resp. 5 Bza) valt ook op dat deze niet volledig overeenstemmen. Een psychiatrische aandoening of een verstandelijke of zintuiglijke handicap kan wel de basis vormen voor persoonlijke verzorging, maar kennelijk niet voor verpleging. Vinden we dat ook de 'geïsoleerde' vorm van persoonlijke verzorging (let wel in de zin van ADL-activiteiten en niet vermengd met verpleegkundige handelingen) tot het domein van de Zvw behoort? We kunnen dan denken aan de oudere met ADL-ondersteuning of een verstandelijk gehandicapte die gewassen en gekleed wordt. Ook al heeft het CVZ geconcludeerd dat 'verzorging' onder 'de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' kan vallen, dan nog blijft immers de vraag of de verzorging ook plaatsvindt 'in verband met geneeskundige zorg' (het tweede element in het beoogde artikel 2.11 Bzv). Bij de oudere met louter ADL-ondersteuning bijvoorbeeld valt 'in verband met geneeskundige zorg' misschien niet zo onmiddellijk vast te stellen.

Het CVZ onderkent dat de nadruk in het ene geval meer op verpleging zal liggen en in het andere geval meer op verzorging. De 'verzorging' na een ziekenhuisopname roept wellicht minder vragen op, dan de verzorging van een

gezonde, redelijk fitte oudere. Hoewel de band met geneeskundige zorg dus niet altijd overduidelijk is, blijft het CVZ van mening dat ‘persoonlijke verzorging’ ook in die gevallen onder de Zvw kan vallen. Daarbij spelen drie argumenten een rol.

***geen scheiding
verzorging Zvw –
AWBZ***

A. Vermijden van nieuwe afbakeningsproblemen

Het CVZ vindt het niet wenselijk om een afbakening te gaan benoemen tussen persoonlijke verzorging Zvw enerzijds en persoonlijke verzorging AWBZ anderzijds. Er zou dan sprake zijn van persoonlijke verzorging ten laste van de AWBZ in die gevallen dat er geen duidelijk verband is met geneeskundige zorg. Zoals gezegd zijn dergelijke individuele gevallen te onderkennen, maar deze zijn niet eenduidig te vatten in algemene termen in de regelgeving. Het CVZ vreest dat regelgeving die dit toch beoogt, nieuwe afbakeningsproblemen zal creëren. Daarbij speelt ook dat de zorgbehoefte aan veranderingen onderhevig kan zijn. Het ene moment kan de nadruk liggen op persoonlijke verzorging, het andere moment kan ook verpleging aangewezen zijn. Zorg die daarop adequaat wil inspelen, moet niet over twee systemen verdeeld zijn.

***verzorging niet
vreemd aan Zvw***

B. Verzorging behoort tot de te verzekeren risico's binnen de Zvw

Los van het voorgaande is het goed, om op te merken dat de Zvw de behoefte aan ‘verzorging’ ook zelfstandig, expliciet tot de te verzekeren risico's benoemt in artikel 10 Zvw, onder f. :

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan :

(...)

f. verzorging, waaronder de kraamzorg;

(...)

‘Verzorging’ is als te verzekeren prestatie dus niet vreemd aan de Zvw. Daarbij is ook nog relevant dat artikel 10 lid f. vermeldt: ‘waaronder kraamzorg’. Kraamzorg is op zich een goed voorbeeld van persoonlijke verzorging voor moeder en kind, waarbij er, niet per se, sprake is van een combinatie met verpleegkundige zorg. Sterker, ook het beschuitjes smeren voor de familie kan hiertoe behoren.

***verpleegkundige
zorg : signaleren
en preventie***

C. Geïndiceerde/zorggerelateerde preventie

Tenslotte meent het CVZ dat ‘in verband met geneeskundige zorg’ ook in preventieve zin uitgelegd kan worden. Groepen als ouderen en verstandelijk gehandicapten zijn groepen die ‘langdurig stabiel’ alleen persoonlijke verzorging nodig kunnen hebben. Toch is het

goed dat er een verpleegkundig oog op de achtergrond is, waarmee de verzorgende kan overleggen of de situatie nog stabiel is. Hun zorgbehoefte kan snel veranderen en zij zijn niet altijd zelf in staat om hun zorgbehoefte in te schatten. In die zin zouden zij aangemerkt kunnen worden als een ‘hoog-risicogroep’ in de zin van de Zvw. Als ook voor hen de zorg geleverd wordt vanuit een team dat het hele continuüm omvat van verpleging tot verzorging, kan de veranderde zorgbehoefte snel onderkend worden en de zorg opgeschaald.²⁰ Deze benadering strookt ook met de signaleringsfunctie voor de kwetsbaarheid van ouderen die de KNMG beschrijft in haar standpunt *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*.²¹

**verzorging
opnemen in arti-
kel 2.11 Bzv**

4.g. Vertaling naar artikel 2.11 Bzv

Hiervoor zijn we ingegaan op de inhoudelijke verwevenheid tussen verpleging en verzorging. Om ook formeel buiten twijfel te stellen dat persoonlijke verzorging in de eigen omgeving onder de Zvw valt, zou het nieuwe artikel 2.11 Bzv als volgt geformuleerd kunnen worden:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

4.h. Samenstelling en omvang van de cliëntengroepen zonder verblijfsindicatie

In deze paragraaf willen we onze bevindingen en conclusies uit de voorgaande paragrafen leggen naast de huidige toedeling van de functies VP en PV. Wat zou deze herschikking binnen de Zvw betekenen voor de groepen die nu extramuraal de functies VP en PV ontvangen? Deze illustratie ontlelen we aan het rapport van HHM. Op 1 oktober 2009 omvatte het AZR 870.924 cliënten met een geldig indicatiebesluit.²² Omdat het ons gaat om de extramurale zorg, richten we ons op de cliënten *zonder* verblijfsindicatie.

Binnen genoemde totaal zijn er:

- 456.377 cliënten met een indicatie *zonder* verblijf;
- 414.547 cliënten met een indicatie *met* verblijf.

Binnen de indicaties zonder verblijf hebben de groepen met een indicatie voor verpleging, persoonlijke verzorging en

²⁰ Gezien de verwevenheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging is het CVZ geen voorstander van een overheveling van persoonlijke verzorging naar de Wmo.

²¹ *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*, pagina 81, KNMG, 2010,

²² Alle gegevens heeft Bureau HHM ontleend aan het systeem van de *AWBZ-brede ZorgRegistratie* (AZR) (peildatum 1 oktober 2009).

verpleging in combinatie met persoonlijke verzorging het grootste aandeel.

<i>functie</i>	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
Alleen VP	31.856	6.98
Alleen PV	145.803	31.95
Combinatie VP en PV	46.422	10.17
TOTAAL	224.081	49.10

tabel 1 Verpleging – Persoonlijke Verzorging – zonder verblijf

Bij deze cijfers hebben we een aantal opmerkingen.

A. Ontwikkeling aantal indicatiebesluiten persoonlijke verzorging

**kwantitatieve
toename PV**

Het percentage indicaties voor *alleen* de functie persoonlijke verzorging is hoog. Om dit percentage goed te kunnen plaatsen, moeten we ook kijken naar de ontwikkeling in de omvang hiervan over de afgelopen jaren.²³ In 2007 is het aantal indicatiebesluiten met PV-sec aanzienlijk gestegen. Dit is een logisch gevolg van de overheveling van zorgactiviteiten van de functie VP naar PV. In januari 2008 is weer sprake van een stijging van PV-sec én van VP & PV. Deze hangen waarschijnlijk samen met de wijziging in de aanspraak op de zorgfunctie OB (ondersteunende begeleiding)-algemeen. Voor de cliënten met de grondslag SOM (somatisch) die geen aanspraak meer hadden op OB-algemeen is waarschijnlijk de functie PV als best passend alternatief geïndiceerd.

B. Analyse cliënten met louter persoonlijke verzorging

Binnen de indicatiebesluiten voor persoonlijke verzorging heeft ca. 96% van de cliënten de grondslag somatische aandoening (140.825 besluiten). Het verband met geneeskundige zorg in de zin van de Zvw ligt hier voor de hand.

Verder is de leeftijdsverdeling bij de cliënten met persoonlijke verzorging nog interessant. Het overgrote deel, 89%, wordt geleverd aan cliënten van 65 jaar en ouder.

leeftijd	aantal	%
≥ 65 jaar	129.507	89%
75 – 84 jaar	58.033	40%
≥ 85 jaar	51.039	35%

tabel 2 Aantal indicaties functie persoonlijke verzorging > 65 jaar

Twee opmerkingen kunnen hierbij gemaakt worden:

- het gaat hier om de functie persoonlijke verzorging

²³ Rapport Bureau HHM, pagina 44

- waarin verpleegkundige handelingen zijn verwerkt; gezien de leeftijd van een groot deel van de cliënten kan een stabiele zorgsituatie snel aan veranderingen onderhevig zijn. De inzet van een verpleegkundige op de achtergrond is bij deze groep aangewezen.

C. Combinaties verpleging en/of persoonlijke verzorging én begeleiding

Naast de combinatie verpleging/persoonlijke verzorging is er ook nog de combinatie van verpleging en/of persoonlijke verzorging én begeleiding mogelijk binnen de AWBZ. Er bestaan echter al langer plannen, om de functie begeleiding via de gemeentes te laten uitvoeren.²⁴ Binnen het totale aantal indicatiebesluiten gaat het om de volgende aantallen.²⁵ (In 2008 was deels nog sprake van indicaties voor OB en AB (activerende begeleiding). De getallen zijn de optelsom van BG en OB/AB.)

functie	aantallen	%
VP + BG/OB/AB	3.292	0.72
PV + BG/OB/AB	44.566	9.77
VP + PV + BG/OB/AB	30.007	6.58
totaal	77.865	17.07

tabel 3 Combinatie verpleging/persoonlijke verzorging en begeleiding

Binnen het totale aantal indicaties 'thuis' (456.377 indicatiebesluiten) heeft 17% van de cliënten een indicatie voor BG in combinatie met verpleging en/of persoonlijke verzorging. Dit percentage gold in 2009. Dit percentage zal lager uitkomen in latere jaren om meerdere redenen:

- de zorginhoudelijke wijziging van de functie BG ten opzichte van OB en AB;
- de wijziging in de indicatievereisten voor BG ten opzichte van die voor OB respectievelijk AB.

samenhang PV en VP

Zodra er sprake is van een combinatie van verpleging en/of persoonlijke verzorging met begeleiding zal afstemming nodig zijn tussen de 'leveranciers' van deze zorg, om samenhang te waarborgen. Het CVZ meent echter wel dat de verwevenheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging groter is dan tussen begeleiding enerzijds en

²⁴ Ten tijde van het schrijven van dit rapport, werd het regeerakkoord VVD – CDA gepubliceerd, waarin dit voornemen werd bevestigd. Streefdatum zou hiervoor 1 januari 2013 zijn.

²⁵ Overigens geldt bij deze aantallen dat in 2008 nog sprake was van de functies ondersteunende resp. activerende begeleiding (OB en AB). Per 1 januari 2009 is de functie Begeleiding ingevoerd. Het jaar 2009 was een overgangsjaar met herindicaties, aflopende indicaties enz. Vandaar dat in het overzicht zowel OB en AB als BG voorkomen. Daarbij is wel van belang op te merken dat de indicatievereisten voor BG zwaarder zijn dan voor OB en dat een deel van OB, namelijk die gericht op participatie, niet meer onder de AWBZ valt. Activerende begeleiding is voor een deel opgegaan in de functie behandeling (BH). Vanaf 2010 zal het aandeel BG binnen het totale aantal indicaties dus lager zijn dan de totalen van OB, AB en BG in 2009.

verpleging en/of persoonlijke verzorging anderzijds.²⁶ Zodra begeleiding wordt overgeheveld naar de gemeentes, is deze tweedeling overigens ook onvermijdelijk. Binnen de functie begeleiding speelt ook nog het onderscheid tussen individuele levering en groepsgewijze aanpak. Deze komt niet in de percentages tot uiting. Begeleiding in een groep zal over het algemeen niet bij de verzekerde thuis plaatsvinden.

D. Groep 'overige combinaties'

De groep 'overige combinaties' heeft ook een groot aandeel in het geheel, namelijk 33,83% (154.386 indicatiebesluiten). Het aandeel VP en PV hierin gering is, namelijk 126 cliënten met minimaal de functie verpleging (0,08%) en 2.265 cliënten met minimaal de functie persoonlijke verzorging (1,47%). De meeste cliënten in deze groep hebben kennelijk een indicatie voor de functie behandeling en/of begeleiding.

4.i. Conclusies

In de hoofdstukken 3 en 4 zijn we nagegaan hoe de 'verpleegkundige zorg in de eigen omgeving' verankerd kan worden in de Zorgverzekeringswet en wel op zodanige wijze dat:

- het huidige onderscheid verdwijnt tussen de Zvw-zorg enerzijds (geïnitieerd door de medisch-specialist) en de AWBZ-zorg anderzijds (geïnitieerd door een andere behandelaar, vooral de huisarts);
- samenhangende zorg in de eigen omgeving mogelijk is met professionele ruimte voor de verpleegkundige.

We hebben de volgende conclusies getrokken.

**'in verband met
geneeskundige
zorg'**

1. Artikel 2.11 Bzv kan een goede basis vormen voor verpleging in de eigen omgeving door in dit artikel 'in verband met geneeskundige zorg' te vermelden in plaats van het huidige 'in verband met medisch-specialistische zorg'. Door deze wijziging in de regelgeving vervalt het verschil dat nu gemaakt wordt tussen verpleging in de eigen omgeving geïnitieerd door medisch-specialist en verpleging geïnitieerd door huisarts of andere behandelaar.

zorgcontinuüm

2. 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' omvat een breed spectrum aan zorg en activiteiten. Hieronder vallen technische verpleegkundige handelingen, maar ook het

²⁶ We doelen hierbij op de functie Begeleiding en niet op begeleiding bij het ziekte-/zorgproces dat onderdeel is van het verpleegkundig handelen.

activiteiten als het regisseren en coördineren van zorg. Verder kan de zorg inhoudelijk variëren van ADL-verzorging tot specialistische verpleging. Deze twee uitersten zijn zowel zorginhoudelijk als qua uitvoering sterk verweven met elkaar. Wil in de eigen omgeving van de verzekerde een adequate zorgverlening mogelijk zijn vanuit de eerste lijn, dan zal zowel de AWBZ-functie verpleging als de AWBZ-functie persoonlijke verzorging onder de Zvw moeten gaan vallen.

evidente samenhang met geneeskundige zorg

3. Uit een analyse van de samenstelling van de cliëntgroepen met thans verpleging en/of persoonlijke verzorging onder de AWBZ blijkt, dat binnen de indicaties zonder verblijf de indicaties voor verpleging en/of persoonlijke verzorging de hoofdmoot vormen. De relatie van verpleging met geneeskundige zorg is duidelijk. Een samenhang met geneeskundige zorg bij de functie persoonlijke verzorging mag verondersteld worden omdat:

- een somatische aandoening voor het merendeel de grondslag vormt voor de functie persoonlijke verzorging (96%);
- 89% van de groep met persoonlijke verzorging ouder is dan 65 jaar.

4. Het CVZ wil de suggestie vermijden dat het een functie verpleging én een functie persoonlijke verzorging wil introduceren binnen de Zvw. Het onderscheid in deze functies is een constructie binnen de AWBZ. De Zvw gaat uit van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dit begrip omvat een breed spectrum aan activiteiten dat zich uitstrekt van ADL-ondersteuning tot specialistische verpleging. Binnen dit zorgcontinuüm maakt de regelgeving geen onderverdeling. Afhankelijk van de zorgvraag wordt de vereiste zorg geboden.

functionele aanspraak verpleging

Het CVZ wil evenmin de verpleegkundige introduceren binnen de regelgeving. De regelgeving omschrijft zorg en maakt hierbij geen onderscheid naar functionarissen. Wie de zorg gaat verlenen, is een vraag waar de regelgeving geen antwoord op geeft. De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar die in overleg met zorgaanbieder/verzekerden besluit welke functionaris ingezet wordt (mits 'bevoegd en bekwaam').

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de vraag: Welke gevolgen heeft de verankering van de verpleging in de eigen omgeving binnen de Zvw voor de zorgaanspraken binnen de AWBZ?

5. Het begrip eigen omgeving en de gevolgen voor de zorgaanspraken AWBZ

consequenties voor AWBZ-aanspraken cliënten

5.a. Verschillende cliëntgroepen

In het vorige hoofdstuk hebben we gekeken naar de consequenties van onze voorstellen voor cliëntgroepen die nu de functies verpleging en/of persoonlijke verzorging ontvangen binnen de AWBZ *zonder* dat er sprake is van een indicatie voor verblijf. Dat is logisch want we hebben het aldoor over 'verpleging in de eigen omgeving'. Verpleging en/of persoonlijke verzorging kan echter ook voorkomen in combinatie met een indicatie voor verblijf binnen de AWBZ. In dit hoofdstuk onderzoeken we wat de consequenties zijn van onze voorstellen voor cliënten binnen de AWBZ *met* een indicatie voor verblijf. In feite kijken we dan naar de reikwijdte van het begrip eigen omgeving. We ontlelen het begrip eigen omgeving in het kader van de Zvw aan de zinsnede 'zonder dat er sprake is van verblijf' (artikel 2.11 Bzv). Wat is de reikwijdte van het begrip eigen omgeving als we dat toepassen op de AWBZ? Beperkt zich dat tot thuis of zijn er nog andere locaties aan te wijzen die hier onder kunnen vallen? (Daarnaast komen een aantal specifieke extramurale gevallen aan de orde.)

1. De groepen

We hebben de volgende groepen geïdentificeerd:

I

1. verzekerden in een beschutte/begeleide/beschermde woonomgeving;
2. verzekerden die hun verblijfsindicatie niet 'verzilveren', maar de zorg zelf organiseren (natura; PGB; geclusterd wonen);
3. verzekerden die via PGB-gelden een 'woonconstructie' financieren;
4. AWBZ en kinderopvang (kinderhospices, verpleegkundige kinderdagcentra; medisch kleuterdagverblijf enz.);

II

5. palliatieve zorg – thuisbeademing : expliciete uitzonderingen van artikel 2.11 Bzv;
6. ADL-clusters;

III

7. kinderen met AWBZ-zorg in het onderwijs.

1.1. Verzekerden in een verzorgingshuis en ander beschut/beschermde/begeleid wonen

In deze groep gaat het om verzekerden die in een begeleide/beschermde/beschutte woonomgeving verblijven en via deze omgeving hun zorg krijgen. In al deze gevallen is er sprake van de indicatie voor verblijf binnen de AWBZ. In deze situaties zijn zorgzwaartepakketten van toepassing. Er zijn

***bekostiging en
verpleging***

zorgzwaartepakketten voor verschillende sectoren, namelijk:

- verpleging en verzorging;
- gehandicaptenzorg (lichamelijk, verstandelijk, zintuiglijk)
- geestelijke gezondheidszorg.

Binnen alle zorgzwaartepakketten kunnen de functies verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en behandeling aan de orde zijn of een combinatie hiervan. Het CVZ onderschrijft dat het in een groot deel van deze gevallen onhandig zou zijn om de verpleging en persoonlijke verzorging via de Zvw te leveren, terwijl een substantieel deel van de zorg via de AWBZ geregeld wordt. Dit argument gaat echter niet in alle gevallen op. Ouderen in een verzorgingshuis, bijvoorbeeld, hebben een (tijdelijke) verblijfsindicatie en ontvangen zorg op basis van een zorgzwaartepakket dat in ieder geval BG omvat en/of PV en/of VP. Bij de lagere zorgzwaartepakketten (1 & 2 sector Verpleging en Verzorging) is er geen indicatie voor de functie behandeling. Er is sprake van een combinatie van BG, PV (en VP, ZP 2). Persoonlijke verzorging en/of verpleging zou ook op basis van de Zvw kunnen worden geleverd. Deze ouderen functioneren zelfstandig en zij hebben ook nog steeds hun eigen huisarts. De combinatie met andere AWBZ-zorg is nadrukkelijker aan de orde bij de hogere ZP's, waar ook altijd sprake is van behandeling. Deze cliëntgroepen hebben intensievere zorg nodig, er is sprake van meervoudige problematiek. Een soortgelijke redenering kan ook gelden bijvoorbeeld voor de zorgzwaartepakketten bij beschermd wonen in de sector GGZ en bij wonen met begeleiding binnen de sector Gehandicaptenzorg.

***wel indicatie,
verblijf niet
realiseren***

***1.2. Verzekerden met een verblijfsindicatie die deze niet
'verzilveren'***

Binnen de AWBZ is het mogelijk om een indicatie voor verblijf niet te 'verzilveren'. De verzekerde heeft vrijheid van keuze: instelling of thuis. Als de verblijfsindicatie niet 'verzilverd' wordt, kan de zorg vervolgens op verschillende manieren geleverd worden:

- extramurale zorg in natura;
- volledig pakket thuis: te leveren via de instelling, waar de verzekerde had kunnen verblijven, met andere woorden de instellingszorg wordt thuis geleverd;
- PGB: de zorg wordt omgerekend naar een geldbedrag (omrekentabel voor de functies) en de verzekerde organiseert de zorg zelf (eventueel binnen een geclusterd wonen-constructie).

Volgens het rapport van HHM zijn er in 2008 414.547 indicaties voor verblijf afgegeven. Volgens het AZR zijn 40.189 indicaties uiteindelijk niet verzilverd.

**speciale groepen
kinderen**

1.3. Geclusterd wonen-constructie

Het gaat hierbij om groepen verzekerden die een verblijfsindicatie hebben, maar deze niet 'verzilveren' (zie beschrijving onder 2.) De zorg wordt vervolgens georganiseerd via een geclusterd-wonenconstructie die gefinancierd wordt via de geldbedragen (PGB's) die de verzekerden ontvangen voor hun niet 'verzilverde' verblijfsindicatie. Deze woonconstructies hebben geen toelating als instelling. Het gaat over het algemeen om kleine aantallen (vaak kinderen) die er verblijven. Een instellingserkenning zou een te zwaar instrument zijn voor de constructie. De ouders verkiezen deze kleinere, speciale constructies boven de instellingen waar de kinderen anders zouden moeten verblijven. De indicaties voor deze kinderen zijn hoog, om de wooncomponent mee te kunnen financieren.

1.4. AWBZ en kinderopvang.

Kinderhospices

Ernstig zieke en/of (meervoudig) gehandicapte kinderen kunnen hier tijdelijk verblijven in de terminale fase van hun ziekte of omdat de zorgverlening thuis (tijdelijk) niet haalbaar is. Er wordt hiervoor een standaard indicatie afgegeven, zonder onderzoek, die in een CIZ werkinstructie (Wi.272) is vastgelegd. Er is sprake van een (tijdelijke) verblijfsindicatie en van een indicatie voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging.

Verpleegkundige kinderdagcentra

Evenals voor de kinderspices wordt hiervoor, in opdracht van de staatssecretaris, een standaardindicatie (Wi.272) afgegeven. De indicatie wordt gesteld in de vorm van de functie verpleging. Deze groep zou moeten bestaan uit ernstig zieke en/of gehandicapte kinderen die in verband met hun zorgbehoefte niet op andere vormen van dagopvang kunnen worden geplaatst.

Kinderdagcentra (KDC)

Bedoeld voor kinderen met een (ernstige) verstandelijke of meervoudige beperking, meestal in de voorschoolse leeftijd. Hier wordt in een multidisciplinaire setting ontwikkelingsondersteuning geboden. De indicatie is in de vorm van de functie behandeling in groepsverband, waarbij ervan uitgegaan wordt dat dit een integraal aanbod van zorg is waarin ook hulp bij de persoonlijke verzorging of verpleging is inbegrepen.

Othopedagogisch kinderdagcentrum (ODC)

Bedoeld voor kinderen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Voor de indicatiestelling geldt hetzelfde als voor de KDC's.

Medisch kleuterdagverblijf

Kinderen die naar een medisch kleuterdagverblijf (MKD) gaan, zijn achtergeraakt in hun ontwikkeling of hebben gedragsproblemen. Dat komt doordat er bijvoorbeeld grote spanningen zijn in het gezin of het kind heeft gezondheidsproblemen. Indicatiestelling wordt uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg en de verwijzing vindt plaats via de huisarts of schoolarts.

Voorstel voor de benadering van de groepen onder 1 tot en met 4

Bij de groepen die we onder 1 tot en met 4 beschrijven, gaat het grotendeels om groepen die een verblijfsindicatie hebben, maar feitelijk de zorg geleverd krijgen binnen een constructie die daar los van staat. Dit kan daadwerkelijk 'thuis' zijn, maar het kan ook binnen een 'woonconstructie' zijn.

Om de zorg zo adequaat mogelijk te kunnen blijven organiseren en leveren, zijn er drie mogelijke scheidslijnen denkbaar:

drie mogelijkheden voor afbakening

1. Alle verzekerden met een indicatie voor *verblijf* op basis van de AWBZ ontvangen ook in de toekomst verpleging en verzorging op basis van de AWBZ. Binnen de AWBZ blijft:
 - alle zorg die nu geleverd wordt op basis van een ZZP (inclusief beschut-/beschermd-/begeleid-wonen) én
 - de niet-verzilverde verblijfsindicaties.
2. Alle verzekerden met een indicatie voor *verblijf én behandeling* op basis van de AWBZ, ontvangen ook in de toekomst verpleging en verzorging op basis van de AWBZ. Onder de Zvw gaan de ZZP's vallen waarin de functie behandeling niet voorkomt:
 - a. *verzorgingshuizen*
 - ZZP 1 en 2 binnen de sector verpleging en verzorging;
 - b. *beschut/begeleid/beschermd wonen*
 - ZZP 1 en 2 binnen de sector gehandicaptenzorg – lichamelijk gehandicapten;
 - ZZP 1 en 2 binnen de sector gehandicaptenzorg – zintuiglijk gehandicapten (visueel);
 - ZZP 1 c t/m 6c binnen de sector GGZ.^{27 28}
3. Alle verzekerden die een indicatie voor verblijf hebben en

²⁷ ZZP 1 en 2 binnen de sector gehandicaptenzorg - verstandelijk gehandicapten, hebben geen indicatie voor behandeling, maar ontvangen evenmin VP en/of PV.

²⁸ In totaal gaat het om ca. 60.000 cliënten. De kosten zijn niet eenvoudig te bepalen aan de hand van de ZZP's, omdat hierin ook een bedrag voor de component begeleiding is verwerkt.

die ook feitelijk in een instelling verblijven, vallen onder de AWBZ voor de functies verpleging en persoonlijke verzorging. Het verschil met optie 1 is dat de beschut/beschermd/ begeleid-wonenconstructies onder de AWBZ blijven vallen, maar de niet-verzilverde indicaties onder de Zvw gaan vallen. De feitelijke van het verblijf is immers uitgangspunt. Dit betekent dat ook het geclusterd-wonen (zie onder 3.) onder de Zvw valt, omdat het bij geclusterd wonen niet om een instelling gaat.

***feitelijk verblijf in
instelling uitvoer-
bare afbakening***

2. Voorstel scheidslijn : feitelijk verblijf in een instelling

De scheidslijn tussen Zvw en AWBZ voor verpleegkundige zorg in de eigen omgeving wil het CVZ leggen bij het feitelijk verblijf in een instelling (optie 3). De uitvoerbaarheid van de zorg is hiervoor het belangrijkste argumenten. De volgende overwegingen spelen hierbij een rol.

A. Beschut/beschermd/begeleid wonen

Levering van de verpleging en persoonlijke verzorging op basis van de Zvw zou de volgende nadelen voor verzekerden binnen beschut/beschermd/begeleid wonen hebben :

- Deze verzekerden hebben vrijwel altijd ook een indicatie voor de functie begeleiding. Deze functie blijft binnen de AWBZ (dat kan in de toekomst overigens ook Wmo zijn);
- Hun zorg loopt nu mee in de structuur van hun verblijfsconstructie waarvoor het AWBZ-regiem geldt. De zorg voor een deel van de bewoners zou (deels) onder de Zvw gaan vallen. Voor de instelling betekent dat twee systemen operationeel zijn, mogelijk ook voor dezelfde soort zorg.
- De nachtzorg zal ook los gaan staan van de woonomgeving (nu over het algemeen getypeerd als 'wakende wacht' : direct oproepbaar of in de onmiddellijke nabijheid).

B. De 'niet-verzilverde' verblijfsindicatie

Als de scheidslijn 'feitelijk verblijf in een instelling' wordt gehanteerd valt de 'niet-verzilverde' verblijfsindicatie ook onder de Zvw. Dit heeft praktische voordelen. Voor deze groep geldt dan dat naast verpleging en/of persoonlijke verzorging, eventuele farmaceutische zorg, hulpmiddelen e.d. ten laste van de Zvw komt. Overigens is het 'niet-verzilveren' van een verblijfsindicatie toch een wat paradoxale figuur. Het CVZ onderschrijft de keuzevrijheid van de verzekerde, maar een verblijfsindicatie zou eigenlijk alleen aan de orde moeten zijn, als zorg thuis niet mogelijk is.

C. Geclusterd wonen

Ook bij geclusterd wonen is er sprake van een 'niet-verzilverde' verblijfsindicatie. Bij *geclusterd-wonen* is immers

²⁹ Het persoonsgebonden budget komt aan de orde in hoofdstuk 7.

geen sprake is van een toegelaten instelling. Geclusterd wonen omvat een zorgcomponent en een wooncomponent. De zorg wordt veelal georganiseerd en gefinancierd via een persoonsgebonden budget. Hoe gaan we daarmee om in de situatie dat de zorg onder de Zvw valt? Hoewel we nog niet ingegaan zijn op een persoonsgebonden budget in de Zvw²⁹, gaan we er hier vanuit dat ook in de Zvw een dergelijk instrument beschikbaar zal zijn. Ook binnen de Zvw zal dan de zorg met behulp van een dergelijk budget gefinancierd en georganiseerd worden. Voor de additionele woonconstructie is een aantal oplossingen denkbaar:

- ook in de Zvw wordt de woonconstructie bij de indicatie meegenomen en financieel verdisconteerd in het PGB-bedrag;
- de woonconstructie wordt geïnstitutionaliseerd: te financieren als voorziening;
- de woonconstructie wordt gefinancierd via een subsidie.

D. Kinderopvang in de AWBZ

kindzorg en AWBZ

Wat de *kinderopvang* betreft, het volgende. Zodra er sprake is van een verblijfsindicatie geldt de situatie onder A. Is er geen sprake van een verblijfsindicatie, maar van zorg gefinancierd via een PGB, dan geldt wat we hierboven naar voren brachten over het geclusterd wonen. De zorg op zich zou ook onder de Zvw via een PGB gefinancierd moeten kunnen worden. Gaat het om de financiering van de dagopvang-constructies e.d. dan is er een keuze : óf de constructie wordt ook onder de Zvw gefinancierd via het PGB-bedrag waarin de opvang-constructie wordt meegefinancierd óf er wordt gekozen voor een separate bekostiging van deze constructie.

E. Uitzondering voor Volledig Pakket Thuis

Met het Volledig Pakket Thuis (VPT) kunnen verzekerden thuis dezelfde zorg krijgen als in een instelling. VPT is niet af te dwingen, de verzekerde moet het hier over eens worden met de aanbieder. De aanbieder is niet verplicht het VPT te leveren. Formeel gaat het bij VPT om levering van de functie verblijf. De zorgaanbieder die dit levert moet ook toegelaten zijn voor de functie verblijf. Gezien deze situatie is het voor de hand liggend om de zorg die gepaard gaat met een Volledig Pakket Thuis onder de AWBZ te blijven scharen.

II.1. Palliatieve zorg – thuisbeademing

Deze zorg valt formeel onder de werking van artikel 2.11 Bzv, maar is expliciet hiervan uitgesloten. Deze verzekerden hebben 24 uur per dag toezicht nodig; de effectieve zorgverlening is niet continu en vindt op onregelmatige tijdstippen plaats. Deze zorg wordt over het algemeen uitgevoerd door mantelzorgers, die hiervoor een PGB

ontvangen. Onder de Zvw viel dit niet te organiseren.

Voorstel voor een benadering onder de Zvw

Ervan uitgaande dat ook de Zvw een PGB-instrument zal kennen, in de nieuwe situatie, zou de zorg ook binnen de Zvw gefinancierd kunnen worden. Voor de berekening van het bedrag voor de zorg, zou eventueel uitgegaan kunnen worden van een soort normbedrag. In dit bedrag is dan verdisconteerd dat er dagelijks maar zeer kort effectieve zorgverlening nodig is, maar wel 24 uur toezicht.

speciale aandacht ADL-clusters

II.2 ADL-clusters

Deze groep betreft verzekerden die sociaal zelfredzaam zijn, zelfstandig wonen in een aangepaste woning (ADL-woning), hun eigen huisarts hebben en in en om hun woning ADL-assistentie in natura ontvangen van een zorgaanbieder die daarvoor een instellingssubsidie ontvangt vanuit de Regeling subsidies AWBZ. Onder de ADL-assistentie in en om de woning valt alle benodigde PV, enige verpleegtechnische handelingen, alle zorgverlening in verband met beademing (inclusief alarmopvolging) en enige activiteiten die vallen onder de functie begeleiding. De ADL-assistentie vindt plaats op afroep en aanwijzing van de verzekerde. De zorgunit bij de cluster is daarvoor 24 uur per dag bemand. De gesubsidieerde ADL-assistentie is een voorliggende voorziening. Daarnaast ontvangen sommige bewoners van een ADL-cluster buiten hun woning eventueel ook nog PV, VP en BG als AWBZ-zorg (vaak gefinancierd met een PGB).

De minister van VWS heeft besloten dat de gesubsidieerde ADL-assistentie per 31 december 2011 komt te vervallen. Daarna zullen bewoners van een ADL-cluster voor hun zorg volledig zijn aangewezen op de AWBZ (en uiteraard daarnaast op de Zvw en de Wmo). In verband hiermee zijn (bijna) alle bewoners van ADL-clusters onlangs geherindiceerd. Nagenoeg iedereen heeft een indicatie voor extramurale zorg gekregen; altijd voor PV en soms ook voor VP en/of BG.

Voorstel voor een benadering onder de Zvw

De verwevenheid met overige AWBZ-zorg (BG) is voor de meeste personen uit deze groep niet zodanig groot dat er daarom redenen zijn om PV en VP voor deze verzekerden in de AWBZ te houden. Wel is het zo dat op dit moment voor deze verzekerden geldt dat in en om hun woning niet alleen de zorg in verband met thuisbeademing, maar alle PV en VP op afroep beschikbaar is. Dat betekent dat deze zorg alleen goed in de Zvw kan landen als zowel voor de naturazorg, als voor het PGB een soort normbedrag tot stand komt waarin is verdisconteerd dat er 24 uur per dag zorg op afroep beschikbaar is (vergelijk: situatie onder 6 beschreven).

III.1 AWBZ-zorg in het onderwijs

In deze groep gaat het met name om kinderen die geïndiceerd zijn voor speciaal onderwijs, maar die onderwijs op een 'reguliere' school verkiezen. Er kan dan samenloop zijn tussen de onderwijsvoorzieningen en AWBZ-zorg, de functies VP, PV en BG. Bij de bepaling van de omvang van deze zorg speelt ook de voorliggendheid van onderwijsvoorzieningen een rol. In de ClZ-beleidsregels is een gedetailleerde rekenmethode uitgewerkt om het aantal minuten AWBZ-zorg te kunnen bepalen. De mate van voorliggendheid van het onderwijs voor deze functies is hierin uitgewerkt.

zorg via school regelen

Voorstel voor benadering onder de Zvw

We mogen ervan uitgaan dat de zorgvraag van deze kinderen onder de Zvw een indicatie zou opleveren voor de prestatie 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De inhoud en omvang van de indicatie staat binnen de Zvw in principe los van de zorg die binnen het onderwijs geleverd wordt. Er kan besloten worden om de geïndiceerde zorg thuis 'mee te nemen' naar de schoolsituatie. Het CVZ meent dat het echter de voorkeur zou verdienen om ook voor deze zorg een integrale benadering te kiezen. Dit zou betekenen dat alle zorg binnen de muren van de school geleverd wordt via de school. De voorliggendheid van het onderwijs voor de zorg moet dan expliciet vastgelegd worden.

IV Mogelijke andere groepen

De AWBZ-zorg is zeer divers. Hierboven hebben we een aantal belangrijke groepen geïdentificeerd en aangegeven hoe de zorg voor hen georganiseerd zou kunnen worden onder een Zvw-regiem. We hebben niet de illusie dat we hiermee een uitputtende opsomming hebben gedaan. Wél menen we dat de voorgestelde scheidslijn tussen Zvw en AWBZ voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving, namelijk het feitelijke verblijf in een instelling, ook gehanteerd kan worden voor andere gevallen. We denken dan bijvoorbeeld aan logeerhuizen, overbruggingszorg. Bij logeerhuizen is immers sprake van *tijdelijk* feitelijke verblijf. Dit stellen we binnen de uitvoering gelijk gesteld aan feitelijke verblijf. Bij overbruggingszorg wil een verzekerde feitelijke gaan verblijven, maar wacht in de eigen omgeving op een geschikte plek. Het ligt dan voor de hand om de zorg in de eigen omgeving onder de Zvw te continueren totdat een plaats beschikbaar is.

5.b. Reikwijdte van het begrip eigen omgeving

De beschreven situaties draaien om de reikwijdte van het begrip eigen omgeving, al dan niet in combinatie met de inzet van een persoonsgebonden budget.

Over het begrip eigen omgeving het volgende. Zoals we in het begin van dit hoofdstuk aangaven is 'eigen omgeving' eigenlijk een vertaling van het onderdeel 'zonder dat deze zorg gepaard gaat met verblijf' in artikel 2.11 Bzv. Deze zinsnede geldt binnen de Zvw. Welke reikwijdte heeft 'eigen omgeving' binnen de AWBZ?. Tussen 'thuis' en 'verblijf in een instelling' zijn immers tussenvormen denkbaar. Voor de structuren als verzorgingshuizen, beschut/beschermd/begeleid wonen, geclusterd wonen en niet 'verzilverde' verblijfsindicaties hebben we drie mogelijkheden beschreven:

- een scheidslijn trekken bij een indicatie voor verblijf óf
- een scheidslijn trekken bij een indicatie voor verblijf én behandeling óf
- een scheidslijn trekken bij feitelijk verblijf in een instelling.

uitvoerbare afbakening eigen omgeving

Het CVZ meent dat een scheidslijn bij feitelijk verblijf in een instelling de meest heldere en uitvoerbare afbakening oplevert. Deze scheidslijn betekent dat alle verzekerden binnen instellingen (ook alle bewoners van verzorgingshuizen) hun zorg via deze structuur krijgen. Verzekerden die hun verblijf niet 'verzilveren' gaan voor hun gehele zorg onder de Zvw vallen.

(Deze scheidslijn gaat uit van de huidige opzet van de AWBZ. In de volgende paragraaf gaan we in op de effecten van een voortschrijdende scheiding van wonen en zorg.)

Deze scheidslijn binnen de AWBZ moet ook in de Zvw tot uiting komen. Dit kan bijvoorbeeld door aan het beoogde artikel 2.11 Bzv een clause toe te voegen in de volgende geest:

De zorg bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing wanneer er sprake is van verblijf op basis van de AWBZ.

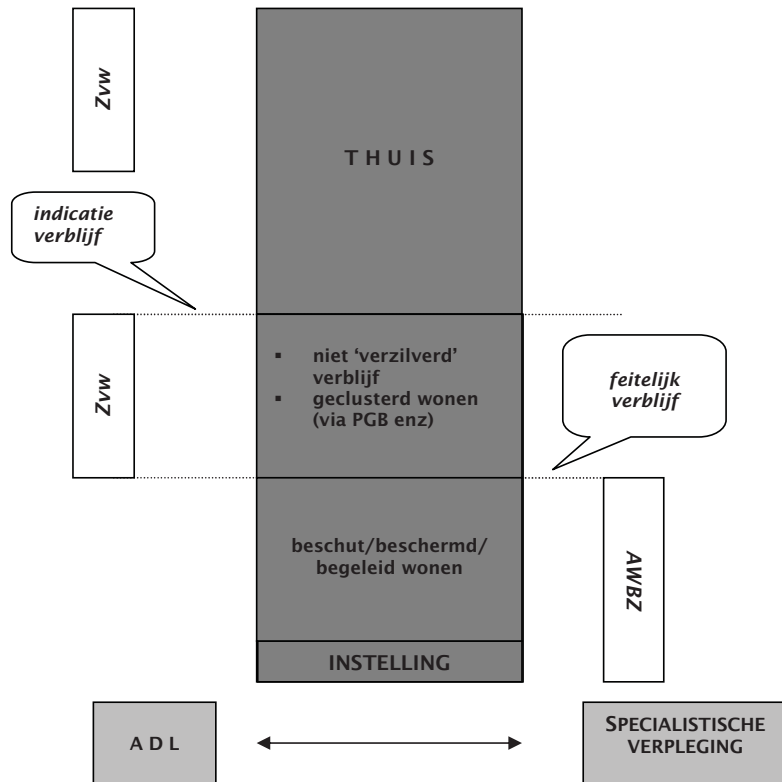
Verder hebben we nog de huidige uitzonderingssituatie voor palliatieve zorg en thuisbeademing beschreven. Het huidige tweede lid van artikel 2.11 Bzv luidt nu als volgt:

De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Dit lid zou kunnen vervallen als ook de palliatieve zorg en de zorg bij thuisbeademing op basis van de Zvw geleverd wordt.

Het Volledig Pakket Thuis stelt het CVZ gelijk aan feitelijk verblijf in een instelling.

Als we ervan uitgaan dat verpleging en persoonlijke verzorging voor verzekerden die feitelijk verblijven binnen de AWBZ valt, dan ontstaat, schematisch, de volgende situatie.



In deze weergave zijn er twee assen: één voor zorg en één voor de plaats waar de zorg geleverd wordt. De as voor de zorg strekt zich uit van ADL-verzorging tot specialistische verpleging. Deze as weerspiegelt een zorgcontinuüm die in samenhang geleverd moet worden, niet deels onder de Zvw en deels onder de AWBZ.

De as van de locatie strekt zich uit van thuis tot verblijf in een instelling. Binnen de as van de locatie is er een variabele scheidslijn denkbaar wat de toedeling van de zorg aan Zvw of AWBZ betreft. Als criterium voor deze scheidslijn heeft het CVZ gekozen, binnen de huidige systematiek van de AWBZ, voor het feitelijke verblijf.

objectieve, toetsbare indicatie voor verblijf

We willen nog een belangrijke opmerking hieraan toevoegen. Deze scheidslijn kan alleen goed functioneren als deze indicatie op een objectieve, toetsbare manier gesteld kan worden. Het systeem moet perverse prikkels vermijden die de

indicatie kunnen beïnvloeden : bijvoorbeeld een mogelijk belang van de verzekeraar bij ‘intramurale opname’ die zou kunnen strijden met de wensen en mogelijkheden van de verzekerde. Een indicatie voor verblijf moet aangeven, dat de verzekerde, gegeven zijn beperkingen en omstandigheden, niet in staat is om in zijn eigen omgeving te blijven functioneren. Het voorstel van het CVZ gaat dus uit van een duidelijke tweedeling ‘eigen omgeving – verblijf in een instelling’.

5.c. Scheiden ‘wonen en zorg’

scheiden wonen en zorg heeft invloed op definitie eigen omgeving

Nog een opmerking over mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Het Regeerakkoord 2010 maakt gewag van intenties voor een, verdere, scheiding tussen ‘wonen en zorg’. Wat kunnen de consequenties zijn van deze discussie voor de scheidslijn die we hier voorstellen? In eerste instantie moet dan duidelijk zijn of de scheiding ‘wonen en zorg’ ‘alleen’ gaat om de financieringsmethode, bijvoorbeeld een hogere eigen bijdrage voor het wonen, of ook het begrip verblijf betreft, dus de zorgaanspraken. In het laatste geval kan intensivering van de samenhangende eerstelijnszorg, onder andere via ‘de verpleging in de eigen omgeving’, ertoe leiden dat steeds meer cliënten die nu feitelijk verblijven in een instelling in de toekomst in de eigen omgeving blijven wonen (eventueel binnen geclusterd wonen-constructies). Een voortschrijdende scheiding van wonen en zorg kan hiervan het gevolg zijn. Dit zou betekenen dat groepen die, in het voorstel van het CVZ, nu nog zorg op basis van de AWBZ krijgen, deze zorg dan op basis van de Zvw zouden krijgen. Welke groepen dat precies zouden zijn, valt nu nog niet goed te bezien. Het CVZ gaat ervan uit dat er altijd een groep verzekerden zal blijven voor wie het scheiden van wonen en zorg niet haalbaar is, gezien de inhoud en omvang van hun zorgbehoefte. Ook andere overwegingen kunnen hierbij nog een rol spelen. Verblijf kan immers ook geïndiceerd zijn vanwege een behoefte aan (continu) toezicht, een therapeutisch leefklimaat of beschermde woonomgeving.

5.d. Volgende hoofdstukken

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 zijn we ingegaan op de regelgeving rond ‘verpleging in de eigen omgeving’, zowel in Zvw en AWBZ.

In de volgende hoofdstukken komen uitvoeringsaspecten aan de orde, namelijk:

- het systeem van indicatiestelling;
- het persoonsgebonden budget;
- de polis;
- bekostiging en financiering;
- de risicoverevening;
- werkgevers- en werknemerslasten.

6. Standaarden, protocollen en indicatiestelling

6.a. Standaarden en protocollen en ‘plegen te bieden’

We gaven het al verscheidene malen aan. De inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties worden vastgesteld mede aan de hand van de opvattingen van de beroepsgroep hierover, zoals neergelegd in standaarden, protocollen, beroepsprofiel. Hierover wil het CVZ de volgende opmerkingen maken.

beroepsgroep moet veel ontwikkelen

Bureau HHM constateert in zijn rapport dat professionals soms uiteenlopende begrippen hanteren, om de kern van het verpleegkundig beroep te beschrijven. Ook legt men soms andere accenten.³⁰ Niettemin, ondanks deze verscheidenheid in taal, is er eensgezindheid over de kern van het beroep als gekeken wordt naar de praktijk van de verpleegkundige zorg en de rollen die de verpleegkundige vervult. Overigens blijkt ook op dit punt uniformiteit in de omschrijving te ontbreken, ondanks de inhoudelijke overeenstemming. Gezien deze diversiteit in omschrijvingen en begrippen beveelt bureau HHM de beroepsgroep aan standaarden, protocollen en richtlijnen te ontwikkelen waarin de verschillende rollen van de verpleegkundigen in verschillende situaties worden uitgewerkt.³¹ Het beroepsprofiel is overigens gedateerd en wordt nu door de V&VN herzien.³² Een geactualiseerd beroepsprofiel kan eveneens helpen de gewenste eenheid van taal te bereiken, stelt bureau HHM.

en zijn al bezig

Uit contacten met het LEVV is het CVZ gebleken, dat de beroepsgroep zelf meent dat de inhoudelijke ontwikkeling van het beroep is gestagneerd. De recente praktijk van de verpleegkundige zorg is hier mede debet aan, aldus de beroepsgroep. Daarbij doelt men vooral op de huidige organisatie van de zorg, veelal vanuit steeds groter wordende instellingen. De fijngeslepen, gedetailleerde uitwerking van de zorg binnen de AWBZ heeft evenmin bijgedragen aan de inhoudelijke ontwikkeling van het beroep. De V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen hebben een werkplan opgesteld, ‘*Naar constante waarde*’, waarin verschillende aspecten aan de orde komen om de inhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep leven in te blazen. Hierbij gaat het om onderdelen als de zorgverleners (kwaliteitseisen, competenties), het zorgproces (eenduidige

³⁰ idem, pag. 26

³¹ ibidem

³² V&VN : Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; LEVV : Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging

beschrijving, zie hierboven), infrastructuur rond de zorg thuis (digitale ondersteuning : bijvoorbeeld het patiëntendossier), evidence based-onderbouwing van de zorg thuis (onderzoek). Het CVZ onderschrijft graag het belang hiervan. Dit belang speelt uit verschillende oogpunten. Voor het CVZ telt dat deze onderbouwing handvatten geeft, om inhoud te geven aan het begrip plegen te bieden rond de verpleegkundige zorg.

Standaarden en protocollen moeten ook een belangrijke rol gaan spelen bij de indicatiestelling voor de verpleging in de eigen omgeving. Op de indicatiestelling gaan we in de volgende paragraaf in.

6.b. De indicatiestelling

De AWBZ kent een systeem van onafhankelijke indicatiestelling, dat inhoudelijk uitgewerkt is in de AWBZ-beleidsregels en uitgevoerd wordt door het CIZ. De beleidsregels zijn zeer gedetailleerd. Hiermee is er, formeel, een hoge mate van inzichtelijkheid en uniformiteit. Overigens kent deze detaillering ook zijn keerzijde in bewerkelijkheid. Voor 'lichtere' zorgsituaties wordt meer en meer gebruik gemaakt van Standaard Indicatie Protocollen (SIPs). De verpleegkundige is gemandateerd om te indiceren en meldt de indicatie aan het CIZ. Het CIZ stelt formeel vast en controleert steekproefgewijs.

Ook de Zvw gaat ervan uit dat de benodigde inhoud en omvang van de zorg wordt vastgesteld. Het algemene indicatievereiste voor de Zvw is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering:

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

De regelgeving geeft verder geen formele vereisten voor de vormgeving en inhoud van de indicatiestelling. Binnen de Zvw maakt deze indicatiestelling deel uit van het zorgproces. Deze ligt in handen van de betrokken beroepsbeoefenaar (behoudens nadere voorwaarden die de zorgverzekeraar kan stellen, zoals toestemming vooraf). Individuele deskundigheid in combinatie met professionele normen (zoals neergelegd in bijvoorbeeld standaarden en richtlijnen van de beroepsgroep) vormen de basis. Voor verpleging en verzorging binnen de Zvw zou ook gaan gelden dat de indicatiestelling deel gaat uitmaken van het zorgproces en dus inhoudelijk grotendeels in handen van de 'verpleegkundige' komt te liggen (in overleg met de primaire behandelaar). Een dergelijk proces voor de indicatiestelling heeft praktische voordelen: dichtbij de patiënt; minder bureaucratisch; mogelijkheden voor snelle

aanpassing van zorg aan veranderende zorgbehoefte. Het proces zou ook tegemoet komen aan de wens naar meer professionele zelfstandigheid voor de verpleegkundige.

Er waren in het verleden goede redenen om het systeem van onafhankelijke indicatiestelling voor de verpleging en verzorging te introduceren, zoals de wens van uniformiteit, inzichtelijkheid en (kosten)beheersing van de zorgverlening. De wens om de slinger van de klok nu weer meer in de richting van vrijheid voor de professional te laten slaan, betekent niet dat vereisten als uniformiteit, inzichtelijkheid en kostenbeheersing overboord gezet worden. Ook voor de indicatiestelling die geïntegreerd is binnen het zorgproces gelden deze eisen. Dit betekent dat ook de hedendaagse nadruk op eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg inzichtelijk moet zijn en een vertaling moet krijgen binnen de indicatiestelling. Binnen de AWBZ bestaat bijvoorbeeld het begrip gebruikelijke zorg: het principe dat van mantelzorgers (partners onderling, ouders voor kinderen) een zekere mate van zorg verwacht mag worden bij ziekte en aandoeningen.

***protocollen
ondersteunen
indicatiestel-
ling***

Het CVZ meent dat de autonomie voor de zorgverlening bij de betrokken beroepsgroepen weliswaar het uitgangspunt vormt, maar dat deze wel formeel uitgewerkt moet worden in protocollen voor de zorgverlening (wat de inhoud geven aan het indicatievereiste betreft). In de praktijk gebeurt dit natuurlijk ook al. Het OMAHA Community Care Protocol is een voorbeeld voor de indicatiestelling door de verpleegkundige in de praktijk. Een dergelijk protocol dient een meervoudig doel:

- zorginhoudelijk adequaat en uniform zorg indiceren;
- verantwoording en kostenbeheersing: de verzekerde krijgt wat hij nodig heeft, niet meer en niet minder.

Indicatiestellingen zijn vervat in de richtlijnen en standaarden van de betrokken beroepsgroepen. Beroepsgroepen ontwikkelen deze zelf. Een voorbeeld uit de praktijk, dat expliciet wordt vermeld in polissen, is het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Dit protocol hebben betrokken beroepsgroepen opgesteld hebben, om inhoud te geven aan de te verzekeren prestatie kraamzorg onder de Zvw. Deze prestatie is open omschreven in de regelgeving (namelijk maximaal 10 dagen). Het protocol geeft aan hoe de zorgvraag in een gegeven situatie vertaald wordt in een bepaald aantal uren kraamzorg.

***zorgverzekeraar
organiseert en
maakt afspraken***

Binnen de Zvw heeft de zorgverzekeraar een taak om de zorg te organiseren voor zijn verzekerden. Ook de zorgverzekeraar zal willen dat aan de zorgverlening een inzichtelijk, uniform systeem van zorgindicatie ten grondslag ligt. Het staat de zorgverzekeraar vrij om zijn administratieve proces zo in te richten als hem noodzakelijk lijkt om de zorg én kosten te beheersen en

verantwoorden. Ook met de verzekerde kan de zorgverzekeraar hiertoe afspraken maken, in de polis: bijvoorbeeld via de voorwaarde van melding of toestemming vooraf voor zorg die in de eigen omgeving geleverd wordt.

***uniformiteit
aandachtspunt***

Een aandachtspunt is nog wel dat de Zvw een private schadeverzekering is die uitgevoerd wordt door zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars zouden alle hun eigen (administratieve) proces kunnen inrichten voor indicatiestelling en verantwoording. Dit zou voor de uitvoering problematisch kunnen zijn. Het genoemde Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg is een voorbeeld van een uniform indicatieprotocol opgesteld door beroepsbeoefenaren dat alle zorgverzekeraars hanteren.

Overigens kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk van de Zvw natuurlijk gebruik maken van de technische informatie uit de beleidsregels AWBZ, maar dan uitgevoerd tegen de achtergrond van de Zvw.

6.c. Conclusie

***indicatie en
zorgvraag
dynamisch geheel***

Binnen de Zvw is de indicatiestelling een onderdeel van het zorgproces. Dit gaat dan ook gelden voor de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dit komt tegemoet aan wensen van de beroepsgroep: een grotere mate van zelfstandigheid binnen de zorgverlening is hiermee mogelijk. De geïntegreerde indicatiestelling geeft ook mogelijkheden om sneller en dynamischer in te spelen op veranderingen in de zorgbehoefte, dan een systeem van indicatiestelling dat los van het zorgproces is georganiseerd. Aan de andere kant blijft er natuurlijk een behoefte bestaan aan beheersing van en inzicht in de inhoud en omvang van de indicatie. Voor de verpleging in de eigen omgeving betekent dit dat een nieuwe balans tussen zelfstandigheid/flexibiliteit en beheersing/verantwoording bereikt moet worden. Zorginhoudelijk draagt het handelen overeenkomstig de eigen richtlijnen en protocollen hieraan bij. Ook de te kiezen bekostigingssystematiek kan de omvang van de te leveren zorg beheersen (zie ook hoofdstuk 8).

7. Persoonsgebonden budget in de Zvw

In de voorgaande hoofdstukken hebben we een vergelijking gemaakt tussen de te verzekeren prestaties Zvw en AWBZ. In dit hoofdstuk vergelijken we de levering van de zorg. In de AWBZ heeft de verzekerde de keuze tussen levering in natura en via een persoonsgebonden budget (PGB). Met dit budget regelt de verzekerde zelf de inkoop en organisatie van de geïndiceerde zorg. Het PGB wordt beschouwd als een belangrijk instrument voor de verzekerde om regie te houden over zijn zorg en daarmee over een belangrijk deel van zijn leven. Het PGB is binnen de AWBZ zo geworteld, dat de verpleging en persoonlijke verzorging in de eigen omgeving binnen de Zvw niet goed denkbaar is zonder een dergelijk instrument. Is een dergelijk instrument mogelijk binnen de Zvw?

PGB past binnen systematiek Zvw

7.a. PGB en restitutieverzekering

Wat zijn de essentiële kenmerken van het PGB en hoe verhouden deze zich tot het systeem van de Zvw? Kort gesteld, verschaft het persoonsgebonden budget de verzekerde een budget om zorg in te kopen en af te rekenen. De hoogte van het budget wordt vastgesteld aan de hand van een voorafgaande indicatiestelling. In de termen van de Zvw betekent dit dat er sprake is van een behoefte aan zorg (de zorg valt onder het te verzekeren risico) en dat de indicatie is vastgesteld (de verzekerde is 'redelijkerwijze aangewezen op'). De verzekerde kiest de zorgaanbieder en betaalt deze; de zorgverzekeraar vergoedt de kosten : in deze zin komt een persoonsgebonden budget overeen met de restitutievariant van de zorgverzekering binnen de Zvw. Bij de uitvoering is nog wel van belang dat het PGB aan de verzekerde verstrekt wordt in de vorm van een voorschot. Dit is mogelijk, omdat het PGB binnen de AWBZ gegoten is in de vorm van een subsidieregeling. Een voorschotverlening is niet gebruikelijk binnen de Zvw, maar is hier ook niet strijdig mee. Uiteindelijk vergoedt de zorgverzekeraar immers aan de verzekerde zorg die onder de zorgverzekering valt en waarvoor de verzekerde geïndiceerd is. De voorschotverlening is een administratieve afhandelingsvorm die de zorgverzekeraar kan kiezen.

Het PGB heeft binnen de AWBZ, zoals gezegd, de vorm van een subsidieregeling. De subsidieregeling regelt ook de nadere voorwaarden, bijvoorbeeld rond administratie en verantwoording van de kosten. Ook administratieve voorwaarden kan een zorgverzekeraar in een polis opnemen.

Zoals we in het vorige hoofdstuk aangaven, kent ook de Zvw een indicatievereiste (artikel 2.1 lid 3 Bzv). De indicatie wordt vertaald naar zorg met een bepaalde inhoud en duur. Deze indicatie kan, net als in de AWBZ, als basis dienen voor de

vaststelling van een budgetbedrag.

7.b. PGB als wettelijk recht

Tot zover de mogelijkheden die de Zvw biedt voor een persoonsgebonden budget of een soortgelijk instrument. Van belang is wel dat de keuze voor natura of PGB binnen de AWBZ voor alle AWBZ-gerechtigden mogelijk is. Artikel 44 van de wet vormt hiervoor de basis:

artikel 44 lid 1 onder b :

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College voor zorgverzekeringen overeenkomstig in die regeling gestelde regels:

(...)

b. subsidies verstrekt om verzekerden de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een aanspraak op grond van deze wet zelf te voorzien in de zorg die zij behoeven.

(...)

wettelijk regelen in AWBZ of ook in Zvw?

Er is sprake van een 'kan'-bepaling, de wetgever kan besluiten om de mogelijkheid niet te geven aan de verzekerde. En er is sprake van een subsidie met een subsidieplafond: het geld kan gaan ontbreken om het recht te verwezenlijken (wat in de praktijk ook gebeurt, zij het dat er dan meestal weer uitzonderingssituaties worden gecreëerd).

Wil er zekerheid bestaan dat alle verzekerden de mogelijkheid krijgen van een PGB binnen de Zvw voor de verpleegkundige zorg (inclusief persoonlijke verzorging) dan zal dit wettelijk vastgelegd moeten worden.³³ Overigens is er ook sprake van om het PGB binnen de AWBZ wettelijk te verankeren (zie: Regeerakkoord VVD- CDA).

zorgverzekeraar biedt ruimte in polis

7.c. Keuzevrijheid - bestedingsvrijheid

De verzekerde heeft binnen het AWBZ-PGB een grote mate van keuzevrijheid wat de zorgaanbieder betreft. De subsidieregeling geeft alleen aan dat het om 'kwalitatief verantwoorde zorg' moet gaan. De Zvw laat echter aan zorgverzekeraars de ruimte, om in de polis zelf te bepalen of er sprake is van een naturaverzekering of een restitutieverzekering. Binnen beide varianten kan de zorgverzekeraar ook weer bepalen hoeveel vrijheid hij de verzekerde wil laten qua keuze van zorgaanbieders. Wil een PGB binnen de Zvw dezelfde speelruimte geven aan de verzekerde, dan zal wettelijk vastgelegd moeten zijn dat een verzekeraar een verzekerde deze mogelijkheid moet geven, ook binnen een naturaverzekering. Ook zal eventueel wettelijk vastgelegd moeten zijn welke keuzevrijheid de verzekerde heeft bij het

³³ De Zvw heeft een dergelijke bepaling gekend, artikel 14a, althans hierin was de mogelijkheid van een PGB binnen neergelegd. Dit artikel is vervallen met ingang van 1 januari 2010.

contracteren van de zorgaanbieders. Overigens zou dit laatste punt misschien ook weer een onderdeel kunnen zijn waarmee een verzekeraar zich kan profileren op de verzekeringsmarkt. Dit zou een overweging kunnen zijn om de keuzevrijheid niet wettelijk vast te leggen.

***meerdere PGB's :
probleem?***

Het PGB wordt in de AWBZ verleend met integrale zorg als uitgangspunt: het budget is de optelsom van alle vormen van zorg waarvoor hij is geïndiceerd (en waarvoor de verzekerde daadwerkelijk een PGB kiest). De budgethouder kan zelf bepalen hoe hij het budget besteedt, dat wil zeggen de uiteindelijke verdeling over de geïndiceerde functies. De vraag is of je deze substitutie formeel moet regelen in de Zvw. Uitgangspunt is in artikel 2.11 Bzv immers 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De uiteindelijke verdeling in verzorging en verpleging is een organisatorische keuze.

Wél kan er een probleem zijn als de verzekerde ook een PGB heeft voor de functie begeleiding. Die valt immers binnen de AWBZ. Daarbij speelt dan wel weer, dat deze functie volgens het regeerakkoord naar de Wmo overgeheveld wordt.

7.d. De hoogte van het PGB onder de Zvw

De vaststelling van het PGB-bedrag is een uitvoeringsvraag. Voorwaarde is dat er duidelijkheid is over de vereiste inhoud en omvang van de zorg: de indicatie. In het vorige hoofdstuk hebben we aangegeven dat ook de Zvw een indicatievereiste kent. Dat het indiceren binnen de Zvw onderdeel is van het zorgproces, wil niet zeggen dat er geen verantwoording nodig is. Het is aan de zorgverzekeraars om uit te werken hoe zij de vertaling van indicatie (in de zin van inhoud en omvang van de zorg) naar persoonsgebonden budget willen vormgeven.

7.e. Uitvoering

***uitvoering complex
en intensief***

Het PGB heeft na zijn introductie een grote vlucht genomen. Dit betekent dat er onvermijdelijk ook de uitvoeringsproblemen zijn. Het gaat soms om relatief grote sommen geld die niet altijd overeenkomstig de subsidievoorwaarden worden ingezet. Binnen een subsidieregeling kunnen eventueel sancties opgenomen worden of bepalingen overwogen worden om na misbruik het budget niet meer toe te kennen. Ook wordt geconstateerd dat niet alle budgethouders geëquipeerd zijn om met een budget om te gaan. Ook een 'instroombeperking' wordt soms overwogen. Vraag is of dergelijke bepalingen sporen met de Zorgverzekeringswet en met een wettelijk recht.

In het algemeen geldt ook dat het PGB wat de uitvoering betreft zeer intensief is. De mate waarin is ook afhankelijk van

de keuze die zorgverzekeraars willen maken tussen bewaken en beheersen enerzijds en vrijheid van handelen voor de verzekerde anderzijds.

7.f. Conclusie

Het persoonsgebonden budget is niet strijdig met het karakter of de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Het PGB stemt in de kern overeen met de restitutievariant van de zorgverzekering. Een PGB binnen de Zvw vergt wel de nodige voorbereiding. Het instrument is met veel uitvoeringstechnische vragen omgeven.

Wil iedere verzekerde binnen de Zvw de mogelijkheid krijgen voor een PGB in verband met 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' dan moet de Zvw hiervoor een wettelijke basis geven. Dit spoort overigens met de voornemens in het Regeerakkoord 2010, om het PGB een wettelijk recht te maken (in plaats van subsidieregeling).

8. De consequenties voor de zorgverzekeraar

8.a. De polis

De Zorgverzekeringswet biedt de basis voor een private schadeverzekerings-overeenkomst. Zoals op alle private schadeverzekeringen zijn hierop de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek van toepassing (zij het dat een aantal expliciet niet van toepassing zijn verklaard: zie artikel 15 Zvw). In de polis zijn de wederzijdse rechten en plichten tussen zorgverzekeraar en verzekerde neergelegd.

***polis werkt
organisatie
verpleegkundige
zorg uit***

De polis werkt de te verzekeren prestaties die de Zvw benoemt uit in verzekerde prestaties. De polis regelt daarnaast tal van administratieve zaken, zoals beëindiging van de verzekering, de premie, betaling enz. Omdat deze verzekering een private overeenkomst is, heeft de zorgverzekeraar een grote vrijheid bij deze uitwerking. De Zorgverzekeringswet kent een functionele systematiek. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' verzekerd is, de te verzekeren prestaties, de zorgverzekeraar kan het 'wie', 'waar' en 'hoe' bepalen. Dit is een belangrijk onderscheid met de AWBZ, die als sociale ziektekostenverzekering een hoog voorzieningenkarakter heeft. De mogelijkheden om een uniforme uitvoering af te dwingen is hierdoor groter dan binnen de Zvw. De beleidsregels AWBZ, vastgesteld door de minister van Volksgezond, Welzijn en Sport, zijn hiervan een voorbeeld.

***uniformiteit op
onderdelen wenselijk***

Voor de levering van de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' 'in verband met geneeskundige zorg' betekent het voorgaande dat de polis een uitwerking geeft van de te verzekeren prestatie en eventueel aangeeft door wie deze zorg geleverd wordt en wat eventuele administratieve voorwaarden etc. zijn. Bij dat laatste kan het gaan aanvraagprocedures, meldingsvereisten enz.

Hoewel de zorgverzekeraar dus een grote mate van uitvoeringsvrijheid heeft, kan het voor de efficiënte uitvoering van de verpleegkundige zorg wenselijk zijn voor verzekeraars om een aantal aspecten uniform te regelen. Daarbij valt te denken aan zaken als de wijze van samenwerken met de huisarts, de indicatiestelling en de beschikbaarheid van (acute) verpleegkundige zorg buiten kantooruren.

8.b. Doelgroepen en kosten

In hoofdstuk 4 hebben we al het een en ander gezegd over de omvang van de doelgroepen voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving.

Voor een inschatting van de omvang van de doelgroepen is het aantal geldende indicatiebesluiten per 1 oktober 2009 als

uitgangspunt genomen. In totaal hadden op dat moment ca. 456.000 personen een indicatiebesluit zonder de functie verblijf in de AWBZ. Welke kosten waren hieraan verbonden in 2009? In 2009 was er al sprake van levering van verpleging thuis op basis van het huidige artikel 2.11 Bzv, namelijk deze zorg in verband met medisch-specialistische zorg, kortweg, de ziekenhuisverplaatste thuiszorg. De kosten van deze zorg zijn voor 2009 recentelijk vastgesteld op een bedrag van nog geen 2 miljoen euro³⁴.

kosten goed in beeld

De kosten voor de functies verpleging en verzorging bedragen op basis van de gegevens van 2009 ca. 501 miljoen euro voor verpleging en ca. 1.6 miljard euro voor persoonlijke verzorging. In totaal dus ca. 2.1 miljard euro. In dit totaal zijn nog niet de PGB-gelden voor verpleging en/of verzorging meegenomen. In totaal wordt ca. 1,9 miljard aan PGB besteed. Het aandeel van de functies verpleging en/of verzorging hierin valt niet exact te bepalen. Hiervoor ontbreken de benodigde gegevens. Een inschatting maken we als volgt.

Een kwart van de totale indicaties is afkomstig van het Bureau Jeugdzorg. We mogen ervan uitgaan dat het in deze gevallen *niet* om verpleging en/of verzorging gaat. Het resterende bedrag is ca. 1.47 miljard euro. Binnen dit totaal is, naar schatting, ongeveer 30 % gemoeid met de functies verpleging en/of verzorging, dat wil zeggen een bedrag van ca. 440 miljoen euro.

In totaal raamt het CVZ de kosten die momenteel (cijfers 2009) gepaard gaan met de functies extramurale verpleging en verzorging binnen de AWBZ op ca. 2.57 miljard euro (jaar). (Deze cijfers behelzen dus niet een prognose van kosten van de extramurale verpleging binnen de Zvw)

Samengevat (in miljoen euro) – VP & PV extramuraal

Z O R G	P G B	K O S T E N
ZORGVERZEKERINGSWET		
Artikel 2.11 Bzv : ziekenhuisverplaatste zorg		2
A W B Z		
functie verpleging AWBZ		501
functie persoonlijke verzorging AWBZ		1.600
PGB - totaal	1.900	
- indicaties Bureau Jeugdzorg	-/ 430	
- functie BG	-/ 1.030	
- totaal PGB functies VP/PV		470
TOTAAL VP – PV 2009		2.573

³⁴ Brief van VWS van 22 juli 2010 aan NZa en CVZ met kenmerk DLZ-U-3009486

8.c. Risicoverevening en de relatie met bekostiging en financiering van de zorg

Hoe moet de zorg op basis van het nieuwe artikel 2.11 Bzv in het domein van de Zorgverzekeringswet bekostigd en gefinancierd worden? En in het verlengde hiervan, wat zijn de consequenties van de herschikking van deze zorg voor de risicoverevening? Om deze prestaties binnen de Zvw te laten functioneren, moet er tijdig een verevenings-model gereed zijn.

A. Bekostiging

Artikel 2.11 Bzv kent geen onderscheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging. Er is één prestatie 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' die verschillende gedaantes kan krijgen, afhankelijk van de zorgbehoefte van de verzekerde. De beide functies verpleging en verzorging komen thans ten laste van de AWBZ. De budgetten per zorgkantorregio behelzen ook deze kosten. In het geval de beide functies een plek krijgen onder de Zvw via artikel 2.11 Bzv, zullen de macrokosten als een eenheid in de financiering van de Zvw moeten worden opgenomen.

***relatie risico-
verevening en
bekostiging geeft
onzekerheid***

De risicoverevening kent een ex ante-budget en een ex post-budget. In het kader van het vaststellen van een ex ante kostenpost per verzekeraar voor hun verzekerdenpopulatie, is het van belang de kenmerken van de verzekerden te kennen die momenteel deze AWBZ functies 'ontvangen'. Het CVZ denkt dat het mogelijk is om met behulp van bestaande registraties vast te stellen wat de kenmerken zijn van de verzekerden als het gaat om verzekeraar, woonplaats en andere kenmerken die relevant zijn voor de uitvoering van de risicoverevening. Op die manier is het mogelijk om de genoemde ex ante-bedragen per verzekeraar vast te stellen.

Een aandachtspunt vormt (de bekostiging van) de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en de relatie van deze zorg met de medisch-specialistische zorg die door middel van DBC's wordt gefinancierd. Momenteel is er veel onduidelijkheid over de vraag hoe deze zorg in de eigen omgeving moet worden bekostigd. Omdat het vaak gaat om zorg die de ligduur in het ziekenhuis bekort, kan de stelling zijn dat de zorg al is opgenomen in het betrokken DBC-tarief. Het toekomstige artikel 2.11 Bzv kent echter geen onderscheid meer tussen zorg in verband met medisch-specialistische zorg en zorg in verband met, bijvoorbeeld, huisartsenzorg. De bepaling gaat immers uit van een gemeenschappelijke noemer 'zorg in verband met geneeskundige zorg'.

***één bekostigings-
titel***

Het CVZ is van mening dat het onwenselijk zou zijn om binnen de bekostiging weer een onderscheid te gaan maken binnen de noemer 'geneeskundige zorg'. Artikel 2.11 Bzv behelst de extramurale zorg. Deze staat qua bekostiging los van de

intramurale zorg op basis van artikel 2.10 Bzv.

Het CVZ stelt daarom voor om tot de (extramurale) te verzekeren prestatie 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in het kader van geneeskundige zorg' (art. 2.11 Bzv) *alles* te rekenen wat in de eigen omgeving van de patiënt plaatsvindt. Dat betekent dat alle zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in een *intramurale* setting van een ziekenhuis op basis van de DBC's gefinancierd wordt en dat alles wat in *de eigen omgeving* plaatsvindt, bekostigd wordt via de nieuwe, exclusief extramurale, te verzekeren prestatie.

Ook in het kader van de risicoverevening is het eenvoudiger de te verzekeren prestatie als een eenheid te beschouwen met een enkelvoudige en éénduidige bekostigingstitel. Naar de mening van het CVZ heeft de voorgestelde oplossing ook uit een oogpunt van beperking van administratieve lasten, de voorkeur.

Deze benadering betekent wel dat het *Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG* gewijzigd moet worden. Artikel 5 van dit besluit geeft aan dat de artikelen 50 tot en met 56 van de WMG niet van toepassing zijn op zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg.

B. Invoeringstraject risicoverevening

In de systematiek van de risicoverevening worden voor de diverse kostenposten per verzekeraar ex ante bedragen bepaald voor hun verzekerdenpopulatie. Dat zal ook voor de kostenpost extramurale verpleging en verzorging moeten gebeuren. Omdat deze kostenpost onder de noemer eerstelijnszorg valt lopen de zorgverzekeraars 100% risico over dit bedrag. Binnen de AWBZ is dat niet het geval.

zorgvuldige implementatie en tijdelijke nacalculatie

Het ex ante vaststellen van een budget per verzekeraar is echter niet voldoende. Het geeft een beginsituatie aan. Omdat bij het definiëren van deze zorg onder de Zvw ook de bekostiging en financiering zal wijzigen, komen er meerdere onzekerheden en oneffenheden in het spel. Om aan het einde van het eerste jaar te kunnen vaststellen hoe de kosten over de verzekeraars zijn verdeeld, is het nodig dat de bekostiging en financiering valt te herleiden naar de individuele verzekerden van een zorgverzekeraar.

De risicoverevening in de Zvw impliceert een (ex post) inzicht in de totaalkosten voor de verzekerden van een verzekeraar. Dat stelt eisen aan de bekostiging en financiering van deze zorg. Het CVZ kan zich voorstellen dat, gezien de aard van de zorg en de relatie met de eerstelijnszorg, voor een op de populatie gerichte bekostiging en financiering van de zorg,

wordt gekozen, een population based budget.

In verband met de onzekerheden zoals hiervoor omschreven, kan het CVZ zich tevens voorstellen, dat voor één of enkele jaren, een traject van beperkte nacalculatie voor de lasten van deze zorg wordt gekozen. Een tijdelijke vorm van beperkte nacalculatie kan bijdragen aan het reduceren van onzekerheden die de 'herschikking' van deze zorg gecombineerd met een nieuwe bekostigings- en financieringssystematiek hiervoor met zich meebrengt.

9. De verdeling van werkgevers- en werknemerslasten in de zorgverzekeringen

Bij het herschikken van verpleging en persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ in de Zvw, zullen de macrolasten die met deze zorg gepaard gaan, binnen het budgettair kader van de Zvw gebracht worden. Dat brengt een verandering in de verdeling van lasten met zich mee. De AWBZ kent een andere financiering dan de Zvw. Bij die laatste is de werkgever ook in beeld, bij de AWBZ is dat niet het geval. Het CVZ heeft daarom twee scenario's doorgerekend en beschrijft die in deze paragraaf.

Het CVZ heeft de volgende uitgangspunten gehanteerd bij de bepaling van de financieringsconsequenties. Het gaat om ca 2,56 miljard euro zorgkosten.

Op basis van het jaarverslag CAK werd in 2009 63 miljoen euro aan eigen bijdragen over deze zorgkosten in rekening gebracht. In het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten wordt 30% van dat bedrag, ca. 19 miljoen euro gecompenseerd. De financieringsconsequenties zijn berekend op basis van de begroting 2010. Daarbij zijn twee scenario's doorgerekend.

twee scenario's met hoofdlijnen verdeling

In beide scenario's wordt het bedrag van 2,56 miljard 'overgeheveld' van de AWBZ naar de Zvw en worden de AWBZ-inkomsten aan eigen bijdragen met 63 miljoen euro verlaagd. Vervolgens worden de bijdrage in de kosten van heffingskortingen (BIKK) en de inkomensafhankelijke premie zodanig procentueel verlaagd dat het verwachte exploitatieresultaat weer gelijk wordt aan het bedrag uit de begroting 2010. Dit leidt tot een verlaging van de inkomensafhankelijke premie van 12,15% naar 10,60% en een verlaging van de BIKK van ruim 615 miljoen euro.³⁵

Scenario 1 voor de Zvw: handhaving financieringsverhouding 50% nominaal en 50% inkomensafhankelijk

In scenario 1 wordt de kostenstijging voor de Zvw van 2,56 miljard gelijkelijk verdeeld over de nominale premie-inkomsten en de inkomensafhankelijke bijdragen. Dit leidt tot een stijging van de nominale premie per nominaal premieplichtige verzekerde van ca. 100 euro per jaar en een verhoging van de inkomensafhankelijke bijdragepercentages van 7,05% naar 7,60% en van 4,95% naar 5,30%.

Onder dit scenario daalt het inkomensafhankelijke aandeel in de financiering van het totaal van de AWBZ en de Zvw van 71,0% naar 69,0%, ofwel stijgt het nominale aandeel in de financiering van 29,0% naar 31,0%.

³⁵ In het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ overigens aangegeven dat de gehele eigenbijdragesystematiek eens zou moeten worden doorgelicht op onderbouwing, samenhang en uniformiteit.

In dit scenario is verondersteld dat de herschikking van de verpleging en verzorging zonder verblijf van de AWBZ naar de Zvw verwaarloosbare effecten heeft op de opbrengsten van het verplicht eigen risico Zvw vanwege de veronderstelling dat de betrokken al het maximum verplicht eigen risico verschuldigd zijn. Op basis van dezelfde veronderstelling zal het bedrag voor de compensatie van het eigen risico Zvw ongewijzigd blijven

Scenario 2: handhaving van de financieringsverhouding nominaal - inkomensafhankelijk voor het totaal van de AWBZ en Zvw

In scenario 2 worden de nominale (reken)premie en de inkomensafhankelijke bijdragen Zvw zodanig vastgesteld dat de financieringsverhouding nominaal - inkomensafhankelijk voor het totaal van de AWBZ en Zvw onveranderd blijft. Dit resulteert in een verwachte nominale premie van 988 euro, 5 euro hoger dan de oorspronkelijke nominale premie. Dit verschil dient ter dekking van het verlies aan eigen bijdragen. De inkomensafhankelijke bijdragepercentages komen in dit scenario uit op 8,10% (in plaats van huidige 7,05%) en 5,65% (in plaats van huidige 4,95%). Consequentie van deze verschuiving is dat de verhouding nominaal - inkomensafhankelijk verschuift van 50% : 50% naar 47% : 53%.

**veronderstellingen
bij scenario's**

In beide scenario's is verondersteld dat er geen eigen bijdragen in de Zvw wordt ingevoerd. Het is op zich wel mogelijk de eigen bijdrage systematiek zoals deze nu in de AWBZ geldt, ook in de Zvw toe te passen. Vanwege de inkomensgerelateerdheid en het voorkomen van ongewenste cumulaties, ligt het dan wel voor de hand de heffing van de eigen bijdragen aan het CAK op te dragen. In het geval van handhaving van de eigen bijdragesystematiek maar dan onder de Zvw ligt het overigens ook voor de hand dat de uitkering van 19 miljoen euro op grond van van de Wtcg gehandhaafd blijft.

Zoals hierboven aangegeven zal de verschuiving, zonder nadere maatregelen, leiden tot een daling van de uitkering in het kader van de Wtcg van ca. 21 miljoen euro.

Daarnaast zal de verschuiving naar de Zvw kunnen leiden tot hogere uitkeringen aan zorgtoeslagen. Deze kunnen in beide scenario's verschillen maar zijn door het CVZ niet nader becijferd.

In deze paragraaf kwamen de volgende aspecten aan de orde:

- De verhouding inkomensafhankelijke financiering – nominale financiering in de Zvw
- De verhouding inkomensafhankelijke financiering – nominale financiering in het totaal van de Zvw en de AWBZ
- De handhaving of beëindiging van de eigen bijdrage voor verzorging en verpleging zonder verblijf

***verkenning niet
uitputtend***

Het hoort niet tot de taak van het CVZ aanbevelingen ten aanzien van de financiering te doen. Het CVZ rekent het wel tot zijn taak inzicht te geven in de consequenties van de mogelijke financieringsoplossingen. Daartoe heeft het CVZ deze scenario's uitgewerkt. Dit is zeker geen uitputtende verkenning, maar geeft wel inzicht in de effecten van verschillende financieringsoplossingen.

10. Reacties geconsulteerde partijen

Hierna geven we, op hoofdlijnen, een overzicht van de inhoud van de reacties die wij ontvingen op het concept-rapport.

10.a. Algemeen

De reacties zijn positief over de intentie en hoofdlijn van het rapport :

hoofdlijnen positief ontvangen

- verpleging in de eigen omgeving valt onder de Zvw om samenhang te creëren met andere eerstelijnszorg;
- 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' omvat, in AWBZ-termen, de functie verpleging en de functie persoonlijke verzorging;
- zelfstandigheid en ruimte bieden voor de professionele ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep met het oog op doelmatige, patiëntgerichte zorg.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geven expliciet aan, een reactie op dit rapport prematuur te vinden omdat de voorstellen van het CVZ niet op alle punten stroken met de hoofdlijnen van het Regeerakkoord 2010. ZN wil dergelijke voorstellen bij voorkeur beschouwen in samenhang met een discussie over de toekomst van de AWBZ. Dit neemt niet weg dat het CVZ ook een aantal reacties ontving van individuele zorgverzekeraars die inhoudelijk ingingen op het concept-rapport. Hun reacties zijn vervat in onze samenvatting hierna.

De reacties hebben niet geleid tot een aanpassing van de gedachtegang in het concept-rapport. Hierna geven we aan op welke punten het rapport verduidelijking of aanvulling vergde.

10.b. 'In verband met geneeskundige zorg'

Uit de reacties blijkt dat de voorgestelde formulering in artikel 2.11 Bzv, de zinsnede 'in verband met geneeskundige zorg', tot vragen kan leiden.

is alles 'in verband met geneeskundige zorg'?

Onder andere de NPCF, de NZa en Actiz wijzen op het volgende. Het CVZ stelt dat ook de extramurale verpleging voor groepen als ouderen en verstandelijk gehandicapten onder de werking van artikel 2.11 Bzv kan vallen. Hierbij kan de nadruk op persoonlijk verzorging liggen en is het verband met geneeskundige zorg niet (continu) duidelijk. Het CVZ stelt in dit rapport een pragmatische oplossing voor die nieuwe afbakeningsproblemen voorkomt en die de wens tot een verpleegkundig oog op de achtergrond (ook bij persoonlijke verzorging) onderkent. Het verpleegkundig oog is noodzakelijk, om te kunnen inschatten wanneer opschaling van zorg nodig is. Deze benadering sluit aan bij het belang van een signaleringsfunctie voor 'kwetsbare' ouderen, zoals de KNMG die beschrijft in haar standpunt *Sterke medische zorg*

voor kwetsbare ouderen.

‘In verband met geneeskundige zorg’ is de formele kapstok waaraan de ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ is opgehangen binnen de Zvw. Deze formele kapstok hoeft niet tot onnodige medicalisering te leiden. Intentie is juist de verzekerde zoveel mogelijk te ondersteunen bij (het hernemen) van zelfzorg, zelfredzaamheid en eigen regie, om hem in staat te stellen in de eigen omgeving te blijven (eventueel met ondersteuning daar waar nodig is).

verpleging en persoonlijke verzorging niet scheiden

Het CVZ stelt *niet* voor een functie verpleging én een functie persoonlijke verzorging te introduceren binnen de Zvw. Het onderscheid in deze functies is een constructie binnen de AWBZ. De Zvw gaat uit van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’. Dit begrip omvat een breed spectrum aan activiteiten dat zich uitstrekt van ADL-ondersteuning tot specialistische verpleging. De regelgeving benadert deze zorg als een continuüm waaruit geput wordt afhankelijk van de zorgvraag.

Het CVZ wil evenmin de verpleegkundige introduceren binnen de regelgeving. De regelgeving omschrijft zorg en maakt hierbij geen onderscheid naar functionarissen. Wie de zorg gaat verlenen, is een vraag waar de regelgeving geen antwoord op geeft. De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar die in overleg met zorgaanbieders en verzekerden besluit welke functionaris ingezet wordt (mits ‘bevoegd en bekwaam’).

onderscheid kort- en langdurende zorg niet relevant

In verband met de reactie van Agis wil het CVZ het volgende benadrukken. Het CVZ stelt in dit rapport niet kortdurende (verpleegkundige) zorg binnen de Zvw tegenover langdurende (verpleegkundige) zorg in de AWBZ. De periode waarbinnen deze zorg wordt verleend is irrelevant binnen het beoogde artikel 2.11 Bzv. Het beoogde artikel 2.11 Bzv verandert ook niets aan de beschikbare zorg binnen de AWBZ. Het CVZ-rapport gaat ervan uit dat alle functies beschikbaar blijven binnen de AWBZ, om de zorg, kort- of langdurend, integraal te kunnen leveren.

10.c. Scheidslijn bij ‘feitelijk verblijf’ en de ontwikkelingen rond het scheiden van wonen en zorg

Wat ‘verpleging in de eigen omgeving’ betreft, legt het CVZ de scheidslijn tussen AWBZ en Zvw bij het feitelijk verblijf in een instelling. Het CIZ wijst er terecht op dat deze scheidslijn alleen goed kan functioneren als de indicatie hiervoor op een objectieve, toetsbare manier gesteld kan worden. Het systeem moet perverse prikkels vermijden die de indicatie kunnen beïnvloeden : bijvoorbeeld een mogelijk belang van de verzekeraar bij ‘intramurale opname’ die zou kunnen strijden

met de wensen en mogelijkheden van de verzekerde. Een indicatie voor verblijf moet aangeven, dat de verzekerde, gegeven zijn beperkingen en omstandigheden, niet in staat is om in zijn eigen omgeving te blijven functioneren. Het voorstel van het CVZ gaat dus uit van een duidelijke tweedeling 'eigen omgeving – verblijf in een instelling', waarbij de eigen omgeving wel vele vormen kan aannemen.

***begrip eigen
omgeving kan
evolueren***

Onder andere Agis en CZ maken opmerkingen over de reikwijdte van de eigen omgeving. Intensivering van de samenhangende eerstelijnszorg, onder andere via 'de verpleging in de eigen omgeving', kan er immers toe leiden dat steeds meer cliënten die nu feitelijk verblijven in een instelling in de toekomst in de eigen omgeving kunnen blijven wonen (eventueel binnen constructies als geclusterd wonen). Een voortschrijdende scheiding van wonen en zorg kan hiervan het gevolg zijn. Dit kan betekenen dat groepen die, in het voorstel van het CVZ, nu nog zorg op basis van de AWBZ krijgen, deze zorg dan op basis van de Zvw krijgen. Welke groepen dat precies zijn, valt nu nog niet goed te bezien. Het CVZ gaat ervan uit dat er altijd een groep verzekerden zal blijven voor wie het scheiden van wonen en zorg niet haalbaar is, gezien de inhoud en omvang van hun beperkingen en daarmee samenhangende zorgbehoefte. Ook andere overwegingen kunnen overigens bij feitelijk verblijf nog een rol spelen. Verblijf kan immers ook geïndiceerd zijn vanwege een behoefte aan (continu) toezicht, een therapeutisch leefklimaat of beschermde woonomgeving.

10.d. 'Begeleiding'

***begrip begeleiding
voor meerdere
uitleggen vatbaar***

Uit de reacties blijkt dat het begrip begeleiding tot veel verwarring kan leiden, lees bijvoorbeeld de reactie van de V&VN en CZ. In de praktijk wordt het begrip in verschillende betekenissen gebezigd. Het kan verwijzen naar de functie begeleiding binnen de AWBZ. Het kan ook gebruikt worden als onderdeel van de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Wij denken dan bijvoorbeeld aan de begeleiding bij het ziekte- en zorgproces aan de cliënt en zijn omgeving. Deze moet duidelijk onderscheiden worden van begeleiding die meer gericht is op maatschappelijke participatie e.d. In het rapport hebben we het begrip toegelicht en dit onderscheid verduidelijkt.

10.e. Verpleegkundig specialist

In het rapport gaat het CVZ in op de plek van de verpleegkundig specialist binnen de regelgeving, naar aanleiding van een opmerking hierover van de V&VN..

Voorzover nu te overzien, behoeven de activiteiten van de verpleegkundig specialist geen introductie binnen de

regelgeving. Zij kunnen namelijk hetzij onder artikel 2.4 Bzv, 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'vallen, hetzij onder artikel 2.11 Bzv, 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

10.f. Uitvoering

In een aantal reacties komen opmerkingen aan de orde die betrekking hebben op het vervolgtraject na besluitvorming. Bijvoorbeeld als het gaat om de werkzaamheden die de beroepsgroep moet uitvoeren, om het professionele handelen op het gewenste niveau te brengen en te houden. Denk aan het vastleggen van richtlijnen, standaarden en samenwerkingsrelaties in bijzondere situaties. Het CVZ heeft verschillende punten al aangeroerd in het rapport, maar in de praktijk zullen er ongetwijfeld nog meer naar boven komen.

zorgvuldig implementeren

Ook de implementatie van de risicovereeniging komt aan de orde. Het CVZ realiseert zich terdege dat dit zorgvuldig begeleid moet worden. Enkele reacties vragen nadrukkelijk aandacht voor mogelijke problemen rond de risicovereeniging, vooral de vraag of voldoende kenmerken van verzekerden bekend zijn om een adequate ex-ante overeeniging vast te stellen. Het CVZ onderkent de onzekerheden rond de risicovereeniging. Daarom heeft het ook een gewenningsperiode of een periode van tijdelijke nacalculatie voorgesteld. De vormgeving van de risicovereeniging is ook afhankelijk van de bekostigingssystematiek die gekozen wordt voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving. Het CVZ gaat uit van één financieringstitel voor de extramurale prestaties vervat in het beoogde artikel 2.11 Bzv. Deze benadering spoort niet met de bekostiging van het huidige artikel 2.11 Bzv die sommige verzekeraars bij ziekenhuizen inkopen als medisch-specialistische zorg thuis.

uitkomsten zorg : zorgverzekeraar en zorgaanbieder aan zet

Sommige reacties geven aan dat het CVZ uitkomstindicatoren moet aangeven voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving, bijvoorbeeld de NPCF. Het CVZ meent dat zorgverzekeraars en aanbieders van zorg tijd nodig hebben, om een goed inkoopproces voor te bereiden. Het ontwikkelen van uitkomstmaten hoort daar zeker bij. Het is echter niet aan het CVZ om deze te benoemen. Het CVZ bakent in dit rapport 'de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving' af die ten laste van Zvw geleverd kan worden. 'Uitkomstmaten' van de zorg spreekt de zorgverzekeraar af met de zorgaanbieder(s) bij de contractering van de zorg.

10.g. Extramurale behandeling

De NZa geeft nog aan dat het voor de hand ligt om te bezien of de extramurale behandeling binnen de AWBZ ook binnen de Zvw past, zodra verpleging en verzorging onder het Zvw-

regiem zou vallen. Het CVZ onderschrijft deze constatering. Als de voorstellen uit dit rapport rond verpleging 'in de wijk' uitgevoerd worden, zal het CVZ zich tijdig buigen over de consequenties voor de extramurale behandeling.

11. Advies Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft het concept-rapport besproken in haar vergadering van 3 december 2010. De ACP kwam tot het volgende advies.

De commissie onderschrijft de inhoudelijke doelstelling van het rapport, namelijk :

- mogelijkheden creëren tot het leveren van integrale zorg in de eigen omgeving die aansluit bij de zorgvraag van de patiënt;
- herstel van de wijkverpleegkundige functie;
- ruimte geven aan de professionele zelfstandigheid van de verpleegkundige beroepsgroep (indicatiestelling onderdeel van de zorg) met het oog op patiëntgerichte en doelmatige zorg.

1.

De ACP wijst erop dat een wijziging van de regelgeving noodzakelijk is, om deze doelstelling te verwezenlijken, maar ook dat adequate regelgeving alleen niet voldoende is hiervoor. Het gaat om een ingrijpende wijziging die veel voorbereiding vergt. Ook het zorgaanbod moet zich organisatorisch voorbereiden op deze wijziging.

2.

De commissie kan zich voorstellen dat de integraliteit van zorg binnen de verpleegkundige/verzorgende beroepsgroep makkelijker te borgen is dan de integraliteit van zorg waarbij verschillende beroepsgroepen betrokken zijn (bijvoorbeeld huisarts en verpleegkundige). De uitkomsten van verschillende experimenten (ZonMw – 'Zichtbare Schakel') en de ervaringen van Buurtzorg zijn hoopgevend op dit punt, maar een brede ontwikkeling hiervan zal zeker nog de inzet van zorgverzekeraars én zorgaanbieders vergen.

3.

De commissie vraagt verder aandacht voor de afbakening tussen Zwv-zorg enerzijds en AWBZ-zorg en Wmo-prestaties anderzijds. Het systeem moet waarborgen dat geen afwenteling tussen domeinen plaatsvindt.

De ACP adviseert om het rapport uit te brengen.

12. Conclusies

In dit rapport heeft het CVZ beschreven hoe de zorgvraag en het zorgaanbod in de eigen omgeving van de verzekerde zich ontwikkelen en welke rol de verpleegkundige (zorg) kan spelen bij het antwoord van de eerstelijnszorg hierop. Noties als samenhangende en integrale zorg voor chronisch zieken en ouderen in de eigen omgeving, de nadruk op preventie en zelfmanagement spelen hierbij een rol, evenals de ontwikkeling en te herwinnen zelfstandigheid van de verpleegkundige beroepsgroep. Ook sluit dit rapport aan bij een roep om de terugkeer van verpleegkundige functie in de wijk.

Mede gelet op het advies van de Adviescommissie Pakket, zoals verwoord in hoofdstuk 11, concludeert het CVZ het volgende.

nieuwe 'kapstok' in Bzv

Wat de regelgeving betreft, meent het CVZ dat deze doelstellingen relatief eenvoudig te verwezenlijken zijn. Het CVZ stelt de volgende aanpassing van artikel 2.11 Bzv voor:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' omvat de AWBZ-functies verpleging en persoonlijke verzorging en, onder andere, activiteiten als coördineren, regisseren van zorg, het ondersteunen van zelfmanagement.

beroepsgroep en ruimte voor professionele ontwikkeling

Deze plek voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving binnen de eigen omgeving kan de verdere ontwikkeling van het verpleegkundig beroep stimuleren. Voor de uitvoering van de zorg (bijvoorbeeld ook de indicatiestelling) is het verder ontwikkelen van verpleegkundige standaarden en protocollen een belangrijke voorwaarde.

VP en PV blijven beschikbaar in AWBZ

De voorstellen betekenen niet dat de functies verpleging en persoonlijke verzorging uit de AWBZ geschrapt worden. De scheidslijn die we voorstellen voor afbakening tussen Zvw en AWBZ op dit punt, is de feitelijke verblijfssituatie op basis van de AWBZ. Dit betekent in de praktijk dat deze functies beschikbaar moeten blijven voor verzekerden in instellingen, verzorgingshuizen en andere beschutte/begeleide/ beschermde woonomgevingen.

Om in de regelgeving deze afbakening tot uiting te laten komen, zou aan artikel 2.11 Bzv een clause toegevoegd

kunnen worden met de volgende strekking:

De zorg bedoeld in het eerste lid is niet van toepassing wanneer er sprake is van een verblijf op basis van de AWBZ.

In het rapport gaat het CVZ ook in op een aantal uitvoeringstechnische zaken:

- een persoonsgebonden budget binnen de Zvw;
- een adequate bekostiging en financiering;
- risicoverevening;
- verdeling werkgevers-/werknemerslasten;
- voorwaarden op het gebied van de uitvoering, bijvoorbeeld een systeem voor indicatiestelling.

***instrument PGB
past binnen Zvw***

Volgens het CVZ past een PGB binnen de systematiek van de Zvw. De uitvoering hiervan is een volgende stap die de nodige voorbereiding zal vergen. De uitvoering hiervan kan ook erg arbeidsintensief zijn. Het PGB in de AWBZ heeft de vorm van een subsidieregeling. Het Regeerakkoord 2010 spreekt van een wettelijke verankering van het PGB. Dit zou ook voor een PGB binnen de Zvw kunnen gelden.

***bekostiging en
financiering***

De NZa besluit over de bekostiging- en financierings-systematiek voor de zorg die binnen artikel 2.11 Bzv past. Het CVZ meent dat artikel 2.11 Bzv als een zelfstandige prestatie bekostigd moet worden en dat deze bekostiging zoveel mogelijk moet aansluiten bij de bekostiging van andere eerstelijnszorg.

risicoverevening

De risicogegevens die beschikbaar zijn via bestaande registraties zoals het AZR maken de berekening van de ex ante-*risicoverevening* per zorgverzekeraar mogelijk. Omdat de *risicoverevening* ook afhangt van de nieuw te ontwikkelen bekostigingssystematiek pleit het CVZ voor een gewenningsperiode of tijdelijke *nacalculatie*. Dit geldt temeer omdat er nu geen sprake is van een dergelijk risico voor deze zorg binnen de AWBZ.

***werkgevers-/
werknemerslasten***

Tenslotte presenteert het CVZ twee scenario's voor de verdeling van de werkgevers- en werknemerslasten binnen Zvw en AWBZ als gevolg van de *herschikking* van deze zorg.

***ontwikkeling
beroepsgroep***

Belangrijk voor een adequate uitvoering is ook dat de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep klaar is om de zorg te gaan leveren en dat ook het zorgaanbod zich zo organiseert dat ze deze zorg in samenhang kan gaan leveren. De beroepsgroep heeft al lang aangegeven te streven naar meer zelfstandigheid en meer professionele ontwikkeling. Het realiseren hiervan vergt voor de beroepsgroep wel voorbereiding. De beroepsgroep gaf het zelf ook al aan in hun beleidsplan voor de komende jaren, nadrukkelijk aandacht te willen schenken aan het ontwikkelen van inhoud en kwaliteit van de zorgverlening, onder andere via beschrijving van

taakgebieden, competenties en opleidingseisen, de ontwikkeling van richtlijnen en prestatie-indicatoren.

***impuls voor eerste-
lijnszorg***

Het CVZ denkt dat de verankering van de verpleging in de eigen omgeving in de Zvw de zorg in de eerste lijn een impuls kan geven. Implementatie van het nieuwe artikel 2.11 Bzv zal nog wel het nodige voorwerk vereisen. Het lijkt het CVZ goed hier de komende jaren in te investeren.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/rapporten.

Rapport

Pakketadvies 2011

Bijlage 5 overzicht Standpunten, deel 1

Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer 296-b

Uitgave

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

Volgnummer

2011030108

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

Marianne den Haan en Johan de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 05 / 797 87 97

Bijlage 5

Overzicht standpunten: (deels) te verzekeren zorg

		Pag.nr.
13.	Aanvraag MRI door een huisarts in de Zvw 19 april 2010	231
14.	Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering 31 mei 2010	243
15.	Preïmplantatie Genetische Diagnostiek (PGD) met exclusietest bij de ziekte van Huntington 30 augustus 2010	261
16.	Proefplaatsing CPAP 20 september 2010	285
17.	Endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices 25 oktober 2010	295
18.	Continue glucose monitoring 1 november 2010	305
19.	Hulpmiddelen voor Airstacken 25 november 2010	327
20.	Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten 25 november 2010	345
21.	Multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering 20 december 2010	379
22.	Autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het kniegewricht 28 februari 2011	395
23.	Casemanagement 25 maart 2011	437
24.	Van grondslagen naar cliëntprofielen 1 november 2010	483

Aanvraag MRI door een huisarts in de Zorgverzekeringswet

Uitgave

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

Volgnummer

2010038060

Afdeling

Zorg Advies

Auteur

mw. mr. B. Blekkenhorst

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 42

Bestellingen

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

Samenvatting

MRI	Een MRI is een diagnostisch instrument en wordt veelal toegepast in ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en commerciële instellingen die MRI's aanbieden. De beoordeling van een MRI valt onder verantwoordelijkheid van een radioloog (medisch-specialist).
Stand wetenschap en praktijk	In zijn algemeenheid voldoet een MRI als diagnostisch instrument bij indicaties, zoals vermeld richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep, naar het oordeel van het CVZ aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
Plegen te bieden-criterium	Een huisarts zal niet direct een MRI aanvragen als diagnostisch instrument. In de richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep staat omschreven voor welke indicaties een MRI doelmatig is als diagnostisch instrument. Indien een MRI wordt aangevraagd door een huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen, behoort dit tot het zorgarsenaal van de huisarts. De aanvraag voor een MRI door een huisarts in voorgeschreven situaties is zorg zoals huisartsen plegen te bieden.
Geneeskundige zorg	Nu een MRI als diagnostisch instrument bij voorgeschreven indicaties voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en in voorgeschreven gevallen kan worden aangemerkt als zorg zoals huisartsen plegen te bieden, is het, indien is voldaan aan de voorwaarde dat dit is omschreven in de richtlijnen en standaarden, een te verzekeren prestatie (geneeskundige zorg) zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet.
Modelovereenkomst	Zorgverzekeraars zijn verplicht alle te verzekeren prestaties op te nemen in hun modelovereenkomst. Uitsluiting van een MRI die is aangevraagd door de huisarts is niet mogelijk. Dit is in strijd met de poortwachtersfunctie van de huisarts die is gewaarborgd in artikel 14, tweede lid van de Zorgverzekeringswet.
Poortwachtersfunctie huisarts	Het is niet de bedoeling van de wetgever geweest deze poortwachtersfunctie van de huisarts te beperken tot louter formeel toegang verlenen tot de tweedelijnszorg. Uit de parlementaire behandeling van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering blijkt dat de rol van de huisarts verder gaat; hij beziet welke zorg in de eerste lijn kan plaatsvinden en welke zorg een behandeling in de tweede lijn nodig heeft. Hiertoe moet een MRI als diagnostisch instrument in bepaalde gevallen tot zijn beschikking staan. Zorgverzekeraars hebben contracteervrijheid en zijn niet verplicht met elke instelling die MRI's uitvoert, contracten af te sluiten.

***Contracteer-
vrijheid***

Zorgverzekeraars die naturapolissen aanbieden moeten wel voldoende zorg contracteren om ervoor te zorgen dat de toegang tot de zorg voor hun verzekerden niet wordt belemmerd.

1. Inleiding

MRI	Een MRI (Magnetic Resonance Imaging) oftewel een magneet-scan, is een beeldvormende techniek die gebruik maakt van een magnetisch veld en radiogolven. Met behulp van een computer worden afbeeldingen gemaakt van anatomische weefsels. MRI wordt veel toegepast voor de beeldvorming van hersenen en de wervelkolom, maar ook van andere weefsels zoals botten, banden, pezen en spieren (bijvoorbeeld gewrichten). Een MRI kan plaatsvinden in een ziekenhuis, maar ook in een zelfstandig behandelcentrum of een commerciële instelling. De uitvoering vindt altijd plaats onder verantwoordelijkheid van een radioloog.
Diagnostisch instrument: stand wetenschap en praktijk	In zijn algemeenheid voldoet een MRI als diagnostisch instrument bij indicaties, zoals vermeld in richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen (huisarts, medisch-specialist), naar het oordeel van het CVZ aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
Aanvraag medisch-specialist	Een MRI vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een radioloog. Deze handeling valt onder zorg zoals medisch-specialisten (een radioloog is een medisch-specialist) die plegen te bieden.
Aanvraag huisarts	Volgens de NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen behoort het aanvragen van een MRI door de huisarts bij daarin omschreven indicaties tot zijn zorgarsenaal. De MRI behoort ook tot het zorgarsenaal van de medisch-specialist. De domeinen van de huisarts en de medisch-specialist overlappen elkaar op dit punt.
Verwijzing medisch-specialistische zorg/MRI	Een huisarts kan een verzekerde voor behandeling <i>verwijzen</i> naar een tweedelijnszorgaanbieder. Deze neemt de behandeling dan in principe over. In het kader van een medisch-specialistisch onderzoek kan een MRI gemaakt worden. Dit betekent dat de medisch-specialist de gegevens die uit de MRI naar voren komen, interpreteert en de behandeling daar op afstemt.
Aanvraag MRI door huisarts	Dit standpunt gaat over een andere situatie, namelijk wanneer de huisarts de verzekerde blijft behandelen en zelf een MRI <i>aanvraagt</i> bij een radioloog. Dit houdt in dat de huisarts een aanvraag schrijft, de radioloog de gegevens van de MRI afleest en de huisarts een beschrijving van de MRI terugkrijgt. Met deze gegevens kan hij zelf een behandelplan opstellen. De huisarts verwijst de verzekerde dan niet door voor behandeling, maar laat (een deel van) de diagnostiek door anderen uitvoeren en gebruikt de resultaten van de diagnostiek voor het stellen van een diagnose en het bepalen van de behandeling. De verantwoordelijkheid voor de interpretatie van diagnostieka en de behandeling worden in dit geval niet uit handen

gegeven.

<i>Aanleiding standpunt</i>	In het kader van de beoordeling van de jaarlijkse modelovereenkomsten die zorgverzekeraars hun verzekerden aanbieden, is het het CVZ opgevallen dat een aantal zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst vermeldden dat een MRI slechts gemaakt kan worden na verwijzing door een medisch-specialist. Zorgverzekeraars beargumenteren dit door te stellen dat een MRI die door een huisarts wordt aangevraagd, niet voor vergoeding uit de zogenoemde basisverzekering in aanmerking komt. In dit standpunt verduidelijkt het CVZ dat een MRI op aanvraag van een huisarts bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden onder de te verzekeren prestaties valt in het kader van de Zorgverzekeringswet.
<i>Leeswijzer</i>	In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op het systeem van de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 3 wordt het standpunt uiteengezet. Hoofdstuk 4 betreft de consequenties van dit standpunt en tenslotte wordt in hoofdstuk 5 de datum van vaststelling van het standpunt vermeld.

2. Beoordeling standpunt Zorgverzekeringswet

	<i>2.a Wet- en regelgeving</i>
<i>Te verzekeren risico's/prestaties</i>	Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerde moet worden in een zorgverzekering. Artikel 11, derde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van besluit is het Besluit zorgverzekering.
<i>Geneeskundige zorg</i>	Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat de zorg zoals o.a. huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden.
<i>Stand wetenschap en praktijk</i>	Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
<i>Redelijkerwijs aangewezen</i>	Artikel 2.1, derde lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is

aangewezen.

**Verwijzing
medisch-
specialistische zorg**

Artikel 14, tweede lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat elke zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst moet opnemen dat voor geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, een verwijzing van in ieder geval de huisarts noodzakelijk is.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Artikel 13, eerste en tweede lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat een verzekerde die zijn zorg dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en deze zorg betreft van een andere zorgaanbieder, slechts recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen, en in de modelovereenkomst opgenomen, vergoeding van de kosten.

Functioneel omschreven prestaties

2.b Plegen te bieden

In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden. Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Bij het plegen te bieden-criterium gaat het – kort gezegd – om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Richtlijnen en standaarden

Om vast te stellen wat de beroepsgroep tot het aanvaarde zorgarsenaal rekent, gaat het CVZ te rade bij de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep.

Werkwijze CVZ: rapport 7-11-2008

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of sprake is van zorg die pleegt te worden geboden, verwijst het CVZ naar zijn rapport *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*. (CVZ 2008, 268)

3. Standpunt

3.a Te verzekeren prestatie	
Diagnostiek	Een huisarts zal niet snel een MRI aanvragen om een diagnose te kunnen stellen. Het ligt voor de hand dat eerst andere, minder ingrijpende en minder dure middelen worden aangewend.
Stand wetenschap en praktijk	In zijn algemeenheid voldoet een MRI als diagnostisch middel bij de indicaties zoals gesteld in richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen naar het oordeel van het CVZ aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
Geneeskundige zorg	De <i>uitvoering</i> van een MRI behoort tot de zorg zoals een medisch-specialist die pleegt te bieden. Het CVZ is van mening dat de <i>aanvraag van een huisarts</i> voor een MRI bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep, behoort tot het aanvaarde zorgarsenaal van huisartsen en dat dit zorg is zoals huisartsen plegen te bieden. Daarmee behoort het aanvragen van de diagnostiek en het gebruikmaken van de resultaten ervan, indien is voldaan aan de voorwaarde dat dit is omschreven in de richtlijnen en standaarden, tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.
3.b Modelovereenkomsten	
Beoordeling modelovereenkomsten	Het CVZ heeft tijdens de beoordeling van de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars al eens uitgesproken dat de bepaling dat een MRI slechts op verwijzing van een medisch-specialist gemaakt kan worden, een ongewenste beperking inhoudt van de verwijzingsbevoegdheid van de huisarts. Hieronder zet het CVZ uiteen hoe het tot dit standpunt is gekomen.
MRI op aanvraag huisarts	De wetgever bepaalt <i>welke</i> te verzekeren prestaties in ieder geval door zorgverzekeraars in de polissen als verzekerde prestaties aan hun verzekerden moeten worden aangeboden. De functiegerichte omschrijving geeft de zorgverzekeraar de ruimte om in zijn modelovereenkomst te bepalen <i>wie</i> deze zorg moet verlenen en <i>waar</i> deze zorg moet worden verleend. Gelet op het bovenstaande, zou een zorgverzekeraar kunnen bepalen dat een MRI slechts mag plaatsvinden op verwijzing van een medisch-specialist. De betreffende medisch-specialist interpreteert dan zelf de gegevens die uit de MRI naar voren komen en stelt een behandelplan op. Hooguit wordt de verzekerde teruggestuurd naar zijn huisarts om daar de behandeling (deels) voort te zetten, maar laatstgenoemde heeft dan geen bemoeienis met de MRI. Het CVZ is om de navolgende redenen van mening dat de inhoud van artikel 14,

tweede lid van de Zorgverzekeringswet doorslaggevend is en dat een aanvraag voor een MRI door een huisarts in nader omschreven gevallen behoort tot zijn zorgarsenaal en deel uitmaakt van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

**Poortwachters-
functie huisarts**

Indien zorgverzekeraars vergoeding van een MRI op aanvraag van een huisarts uitsluiten in hun modelovereenkomsten, kan een huisarts daardoor een patiënt niet diagnosticeren met behulp van MRI-gegevens en niet een daarop gebaseerde behandeling inzetten terwijl dit wel tot zijn zorgarsenaal behoort. Dit is in strijd met artikel 14, tweede lid van de Zorgverzekeringswet. Dit artikel beoogt de poortwachtersfunctie van de huisarts binnen de eerstelijnszorg te waarborgen. Deze functie heeft een inhoudelijke betekenis. Uit de parlementaire behandeling van zowel de Zorgverzekeringswet als het Besluit zorgverzekering¹ blijkt dat deze poortwachtersfunctie van de huisarts zich niet beperkt tot louter formeel toegang verlenen tot de tweedelijnszorg. Zijn rol gaat verder; hij beziet welke zorg in de eerste lijn kan plaatsvinden en welke zorg een behandeling in de tweede lijn nodig heeft. Deze opvattingen rond de poortwachtersfunctie kwamen bij de parlementaire behandeling aan de orde en worden in recente documenten van de minister van VWS bevestigd:

“De poortwachtersrol van de eerstelijns kan en dient te worden versterkt teneinde de kwaliteit van de geleverde zorg te optimaliseren en ook de houdbaarheid van het zorgsysteem te vergroten. Teveel zorg wordt nu nog te duur verleend in een tweedelijnsomgeving, die even goed of beter in een eerstelijnsomgeving verleend zou kunnen worden.”²

Dit inhoudelijke aspect van de verwijzing geeft de zorgverzekeraar geen ruimte om de poortwachtersfunctie in te perken en zelf te bepalen tot welke medisch-specialistische zorg de huisarts wel of niet toegang mag verlenen.

**Verantwoordelijk-
heid beroepsgroep**

De beroepsgroep heeft bovendien zelf in richtlijnen en standaarden al aangegeven in welke gevallen een MRI kan worden ingezet als diagnostisch middel. De beroepsgroep neemt hier dus een eigen verantwoordelijkheid in en men mag er vanuit gaan dat eerst andere, minder ingrijpende en minder dure diagnostische methoden zullen worden aangewend en dat een MRI niet zomaar zal worden aangevraagd.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 26 689, nr. 30

² Minister van VWS aan de Tweede kamer, 13 juli 2009, CV/EKZ/2934968

4. Consequenties

Het aanvragen van een MRI door de huisarts bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden is een te verzekeren prestatie (geneeskundige zorg). Hieronder zet het CVZ enkele aandachtspunten uiteen die van belang kunnen zijn voor de uitvoeringspraktijk.

Modelovereenkomst	Zorgverzekeraars moeten in hun modelovereenkomst alle te verzekeren prestaties aanbieden. Uitsluiting van een MRI die door de huisarts is aangevraagd, is niet mogelijk, aangezien het een onderdeel van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg betreft. Overige voorwaarden, bijvoorbeeld een toestemmingsvereiste, kunnen per zorgverzekeraar verschillen.
Verskillende instellingen	Zoals gezegd kan een MRI worden uitgevoerd in een ziekenhuis en in een zelfstandig behandelcentrum of een commerciële instelling. Uit de uitvoeringspraktijk komen signalen dat een aantal zorgverzekeraars weigert contracten af te sluiten met commerciële instellingen die MRI's aanbieden. Het CVZ merkt hier het volgende over op.
Contracteer-vrijheid	Zorgverzekeraars zijn niet verplicht contracten af te sluiten met instellingen die MRI's aanbieden. Het is wel van belang dat voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd zodat de toegang tot zorg voor verzekerden niet wordt geblokkeerd. Dit is met name van belang voor zorgverzekeraars die zogenaamde naturapolissen aanbieden.
Naturapolissen	Indien in de polis een verzekerde prestatie is vormgegeven als naturaprestatie heeft de verzekerde voor wat betreft dat onderdeel <i>recht op zorg</i>. Een zorgverzekeraar voorziet daarin door contracten te sluiten met zorgverleners. Verzekerden zijn - wil de zorg onder de dekking vallen - in beginsel verplicht zich te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener. Wendt een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan krijgt hij de kosten vergoed, maar de verzekerde kan geconfronteerd worden met een korting op de vergoeding van kosten. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om bij een naturapolis een korting toe te passen indien een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgverlener wendt, vindt haar grondslag in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars bepalen in hun polissen hoe hoog de korting is. Deze kan per zorgverzekeraar verschillen.

	Een zorgverzekeraar die een naturapolis aanbiedt moet dus voldoende instellingen contracteren die MRI's uitvoeren. Zolang de zorgplicht niet in het gedrang komt (doordat er voldoende is gecontracteerd) staat het de zorgverzekeraar vrij zelf te bepalen met welke instelling hij contracteert.
Restitutiepolissen	Ingeval van een restitutiepolis heeft een verzekerde <i>recht op vergoeding van de kosten van zorg</i> . Een verzekerde is in dat geval niet verplicht zich tot een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener te wenden ³ . Om aanspraak te maken op volledige vergoeding van de ondergane behandeling moet wel worden voldaan aan eventuele aanvullende eisen die zijn gesteld in de modelovereenkomst. Zo hebben sommige zorgverzekeraars bijvoorbeeld de eis van voorafgaande toestemming voor bepaalde zorgvormen opgenomen.
Toestemmingsvereiste	Zorgverzekeraars kunnen in hun modelovereenkomst opnemen dat voor een MRI (ongeacht de zorgverlener die de MRI aanvraagt) voorafgaande toestemming nodig is. Het is ook mogelijk in de modelovereenkomst een toestemmingsvereiste op te nemen, uitsluitend voor een MRI die door een huisarts wordt aangevraagd. Op deze manier kan een doelmatigheidstoets worden toegepast.
Richtlijnontwikkeling	Een aanvraag van een MRI behoort tot het zorgarsenaal van de huisarts bij indicaties zoals omschreven in de NHG-richtlijnen en standaarden. Het is van belang bij het opstellen van gewijzigde of nieuwe richtlijnen de indicaties voor beeldvormende technieken (zoals de MRI) expliciet tegen het licht te houden en te beoordelen of de (nog steeds) zijn aangewezen als diagnostisch instrument bij deze indicaties.
Declaratiemethode	De uitvoerder van een MRI die door de huisarts wordt <i>aangevraagd</i> kan een rekening indienen bij de zorgverzekeraar/verzekerde.
Tariefsbeschikking NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt vast wanneer een dergelijk tarief mag worden gedeclareerd. Hier is geen sprake van het openen van een DBC, omdat de radioloog de uitvoerder van de MRI is en de resultaten afleest. De huisarts krijgt een beschrijving van de MRI retour en stelt aan de hand hiervan de <i>behandeling</i> vast.
DBC	Indien de huisarts een verzekerde <i>doorverwijst</i> naar een medisch-specialist en deze laat een MRI maken in het kader van medisch-specialistisch onderzoek, wordt een DBC gedeclareerd bij de zorgverzekeraar/verzekerde. De kosten van een MRI zijn hierin verwerkt.
Dubbele declaratie	Het CVZ wijst nog op het volgende. Een MRI die door een

³ Overigens: ook bij een restitutiepolis kan een zorgverzekeraar bepalen dat de verzekerde zich tot bepaalde zorgverleners moet wenden met wie de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten.

huisarts wordt aangevraagd, wordt middels een tarief gedeclareerd (zie hierboven). Er ontstaat een risico op een dubbele declaratie indien de verzekerde daarna alsnog voor behandeling wordt verwezen naar een medisch-specialist en deze een DBC opent waarin de kosten voor een MRI al zijn verdisconteerd.

***Gevolgen
uitvoerings-
praktijk***

Voor een meer uitgebreide toelichting op de eventuele gevolgen van dit standpunt voor de uitvoeringspraktijk verwijst het CVZ naar zijn advies '*Een standpunt, en dan?*' van 14 januari 2010, dat ook te vinden is op de website van het CVZ: www.cvz.nl.

5. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 19 april 2010.

College voor Zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Standpunt

Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering.

Op 31 mei 2010 uitgebracht aan de Nederlandse
Zorgautoriteit.

Uitgave

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

Volgnummer

2010069178

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw dr. P.K. Cheung, apotheker
mw mr. F.J.L. Roepnarain

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 88 10

Bestellingen

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

Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het document prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg opgesteld. Hierin is de farmaceutische zorg ondergebracht in veertien prestaties, elk met een aantal bijhorende activiteiten. De NZa heeft het CVZ verzocht te beoordelen of deze prestatiebeschrijvingen wel of niet onder de Zorgverzekeringswet vallen.

Het CVZ heeft deze prestaties en activiteiten geduid in het kader van de zorgverzekering op basis van de geldende wet- en regelgeving die betrekking hebben op de uitvoering van farmaceutische zorg.

De meeste geduide prestaties vallen onder de farmaceutische zorg in het kader van de zorgverzekering.

Als het geneesmiddel zelf geen verzekerde zorg is, dan is de advisering die daarmee gepaard gaat ook geen verzekerde zorg.

Sommige activiteiten kunnen zowel vallen onder geneeskundige zorg als onder farmaceutische zorg. Echter, handelingen die voorbehouden zijn aan artsen kunnen niet onder farmaceutische zorg worden geschaard.

Van een aantal activiteiten is een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet niet aan de orde. Het gaat onder meer om organisatorische zaken en standaardvoorzieningen die nodig zijn om de zorg te kunnen leveren. Ook het onderdeel farmacotherapiebeleid op populatieniveau (FTO) valt hieronder. FTO is een integraal onderdeel van kwalitatieve zorg. Het CVZ is van mening dat FTO bekostigd kan worden uit premiegelden, maar niet als een eigenstandige prestatie.

1. Inleiding

Prestaties farmaceutische zorg

Onlangs heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het document prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg vastgesteld. Hierin heeft de NZa de farmaceutische zorg ondergebracht in veertien prestaties, elk met een aantal bijhorende activiteiten.

De aanspraak op farmaceutische zorg is op dit moment geregeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en omvat de *terhandstelling* van het geneesmiddel. Bij terhandstelling gaat het niet alleen om de fysieke verstrekking van het geneesmiddel, het gaat ook om het advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden.

Om deze zorgtaak te verankeren in de regelgeving is aanpassing van het Bzv gewenst. Op dit moment heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een wijziging van het Bzv in voorbereiding. Bij deze prestatieomschrijvingen heeft de NZa geanticipeerd op deze aanpassing.

Verzoek NZa

Bij brief van 22 december 2009 heeft de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te beoordelen welke Wmg-prestaties wél en welke niet beschouwd kunnen worden als een te verzekeren prestatie. Het gaat hierbij om de farmaceutische zorg zoals apothekers die plegen te bieden en niet om het geneesmiddel zelf.

CVZ-traject: het proces

In de voorbereidende fase van de duiding heeft het CVZ het concept voorgelegd aan betrokken partijen. Deze zijn vertegenwoordigers van patiënten (NPCF), apothekers (KNMP), voorschrijvers (KNMG en NHG) en zorgverzekeraars (ZN).

Een schriftelijke reactie is ontvangen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

In de reactie van de KNMP is de inbreng van diverse groeperingen van apothekers, waaronder de Nederlandse Ziekenhuis Apothekers (NVZA) en de Vereniging Jonge Apothekers (VJA), verwerkt.

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft niet gereageerd op het verzoek om commentaar.

Partijen kunnen zich in beginsel vinden in het door het CVZ gehanteerde toetsingskader en de duiding die daaruit voortkomt. Op punten verschillen sommige partijen van inzicht. De belangrijkste discussiepunten richten zich op de werkgebieden van de verschillende farmaceutische zorgverleners, de mate van gedetailleerdheid in de duiding in

relatie tot richtlijnen en het toevoegen van nieuwe activiteiten aan de lijst. De resultaten van deze consultatie is te vinden in bijlage 2.

Verder heeft de Duidingcommissie van het CVZ dit onderwerp besproken in haar vergadering van 20 mei jl.

2. Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, wijze van duiding

Het CVZ duidt de prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg op basis van de huidige wet- en regelgeving. Hieronder volgt het toetsingskader dat het CVZ bij de duiding heeft toegepast.

2.a. Toetsingskader

De aanspraak op farmaceutische zorg is geregeld in artikel 10 sub c van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering en omvat de *terhandstelling* van geneesmiddelen.

Begrip ‘ter hand stellen’

Het begrip ‘ter hand stellen’¹ is afkomstig uit de Geneesmiddelenwet en is gereserveerd voor levering van geneesmiddelen in de vorm van rechtstreekse verstrekking of verstrekking via een bezorgdienst door apotheekhoudende aan patiënten. Blijkens de toelichting is uit puur wetstechnische overwegingen besloten om met dit begrip deze handelingen in de Geneesmiddelenwet aan te duiden. De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) hanteerde de term ‘afleveren’ voor uiteenlopende handelingen die door verschillende beroepsbeoefenaren werden verricht. Maar de Geneesmiddelenwet kent nu voor verschillende categorieën van handelingen verschillende vergunningsprocedures. Het was daarom niet praktisch om voor de verschillende procedures steeds de term afleveren te gebruiken. Om dezelfde reden is het begrip ‘ter hand stellen’ ook in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering opgenomen.

Het is begrijpelijk dat voor uitleg over het ter hand stellen in de Zorgverzekeringswet een koppeling wordt gemaakt met de Geneesmiddelenwet. Maar om de (omvang van de) verzekerde farmaceutische zorg te duiden biedt de beperkte uitleg van dit begrip in de Geneesmiddelenwet geen geschikt kader.

Geneesmiddelenwet is een productwet

De WOG en uitvoeringsregelingen gaven niet alleen regelgeving voor het geneesmiddel, maar ook veel gedetailleerde regelgeving over de beroepsuitoefening in de apotheek. De Geneesmiddelenwet daarentegen richt zich primair op het product geneesmiddel en de vervaardiging en distributie daarvan en is daarmee een productwet. Er zijn wel nadere voorschriften met betrekking tot bereiding, terhandstelling en etikettering van geneesmiddelen in de apotheek, maar deze voorschriften bieden een summier inzicht in de verantwoordelijkheden van de apotheker. De wetgever geeft immers aan dat de beroepsgroep zelf

¹ ‘Het rechtstreeks verstrekken of doen toekomen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, dan wel aan de arts, verloskundige, tandarts of optometrist die geneesmiddelen onder zich heeft ten behoeve van toediening aan zijn patiënten.’ artikel 1, eerste lid, onder II van de Geneesmiddelenwet.

normen met betrekking tot de beroepsuitoefening van apothekers moet ontwikkelen. De minister acht het wenselijk dat er meer ruimte ontstaat voor de toegevoegde waarde van de farmaceutische zorg. Beoogd wordt meer differentiatie te creëren in de diensten die apothekers aanbieden: specialisatie in zorginhoudelijke taken zoals *medication review* en farmaceutisch consult of de terhandstelling (lees: de fysieke aflevering) van geneesmiddelen².

Zvw is functioneel omschreven

De te verzekeren prestaties zijn in de Zorgverzekeringswet (Zvw) functioneel omschreven: de inhoud en omvang van de zorg en de indicatiegebieden zijn bij wet bepaald, maar de zorgverzekeraar bepaalt door wie en waar de zorg zal worden verleend.

Pleeft te bieden

Voor bepaalde zorgvormen heeft de wetgever dit vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'. Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft zorg die de betreffende beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die wordt geleverd op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel handelen wordt beschouwd³. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Wetgeving over uitoefening beroepen gezondheidszorg

De wijze waarop een apotheker zijn beroep uitoefent wordt dus niet uitgewerkt in de Geneesmiddelenwet, maar in de wetgeving die betrekking heeft op de uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg. In artikel 23 van de Wet BIG wordt uiteengezet wat tot het deskundigheidsgebied van de apotheker wordt gerekend: het *bereiden* van geneesmiddelen, het *bewaren* van geneesmiddelen onder de daarvoor volgens de stand van de wetenschap geschikte omstandigheden, het *ter hand stellen*, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder II van de Geneesmiddelenwet, *het geven van advies* aan de patiënten aan wie geneesmiddelen ter hand worden gesteld over het gebruik daarvan en het *bewaken* van het gebruik van de aan patiënten ter hand gestelde geneesmiddelen⁴. Het geven van advies aan de patiënt als onderdeel van het deskundigheidsgebied van de apotheker is in lijn met de wijziging van artikel 7:7446 BW; de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Sinds 1 juli 2007 is de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling ook van

² Brief d.d. 8 oktober 2009 van de minister aan de Tweede Kamer n.a.v. het AO Geneesmiddelenbeleid 2.

<http://www.minvws.nl/kamerstukken/gmt/2009/ao-geneesmiddelenbeleid-8-oktober-2009-2.asp>

³ Rapport Betekenis en Beoordeling criterium 'plegen te bieden', CVZ publicatienummer 268, herziene druk, 28 januari 2009.

⁴ Dit artikel is aangepast bij de in 2007 in werking getreden Geneesmiddelenwet. Vóór de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet was in de Wet BIG een globale omschrijving van het deskundigheidsgebied opgenomen: 'het verrichten van de handelingen op het gebied van de artseneijberekunst'.

toepassing op de apotheker⁵. De terhandstelling van geneesmiddelen omvat dus meer dan alleen het verstrekken van geneesmiddelen⁶.

De Wet BIG, Wgbo en ook de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn nauw met elkaar verbonden en regelen elk een deel van de kwaliteit van zorg. De Wet BIG stelt kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening voor de onder deze wet vallende beroepsbeoefenaren. De Kwaliteitswet maakt het mogelijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg toetsbaar is⁷. De Wgbo verduidelijkt de rechtspositie van patiënten en de relatie patiënt – zorgverlener.

In deze wetten ligt dus de nadruk op het leveren van verantwoorde zorg en het handelen als een goede hulpverlener. Maar wat daaronder wordt verstaan is in deze wetten niet nader uitgewerkt maar wordt aan de beroepsgroep overgelaten.

**Normen
beroepsgroep**

De KNMP, de overkoepelende beroeps- en brancheorganisatie van apothekers, heeft hiervoor de volgende normen en richtlijnen vastgesteld:

- Beroepscode KNMP⁸
- Professioneel statuut openbaar apotheker en ziekenhuisapotheker⁹
- Nederlandse Apotheeknorm 2006 (NAN)¹⁰
- Richtlijnen NAN

**NAN en KNMP-
richtlijnen**

De NAN en de KNMP-richtlijnen beschrijven wat van een deskundige en bekwaam beroepsbeoefenaar verwacht mag worden. Zoals het CVZ al eerder in het advies over het farmaceutisch consult heeft aangegeven beschrijft de NAN 2006 wat de ‘staande praktijk’ is in de openbare apotheek. De NAN-normen over de behandelovereenkomst, de farmaceutische zorg- en dienstverlening en de nazorg en evaluatie van de farmaceutische zorg- en dienstverlening geven aan welke handelingen en zorg de apotheker verleent. Door de apotheker in 2007 onder de reikwijdte van de Wgbo te brengen, worden de zorginhoudelijke taken en verantwoordelijkheden van de apotheker uitgebreid.

De duiding van de verschillende Wmg-prestaties - of het wel of geen te verzekeren zorg is - wordt bepaald door meerdere

⁵ TK, 2001-2002, 28 494, nr. 3, MvT wijziging hoofdstuk III van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening en afdeling 5 van titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Het merendeel van de wettelijke bepalingen is al eerder vastgelegd in de Modelregeling openbaar apotheker – patiënt (KNMP – NPCF) die sinds 1995 van kracht is.

⁶ Zie ook In het CVZ-advies d.d.14 oktober 2008 aan de NZa over het farmaceutisch consult (kenmerk: GS/28094232).

⁷ Zie o.a. artikelen 1-4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

⁸ <http://www.knmp.nl/vakinhoud/kwaliteitszorg/beroepscode-1/?searchterm=beroepscode>

⁹ <http://www.knmp.nl/bedrijfsvoering/arbeidszaken/arbeidsvoorwaarden/professioneel-statuuut/?searchterm=professioneel%20statuuut>

¹⁰ <http://www.knmp.nl/vakinhoud/kwaliteitszorg/nederlandse-apotheeknorm-2006>

factoren. Van belang zijn o.a. de normen die door de beroepsgroepen zijn ontwikkeld alsook de wet- en regelgeving die betrekking heeft op de uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg (zorg zoals een zorgverlener dat pleegt te bieden). Daarnaast spelen de criteria uit de Zorgverzekeringswet een rol: of de zorg tot de te verzekeren prestaties behoort wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk¹¹. Verder dient de verzekerde redelijkerwijs op deze zorg te zijn aangewezen.

Functionele omschrijving Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet gaat uit van een functionele omschrijving van de verzekerde prestaties. De zorg die een verloskundige pleegt te bieden hoeft niet per definitie door een verloskundige te worden uitgevoerd. Dat kan ertoe leiden dat sommige taken door verschillende zorgverleners uitgevoerd kunnen worden. In bepaalde gevallen zou dus farmaceutische zorg zowel door de arts als door een apotheker gegeven kunnen worden. De zorgverzekeraar bepaalt in de zorgverzekeringspolis welke zorgverleners onder welke voorwaarden deze zorg vervolgens leveren.

2.b. Toelichting op de duiding

Aan de hand van het hiervoor geschetste toetsingskader heeft het CVZ beoordeeld of de door NZa omschreven Wmg-prestaties als verzekerde (farmaceutische) zorg zijn te beschouwen op grond van de Zorgverzekeringswet.

Vergoedingsstatus van het geneesmiddel is leidend

Deze duiding heeft alleen betrekking op verzekerde zorg. Hierbij gaat het CVZ uit van geneesmiddelen die ten laste komen van de basisverzekering en de hiermee gerelateerde zorg. Met andere woorden, of de zorg een te verzekeren prestatie is hangt samen met de vergoedingsstatus van het te verstrekken middel. Indien het geneesmiddel voor eigen rekening wordt verstrekt, dan is de daaraan gerelateerde zorg/advisering ook voor eigen rekening.

NZa-traject

De NZa heeft, in overleg met de betrokken partijen, prestaties van farmaceutische zorg omschreven. Deze zorgprestaties zijn bedoeld als basis voor de declarabele prestaties als nieuwe onderhandelingstaal tussen zorgverzekeraars en apothekers.

Functioneel versus limitatief

De prestaties zijn - waar mogelijk - algemeen en functioneel beschreven. In sommige gevallen is gekozen voor een meer limitatieve beschrijving. Het CVZ constateert dat de beschrijvingen op het niveau van functie, taak en activiteit niet altijd consistent zijn doorgevoerd.

¹¹ Dit artikel is aangepast bij de in 2007 in werking getreden Geneesmiddelenwet. Vóór de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet was in de Wet BIG een globale omschrijving van het deskundigheidsgebied opgenomen: 'het verrichten van de handelingen op het gebied van de artseneijberekunst'.

Dit leidde in sommige gevallen tot een gedetailleerde omschrijving op het niveau van activiteiten, zonder daarin volledig te (kunnen) zijn.

Voor- en nadelen

Het CVZ begrijpt dat een meer gedetailleerde omschrijving nodig kan zijn voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgverlener bij zorginkoop. Echter, een functioneel uitgangspunt met een beschrijvende, limitatieve uitwerking brengt spanningen met zich mee. Door het beschrijvende karakter van de activiteiten is deze duiding onderhoudsgevoelig. De (farmaceutische) zorg is permanent in ontwikkeling. Om deze zorg conform de stand van wetenschap en praktijk te laten zijn is actualisatie nodig. Enige flexibiliteit van het systeem is dan gewenst. Met het oog op toekomstbestendigheid en ruimte voor (effectieve) innovatie, dient de invulling van de activiteiten conform richtlijnen en normen van de beroepsgroepen te zijn. Een limitatieve opsomming beperkt de mogelijkheden tot ontwikkeling. Mocht blijken dat andere activiteiten, door nieuwe ontwikkelingen, toegevoegd moeten worden aan een prestatie, dan is een herbeoordeling aangewezen.

Aanvullingen aan NZa-document

Tot slot is het CVZ van mening dat er prestatiebeschrijvingen zijn die desondanks onvoldoende duidelijk zijn, of waarbij relevante activiteiten worden gemist. In deze duiding geeft het CVZ aan bij welke prestaties hiervan sprake is en de motivatie daarbij (zie tabel 1 in paragraaf 3a en bijlage 2).

2.c. Inhoudelijke opmerkingen over de prestaties

Prestatie 1 (keuze geneesmiddelen)

In de notitie resultaten consultatieronde zijn alle prestaties op volgorde behandeld aan de hand van de ontvangen reacties. Voor het volledige overzicht verwijs ik u naar bijlage 2. Hieronder vindt u een aantal belangrijke discussiepunten. In prestatie 1 bevinden zich activiteiten op het grensvlak tussen het werkterrein van de apotheker en die van de huisarts. Soms kunnen beide professionals een eigen rol en verantwoordelijkheid hebben. In de praktijk zal de apotheker met name een signalerende en adviserende functie hebben richting de behandelende arts bij het voorschrijven van het geneesmiddel. Het collegiaal adviseren heeft als doel de voorschrijvende arts te ondersteunen in zijn taak tot het verlenen van geneeskundige zorg. In dit geval is de geneeskundige zorg de verzekerde prestatie en de onderliggende farmaceutische advisering kan dan niet als zodanig nogmaals worden aangemerkt.

Over de vraag of de farmaceutische zorgverlener een apotheker moet zijn, een huisarts of een andere zorgverlener doet het CVZ geen uitspraken op voorhand, zolang het gaat om zorg die een apotheker pleegt te bieden. Gezien de

functionele omschrijving van de term apotheker is het niet passend de wie-vraag hier te behandelen. Alleen daar waar sprake is van een bij wet vastgelegde voorbehouden handeling geeft het CVZ aan.

***Prestatie 3
(verstrekking)***

Naast de duiding van de activiteiten bij deze prestatie spelen twee andere punten een rol: wijziging van de titel en een voorstel tot opsplitsing van de prestatie.

***Receptverwerking
is een betere titel***

Het CVZ is van mening dat bij prestatie 3 de titel “verstrekking” niet de lading dekt. Deze prestatie is namelijk breder dan de fysieke verstrekking van het geneesmiddel zelf. Het is ook bedoeld voor die gevallen waarin men aantoonbaar wel werk heeft verricht maar gemotiveerd niet overgaat tot de verstrekking van het geneesmiddel. De geleverde zorg mag dan ten laste komen van de zorgverzekering. Een andere benaming, zoals “receptverwerking”, zal beter passen bij deze prestatie. Over deze wijziging van de titel zijn de partijen het eens.

Opsplitsing

Voor een aantal activiteiten geldt dat een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet niet aan de orde is. Het gaat bijvoorbeeld om algemene handelingen ten behoeve van de apotheekorganisatie of om randvoorwaarden die nodig zijn voor het leveren van zorg. In deze prestatie zijn een aantal activiteiten opgenomen die standaardvoorzieningen en administratieve handelingen zijn (zoals het bestellen), maar ook activiteiten die door de Inspectie zijn vereist. Daarnaast bevinden zich in deze prestatie activiteiten die onder de Zorgverzekeringswet vallen en geduid zijn als farmaceutische zorg. Het onderbrengen van twee soorten activiteiten (algemene handelingen enerzijds en patiëntgebonden zorgtaken anderzijds) in één prestatie is niet wenselijk en kan leiden tot uitvoeringsproblemen. Het CVZ adviseert daarom deze prestatie op te splitsen. Partijen zijn verdeeld over dit voorstel van het CVZ: het NHG steunt de splitsing en de KNMP is er tegen.

***Prestatie 12
(Farmacotherapie
op populatieniveau)***

Zoals gezegd is een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet niet aan de orde bij een aantal activiteiten, zoals randvoorwaardelijke zaken voor het leveren van zorg. Bij prestatie 12 gaat het om farmacotherapiebeleid op populatieniveau (Farmacotherapeutisch overleg; FTO). FTO is een instrument van zorgverleners om de kwaliteit van zorg te verbeteren; dit is een integraal onderdeel van de zorg en hoort bij een goede uitvoering van het vak. Het houden van FTO is een taak die inherent is verbonden aan het kwalitatief handelen van de apotheker. Het duiden van deze activiteit op populatieniveau in het kader van de Zorgverzekeringswet is echter niet aan de orde omdat deze activiteit niet altijd te herleiden is tot de individuele verzekerde. Gezien de

doelstelling van deze activiteit (verbetering van de kwaliteit) betwijfelt het CVZ of een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet het juiste regelingsniveau is.

FTO kan bekostigd worden uit premiegelden

Dit neemt overigens niet weg dat het CVZ van mening is dat het gerechtvaardigd is om FTO, als randvoorwaarde voor goede zorg, te bekostigen uit premiegelden. Op dit punt zijn alle partijen het eens met het CVZ. Zoals gezegd is deze prestatie niet te herleiden tot de individuele verzekerde, daarom kan FTO niet als een zelfstandige prestatie worden bekostigd. Of het via de tarifiering, als onderdeel van een abonnementstarief of via een ander systematiek moet worden bekostigd is niet aan het CVZ.

3. Uitkomsten duiding

De resultaten van deze duiding vindt u in de tabel hieronder. De belangrijkste aandachtspunten zijn:

- De meeste prestatiebeschrijvingen vallen onder de Zorgverzekeringswet en betreffen farmaceutische zorg in het kader van de zorgverzekering.
- Als het geneesmiddel zelf geen verzekerde zorg is, dan is de advisering die daarmee gepaard gaat ook voor eigen rekening.
- Handelingen die voorbehouden zijn aan artsen kunnen niet onder farmaceutische zorg worden geschaard. Echter, sommige activiteiten kunnen zowel vallen onder geneeskundige zorg als onder farmaceutische zorg.
- Van een aantal activiteiten is een duiding in het kader van de Zorgverzekeringswet niet aan de orde. Het gaat onder meer om organisatorische zaken en standaardvoorzieningen. Deze zijn nodig om de zorg te kunnen leveren. Ook het onderdeel farmacotherapiebeleid op populatieniveau (FTO) valt hieronder. Dit is een integraal onderdeel van kwalitatieve zorg. Het CVZ is van mening dat FTO bekostigd kan worden uit premiegelden, maar dan niet als een eigenstandige prestatie.

3.a. Tabel 1: duiding van de prestaties en activiteiten farmaceutische zorg

De duiding wordt hieronder per prestatie, met de bijbehorende activiteiten, weergegeven.

De vragen die hierbij zijn gesteld luiden:

1. Vallen deze activiteiten onder de Zorgverzekeringswet (Zvw)?
2. Gaat het daarbinnen om farmaceutische zorg (FZ) in het kader van de Zvw?

Prestatie 1. Keuze geneesmiddel(groep)

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Bespreken indicatie en verwachting patiënt	Ja	Nee	Het stellen van de diagnose is zorg zoals artsen die plegen te bieden en behoort tot de geneeskundige zorg.
Vaststellen gewenste geneesmiddelgroep op basis van diagnose en patiëntkenmerken	Ja	Nee	De keuze voor een bepaalde geneesmiddelgroep, als onderdeel van het voorschrijfproces, betreft zorg zoals artsen die plegen te bieden en behoort tot de geneeskundige zorg.
Keuze meest doelmatige geneesmiddel uit geneesmiddelgroep	Ja	Ja	Er kan hier een onderscheid gemaakt worden tussen therapeutische substitutie (van onderling vervangbare middelen) en chemische substitutie (preferentie beleid van middelen met hetzelfde werkzame stof). De activiteit keuze meest doelmatige geneesmiddel valt zowel onder de geneeskundige zorg als onder de farmaceutische zorg.
Adviseren van de voorschrijver over de dosering en doseerfrequentie van het geneesmiddel	Ja	Nee	Het bepalen van de dosering van een voorgeschreven geneesmiddel is zorg zoals artsen dat plegen te bieden (geneeskundige zorg). Het geven van adviezen aan de arts over de dosering is een taak die de apotheker pleegt te bieden. Deze collegiale advisering is echter geen farmaceutische zorg in het kader van de zorgverzekering.
Evaluatie effect geneesmiddel	Ja	Ja	Dit valt zowel onder de geneeskundige zorg als onder de farmaceutische zorg.
Medicatiebewaking (bij keuze geneesmiddel)	Ja	Ja	Conform richtlijnen beroepsgroepen.

Monitoring klinisch-chemische parameters en bloedspiegelcontrole (aanvraag labbepaling en zo nodig aanpassing voorgeschreven of voor te schrijven geneesmiddel)	Ja	Nee	Het aanvragen van laboratorium bepalingen behoort tot zorg zoals artsen dat plegen te bieden (geneeskundige zorg). Het bijstellen van de medicamenten is wel farmaceutische zorg en valt onder de activiteit "evaluatie effect geneesmiddelen".

Prestatie 2. Aanleg medicatiedossier

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Inschrijfgesprek patiënt en aanleg medicatiedossier	Ja	Ja	basis voorziening van ieder zorgaanbieder. Het gaat hierbij ook om het actueel houden van het dossier.

Prestatie 3 Receptverwerking (conform richtlijnen beroepsgroepen)

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Beoordelen van het recept	Ja	Ja	
Medicatiebewaking (door verstrekker)	Ja	Ja	
Bespreken verwachting patiënt	Ja	Ja	
Terugkoppeling naar of afstemming met voorschrijver	Ja	Ja	
Verstrekken geneesmiddel	Ja	Ja	
Uitgiftegesprek initieel recept	Ja	Ja	
Uitgiftegesprek herhaalrecept	Ja	Ja	
Receptcontrole	Ja	Ja	
Synchronisatie	Ja	Ja	
(Instructie voor) toediening gereed maken	Ja	Ja	

Bij onderstaande activiteiten is een duiding in het kader van de Zvw niet aan de orde (nvt). Het CVZ adviseert ze in een apart (sub)cluster te plaatsen.

3a. algemene handelingen horende bij receptverwerking

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Machtiging	Nvt		Administratieve handeling
Artsenverklaring	Nvt		Administratieve handeling
Bestellen	Nvt		Standaardvoorziening
Op voorraad houden	Nvt		Standaardvoorziening
Recall procedure	Nvt		Standaardvoorziening, kwaliteitseis van de Inspectie.

Geneesmiddelen met verhoogde aandacht voor risicomanagement (vb thalidomide)	Nvt		Kwaliteitseis van de registratie autoriteit.
Nieuw geregistreerde geneesmiddelen [monitoren]	Nvt		

Prestatie 4. Bereiding

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Bijzondere magistrale bereiding	Ja	Ja	
Reguliere magistrale bereiding	Ja	Ja	

Prestatie 5. Weekdoseersysteem

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Verpakken per toedienmoment/ weekdoseersysteem	Ja	Ja	
Controle producttechnische mogelijkheid weekdoseersysteem	Ja	Ja	
Verstrekken totaal medicatieoverzicht bij weekdoseersysteem	Ja	Ja	
Instellen van de patiënt op het omgaan met weekdoseersysteem	Ja	Ja	
Evaluatie geïndividualiseerde distributievorm	Ja	Ja	

Prestatie 6. Instructie patiënt geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Gebruiksaanwijzing patiënt voor geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel	Ja	Ja	

Prestatie 7. Medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Medicatiebeoordeling polyfarmacie chronisch gebruik, inclusief afstemming met andere zorgverlener(s) en patiënt	Ja	Ja	

Prestatie 8. Extra begeleiding van chronische of ernstig zieke patiënten met complexe geneesmiddelenproblematiek

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Farmaceutische zorg gericht op complexe geneesmiddelenproblematiek van specifieke patiënten	Ja	Ja	

Prestatie 9. Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntgroep

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Voorlichting	Nee	Nee	Algemene voorlichting is niet gericht op individuele zorgvragen. Dit is geen verzekerde zorg.

Prestatie 10. Begeleiding bij ontslag

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Synchroniseren van geneesmiddelgebruik na ontslag uit het ziekenhuis	Ja	Ja	
Advies om toe te voegen: farmaceutische begeleiding	Ja	Ja	De farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis is breder dan het synchroniseren van het geneesmiddelen alleen. Wanneer een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis wordt door de zorgverlener de medicatie geëvalueerd, vastgelegd en besproken met de patiënt. Deze stap gaat vooraf aan de synchronisatie. Het CVZ is van mening dat deze activiteit toegevoegd moet worden aan deze prestatie.

Prestatie 11. Begeleiding bij opname/polikliniekbezoek

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Inventarisatie van extramuraal geneesmiddelengebruik t.b.v. opname	Ja	Ja	
Inventarisatie van extramuraal geneesmiddelengebruik t.b.v. polikliniekbezoek	Ja	Ja	

Prestatie 12. Farmacotherapiebeleid op populatieniveau

Algemeen: Het gaat hier om een integraal onderdeel van de zorg die hoort bij een goede uitvoering van het vak. Het is zorg zoals een farmaceutische zorgverlener pleegt te bieden, een activiteit die bijdraagt aan de kwaliteit. Bij een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg is een duiding in het kader van de Zvw echter niet aan de orde.

Deze activiteiten zijn niet te herleiden tot het individu. Wel is het CVZ van mening dat deze prestatie bekostigd kan worden uit premiegelden, maar niet als een eigenstandige prestatie.

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Database searches en terugkoppeling voorschrijvers [ten behoeve van het FTO]	Nvt		Zorg zoals apothekers die plegen te bieden.
FTO	Nvt		Zorg zoals apothekers die plegen te bieden.
FTTO	Nvt		Zorg zoals apothekers die plegen te bieden.
DTO-FTO	Nvt		Diagnose stellen is zorg zoals artsen dat plegen te bieden (geneeskundige zorg).

Prestatie 13. Advies farmaceutische zelfzorg

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Advies farmaceutische zelfzorg	Nee	Nee	Advies over zelfzorg kan behoren tot de taak van een apotheker, maar is geen farmaceutische zorg in het kader van de Zvw.

Prestatie 14. Advies reizen

Activiteit	Zvw?	FZ?	Opmerking
Advies reizen	Nee	Nee	Ziekterisico bij reizen is expliciet uitgesloten in de Besluit zorgverzekering. Dit is een eigen verantwoordelijkheid. Advies bij reizen is geen farmaceutische zorg in het kader van de Zvw.

4. Afsluiting

In dit rapport geeft het CVZ antwoord op de vraag welke Wmg-prestaties die door de NZa zijn beschreven zijn te duiden als farmaceutische zorg in het kader van de zorgverzekering.

Het CVZ realiseert zich dat (demissionair) minister Klink de intentie heeft om farmaceutische zorg ook onder te brengen in de geïntegreerde ketenzorg. Gezien de beperkte ervaring met ketenzorg (sinds januari 2010) en het huidige politieke klimaat zijn er nog te veel onduidelijkheden om deze koppeling op dit moment al te maken.

Uiteraard is het CVZ bereid om de NZa te zijner tijd opnieuw te adviseren over de incorporatie van de farmaceutische zorg binnen specifiek zorgketen(s). De beschikbaarheid van een zorgstandaard, die ook op dat punt is uitgewerkt, kan hiertoe als basismateriaal dienen.

5. Vaststelling standpunt

Dit rapport is vastgesteld op 31 mei 2010.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Rapport

PGD met exclusietest bij ziekte van Huntington

Op 30 augustus 2010 uitgebracht aan de Minister van VWS

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

2010052113

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw. mr. P.C. Staal, mw. mr. B. Blekkenhorst, mw. J.T.M. Derksen, gynaecoloog en mw. mr. A.M.C. van Saase

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 33

Bestellingen

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

Samenvatting

PGD en ziekte van Huntington

Ter voorkoming van (eventuele) overerving van de ziekte van Huntington – een ernstige aandoening – is het mogelijk om met behulp van in vitro fertilisatie (IVF) embryoselectie toe te passen door middel van preïmplantatie genetische diagnostiek (PGD). Het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) is het enige ziekenhuis dat in Nederland op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) vergunning heeft om PGD uit te voeren. Het AZM past, overeenkomstig de vergunningvoorschriften, PGD bij risico op overerving van de ziekte van Huntington alleen toe bij ouders die bereid zijn om op de hoogte te worden gesteld van de eigen genetische status. Er zijn ook wensouders, afkomstig uit families met de ziekte van Huntington, die niet willen weten of zij zelf drager zijn van het Huntington-gen. De wetenschap dat men de ziekte van Huntington – een ernstige, niet te behandelen aandoening – krijgt, kan psychisch belastend zijn. Voor een wensouder die mogelijk drager is, omdat zijn vader/moeder het gen heeft, maar die niet wil weten of hij/zij zelf drager is van het gen, is de zogenoemde exclusietest voorhanden. Embryoselectie met exclusietest biedt de mogelijkheid om alleen ziektevrije embryo's terug te plaatsen, zonder dat bekend wordt of de ouder zelf drager is van het Huntington-gen.

Geen toepassing exclusietest bij PGD en Huntington

In Nederland mag op grond van de WBMV de exclusietest bij PGD en de ziekte van Huntington niet worden toegepast. Belangrijkste argumenten die daaraan ten grondslag liggen zijn:

- In alle gevallen wordt zonder meer IVF (en PGD) uitgevoerd, terwijl dat niet altijd noodzakelijk is omdat het zo kan zijn dat beide toekomstige ouders genetisch gezond zijn (geen drager zijn van het Huntington-gen). Er wordt dus in een aantal gevallen een overbodige behandeling toegepast, een behandeling die kostbaar en voor de vrouw belastend is en die ook nog gezondheidsrisico's voor het kind kan hebben;
- Er worden onnodige 'surplus embryo's' tot stand gebracht.

AZM verwijst door

Het AZM past dus vanwege genoemde voorschriften de exclusietest niet toe bij PGD en ziekte van Huntington. In plaats daarvan verwijst het AZM ouders die PGD met exclusietest willen ondergaan, door naar een buitenlands ziekenhuis.

Te verzekeren prestatie Zvw

Het CVZ komt in dit rapport tot de conclusie dat PGD met exclusietest toegepast bij de ziekte van Huntington behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Voldaan is namelijk aan de wettelijke vereisten 'zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden' en 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

***Regeling WBMV
werkt niet door in
Zvw***

Het CVZ realiseert zich dat PGD met exclusietest in geval van de ziekte van Huntington niet in Nederland mag worden toegepast. Dit is echter geregeld in het kader van de WBMV. Het is niet zo dat een dergelijk verbod automatisch doorwerkt in de Zvw. Welke zorg tot de te verzekeren prestaties behoort, wordt uitsluitend bepaald door de Zvw en – zoals gezegd – PGD met exclusietest in geval van de ziekte van Huntington valt onder de in die wet geregelde te verzekeren prestaties. In een uitsluiting van die zorg is niet voorzien. Het is aan de minister van VWS om af te wegen of hij de regelgeving op dit punt wenst te wijzigen.

***Individuele beoor-
deling verzekeraar***

Het CVZ gaat in dit rapport ook nog in op de vraag of er voor een zorgverzekeraar in een individueel geval de mogelijkheid bestaat om vergoeding van deze zorg te weigeren, ondanks dat de zorg tot de te verzekeren prestaties behoort. Kan bijvoorbeeld in een individueel geval geconcludeerd worden dat de verzekerde in redelijkheid niet op de zorg is aangewezen? Het CVZ meent dat hiervoor geen aanknopingspunten bestaan.

1. Inleiding

<i>Aanleiding</i>	Het CVZ heeft onderzoek gedaan naar de plek van preïmplantatie genetische diagnostiek (PGD) met exclusietest bij de ziekte van Huntington in de basisverzekering naar aanleiding van een vraag hierover van een zorgverzekeraar.
<i>PGD bij ziekte van Huntington</i>	Ter voorkoming van (eventuele) overerving van de ziekte van Huntington is het mogelijk om met behulp van in vitro fertilisatie (IVF) embryoselectie toe te passen door middel van preïmplantatie genetische diagnostiek (PGD) ¹ . Het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) is het enige ziekenhuis dat in Nederland vergunning heeft om PGD uit te voeren. Het AZM past, overeenkomstig de voorschriften waaraan het uitvoeren van PGD volgens de Regeling preïmplantatie genetische diagnostiek (Regeling PGD) moet voldoen, PGD bij risico op overerving van de ziekte van Huntington alleen toe bij ouders die bereid zijn om op de hoogte te worden gesteld van de eigen genetische status. Er zijn ook wensouders, afkomstig uit families met de ziekte van Huntington, die niet willen weten of zij zelf drager zijn van het Huntington-gen. De wetenschap dat men de ziekte van Huntington - een ernstige, niet te behandelen aandoening - krijgt, kan psychisch belastend zijn. Voor een wensouder die mogelijk drager is, omdat zijn vader/moeder het gen heeft, maar die niet wil weten of hij/zij zelf drager is van het gen, is de zogenoemde exclusietest voorhanden. Embryoselectie met exclusietest biedt de mogelijkheid om alleen ziektevrije embryo's terug te plaatsen, zonder dat bekend wordt of de ouder zelf drager is van het Huntington-gen. Het AZM past de exclusietest echter niet toe bij PGD, vanwege de eerder genoemde voorschriften. In plaats daarvan verwijst het AZM ouders die PGD met exclusietest willen ondergaan, door naar een buitenlands ziekenhuis, dat de PGD met exclusietest bij risico op overerving van de ziekte van Huntington wel uitvoert.
<i>Exclusietest</i>	De vraag is of deze in het buitenland uitgevoerde <i>PGD met exclusietest</i> ter voorkoming van mogelijke overerving van de ziekte van Huntington behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze vraag beantwoorden we in dit rapport.
<i>Opbouw rapport</i>	De opbouw van het rapport is als volgt. In het volgende hoofdstuk geven we allereerst informatie over de ziekte van Huntington en de mogelijkheden om overerving van het Huntington-gen te voorkomen (hoofdstuk 2). Daarna gaan we in op de regels die in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WMBV) gelden voor de uitvoering in Nederland van PGD, voor zover relevant voor dit rapport

¹ Wanneer de kwaliteit van het semen onvoldoende is voor een IVF procedure kan ook gekozen worden voor intracytoplasmatische sperminjectie (ICSI).

(hoofdstuk 3). Vervolgens komt in hoofdstuk 4 toetsing aan de Zw aan bod en beantwoorden we de vraag of PGD met exclusietest toegepast bij de ziekte van Huntington tot de te verzekeren prestaties van de Zw behoort. In hoofdstuk 5 gaan wij in op de individuele beoordeling op basis van de polis door zorgverzekeraars. De slotopmerking in hoofdstuk 6 is met name bedoeld voor de minister van VWS.

2. Ziekte van Huntington

2.a. Prevalentie, oorzaak en symptomen	
Prevalentie	De ziekte van Huntington is een autosomaal dominant erfelijke ziekte met een sluipend begin op gemiddeld 40 jarige leeftijd. De prevalentie in Nederland is ongeveer 8 per 100.000.
Oorzaak/symptomen	De ziekte van Huntington wordt veroorzaakt door het geleidelijk afsterven van zenuwcellen in bepaalde delen van de hersenen. Deze hersendelen zijn belangrijk voor het aansturen van bewegingen en voor de verstandelijke vaardigheden. De eerste symptomen zijn meestal karakterveranderingen en gedragsstoornissen. Daarop volgen motorische stoornissen en dementie. De ziekteduur is gemiddeld 20 jaar, maar kan meer dan 40 jaar bedragen. Wat de eerste verschijnselen zullen zijn en wanneer deze zullen optreden is slechts bij benadering te voorspellen.
Geen behandeling mogelijk	Er is geen behandeling mogelijk voor deze ziekte. Een aantal motorische en psychische symptomen kunnen wel worden onderdrukt, maar de achteruitgang en de dementie zijn niet te beïnvloeden.
2.b. Genetische achtergrond	
Lokalisatie afwijkende gen	Op chromosoom 4 is het afwijkende gen voor de ziekte van Huntington gelokaliseerd. Dit afwijkende gen is autosomaal dominant. Dominant wil zeggen dat de ziekte optreedt wanneer het gen aanwezig is; ook al staat er een gezond gen op het andere chromosoom 4 tegenover. Autosomaal betekent dat de afwijking niet verbonden is met het X- of Y chromosoom en dus bij beide geslachten voorkomt. Wanneer één van de ouders de ziekte van Huntington heeft, is de kans dat een kind deze ziekte ook krijgt 50%. Het afwijkende gen bestaat uit een herhaling van een bepaalde volgorde van chemische componenten (trinucleotide). Over het algemeen geldt: hoe hoger het aantal herhalingen, hoe ernstiger de aandoening. In opeenvolging van generaties kan het aantal herhalingen toenemen.
2.c. Genetische diagnostiek naar dragerschap	
Dragerschap	Kinderen van een ouder met de ziekte van Huntington hebben 50% kans de genetische afwijking over te erven en daarmee dus de ziekte te krijgen. Diagnostiek, ook al vóór ziekteverschijnselen zich aandienen (presymptomatische test), naar deze genetische afwijking is goed en betrouwbaar mogelijk. Echter, omdat de ziekte onbehandelbaar is, is het psychisch erg zwaar te weten het gen te dragen. Mede daarom kiezen veel mensen uit families waarin de ziekte van Huntington voorkomt er toch voor zich niet te laten testen. Nederlands onderzoek uit 2000 laat zien dat ongeveer 24%

van het geschatte totale aantal potentiële gendragers zich predictief laat testen.

2.d. Genetisch onderzoek bij de vrucht tijdens de zwangerschap (prenataal onderzoek)

Testen tijdens zwangerschap

Diagnostische test

Tijdens de zwangerschap kan met behulp van de vlokkentest of de vruchtwaterpunctie erfelijk materiaal worden afgenomen van de vrucht. Op dit materiaal is diagnostisch genetisch onderzoek mogelijk naar de ziekte van Huntington. Bij een aangedane vrucht kan zwangerschapsafbreking worden overwogen. In Nederland kiest slechts een klein percentage paren voor deze test. Dit hangt vermoedelijk samen met ervaren nadelen hiervan, zoals de abortus provocatus wanneer de vrucht is aangedaan, of het niet willen kennen van de eigen genetische status. Immers, wanneer bij de vrucht dragerschap van de genetische afwijking wordt gevonden betekent dit automatisch dat één van de ouders het gen bij zich draagt.

Exclusietest

Prenataal kan ook de exclusietest worden toegepast op het genetisch materiaal van de vrucht. Bij deze test wordt nagegaan of de vrucht het deel van chromosoom 4 wat het betreffende gen draagt heeft van de grootouder uit de aangedane tak. Daartoe worden op chromosoom 4 in de buurt van het gebied waar het gen voor de ziekte van Huntington ligt kenmerkende plekken gemarkeerd waardoor dit grootouderlijk chromosoomdeel bij de vrucht herkend wordt. Wanneer de vrucht inderdaad dit deel van chromosoom 4 van de betreffende grootouder heeft, is er 50% kans dat dit het 'zieke' gen bevat. De grootouder heeft immers twee allelen; meestal is één daarvan aangedaan (gemuteerd) en is het andere gezond. De grootouder kan dus ook het gezonde allel doorgeven. De embryo's met het gemarkeerde stuk op chromosoom 4 afkomstig van de aangedane grootouder worden echter allen beschouwd als 'hoog risico' voor de ziekte van Huntington. Doordat niet wordt nagegaan of de vrucht inderdaad het afwijkende gen heeft, wordt ook niet duidelijk of de ouder uit de aangedane familie het gen bij zich draagt. Onderzoekers, noch ouders kennen de genetische status van de ouder. Wanneer op basis van de exclusietest wordt besloten tot abortus provocatus is er 50% kans dat de zwangerschap beëindigd wordt terwijl er een gezonde vrucht is.

2.e. Preïmplantatie diagnostiek

PGD

Preïmplantatie diagnostiek

Preïmplantatie diagnostiek (PGD) is genetisch onderzoek bij embryo's verkregen door IVF/ICSI met de bedoeling alleen embryo's zonder de betreffende afwijking in de baarmoeder te plaatsen. Het voordeel is dat op deze manier wordt voorkomen dat genetische diagnostiek tijdens de zwangerschap moet worden verricht en bij een afwijkende uitslag de zwangerschap

moet worden afgebroken. Nadeel is dat de PGD techniek IVF vereist; een belastende behandeling met een kans op zwangerschap van ongeveer 25% per behandeling.

Bij PGD toegepaste testen voor ziekte van Huntington

Toegepaste testen

1) Preimplantatie diagnostiek kan worden gedaan direct op het gen van de ziekte van Huntington. Daarbij is in Nederland altijd het dragerschap van één van de ouders bekend. Dit wordt met DNA onderzoek bevestigd. De bij IVF/ICSI verkregen embryo's worden allen getest en alleen de embryo's zonder het afwijkende gen worden terug geplaatst.

2) Wanneer een directe test op het gen van de ziekte van Huntington zou worden gedaan bij het embryo, terwijl het niet bekend is of de wensouder gendrager is, en dit bij de procedure ook niet aan de ouders wordt verteld, noemt men dit 'non disclosure PGD'. Deze procedure brengt echter praktische en ethische problemen met zich mee. De geheimhouding kan bijvoorbeeld 'per ongeluk' doorbroken worden en bovendien weten de behandelaars dat er bij mensen zonder de ziekte van Huntington volstrekt onnodig IVF wordt toegepast². In Nederland wordt deze procedure niet toegepast. Ook internationaal zijn er maar enkele klinieken die dit doen.

3) De exclusietest kan, net als bij prenatale diagnostiek, ook bij de preimplantatie diagnostiek worden toegepast³. Alleen embryo's zonder het betreffende gemarkeerde stuk op chromosoom 4 afkomstig van de aangedane grootouder worden teruggeplaatst. Of één van de ouders het gen van de ziekte van Huntington bij zich draagt hoeft niet bekend te zijn. Alle embryo's die dit deel van chromosoom 4 van de aangedane grootouder kregen worden vernietigd; er is tot 50% kans dat dit inderdaad embryo's zijn die de ziekte van Huntington bij zich dragen.

Aanvaardbaarheid

Aanvaardbaarheid PGD

PGD wordt internationaal en ook in ons land gezien als een - onder voorwaarden - aanvaarbare en toelaatbare interventie, die het op basis van een hoogstpersoonlijke keuze van de zwangere en haar partner mogelijk maakt een (zeer) ernstig lijden van een toekomstig kind te voorkomen en een verwoestende erfelijke ziekte in de familie tot stoppen te brengen. In de rapporten die de Gezondheidsraad in de loop van de jaren over dit onderwerp heeft uitgebracht, wordt uitgebreid ingegaan op de aanvaardbaarheid van (bepaalde toepassingen van) PGD en de overwegingen en voorwaarden die daarbij gelden. Ook in het kabinetsstandpunt over PGD wordt dat punt uitgebreid besproken. Het kabinet laat daarbij onder meer weten te willen benadrukken dat de

² Vanwege dit bezwaar vindt de Gezondheidsraad toepassing van de non disclosure test niet acceptabel. Zie het rapport van de Gezondheidsraad. Preimplantatie genetische diagnostiek en screening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006. Publicatienummer 2006/01.

³ Deze test vindt de Gezondheidsraad wel acceptabel. Zie het eerder genoemde rapport.

mogelijkheid van het toepassen van PGD nooit mag leiden tot discriminatie van erfelijk belaste mensen. Het mag nooit zo zijn dat de beschikbaarheid van de PGD techniek ertoe leidt dat mensen zich gedwongen voelen daarvan ook gebruik te maken. Ook wie beslist een kind te krijgen met het risico dat die de erfelijke ziekte of aandoening heeft, maakt - aldus het kabinet - een keuze die respect en steun verdient⁴.

Het kabinetsstandpunt met betrekking tot de toepassing van PGD in Nederland is uitgewerkt in de Regeling preïmplantatie genetische diagnostiek. In het volgende hoofdstuk gaan we daar, voor zover van belang voor dit rapport, verder op in.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29323, nr. 46, pag. 5.

3. WBMV en PGD

3.a. Vergunningplicht

WBMV-vergunning

Ingevolge het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen (dat steunt op de WBMV, de Wet op bijzondere medische verrichtingen) is het verboden om zonder vergunning van de minister van VWS genetisch onderzoek voorafgaande aan de implantatie van een embryo, uit te (doen) voeren⁵. De Regeling preimplantatie genetische diagnostiek (Regeling PGD) bepaalt dat er in Nederland behoefte is aan één centrum voor het toepassen van PGD. De minister van VWS heeft aan het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) de vergunning toegekend.

3.b. Voorschriften verbonden aan (vergunning) uitvoeren PGD

Voorschriften uitvoering PGD

De Regeling PGD geeft in bijlage 2 voorschriften waaraan de vergunninghouder bij het uitvoeren van PGD moet voldoen. Deze voorschriften betreffen o.a. een beslissingskader en een aanvullend kader (zie hierna de paragrafen 3.b.1 en 3.b.2.). De voorschriften hebben ook betrekking op de Richtlijn PGD, de richtlijncommissie PGD en de rapportageplicht. In paragraaf 3.b.3. gaan we daar kort op in.

3.b.1. Beslissingskader

Set beoordelingscriteria

Het beslissingskader, dat gebaseerd is op de huidige wetenschappelijke inzichten, bestaat uit een set criteria die het AZM in aanmerking moet nemen bij de beoordeling of een individueel paar in aanmerking komt voor PGD. Deze in bijlage 2 opgenomen criteria hebben betrekking op:

- 1) ernst en aard van de ziekte;
- 2) behandelmogelijkheden;
- 3) aanvullende medische criteria;
- 4) psychische en morele factoren.

Samenvatting

Samenvattend stelt bijlage 2 dat toepassing van de gestelde criteria er toe moet leiden dat alleen voor PGD in aanmerking komen:

- paren met een individueel hoog risico op een kind met een ernstige erfelijke ziekte of aandoening met een (nagenoeg) volledige penetrantie⁶;
- dan wel paren met een individueel hoog risico op een kind met een ernstige erfelijke ziekte of aandoening waarbij PGD niet categorisch wordt toegestaan, maar waarbij dient te worden vastgesteld of door een cumulatie van factoren in het individuele geval qua risico en ernst sprake is van vergelijkbaarheid met de ziekten en aandoeningen met

⁵ Dit is bepaald in artikel 1, onder h, vijfde streepje van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen.

⁶ D.w.z. de kans op ziekte moet, gegeven de aanwezigheid van het gen, hoog zijn.

(nagenoeg) volledige penetrantie. Een voorbeeld van erfelijke kankersyndromen waarbij dit aan de orde kan zijn is borst- en eierstokkanker (BRCA 1 en 2);

- in beide gevallen moet het gaan om een genetische aandoening die met behulp van PGD is op te sporen, bij patiënten bij wie IVF voldoende eicellen oplevert, en bij wie mogelijkheden tot preventie of een curatieve behandeling geen reëel c.q. aanvaardbaar alternatief vormen.

3.b.2. Aanvullende voorwaarde bij ziekte van Huntington

Exclusietest/non disclosure test: niet toegestaan

Verder is van belang – en daar draait het met name om in dit rapport – dat in bijlage 2 van de Regeling PGD is bepaald dat de ouders in geval het om de ziekte van Huntington gaat, bereid moeten zijn geïnformeerd te zijn over hun eigen situatie. Hieruit kan worden afgeleid dat PGD met exclusietest of met non disclosure test – testen waarvoor geldt dat ouders er niet van op de hoogte komen resp. worden gebracht dat zij zelf drager zijn van het Huntington-gen – niet is toegestaan. In ieder geval is het zo dat het vergunninghoudende AZM de exclusietest en de non disclosure test niet toepast bij PGD voor de ziekte van Huntington.

De Regeling PGD licht niet toe waarom gekozen is voor deze voorwaarde (geen exclusietest en non disclosure test bij PGD in geval van kans op overerving ziekte van Huntington). De argumentatie is terug te vinden in de brief van 10 mei 2006 van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer⁷. In het kort komt het op het volgende neer.

Argumentatie

Belangrijkste argumenten tegen toepassing van de exclusietest bij PGD en ziekte van Huntington:

- In alle gevallen wordt zonder meer IVF (en PGD) uitgevoerd, terwijl dat niet altijd noodzakelijk is omdat het zo kan zijn dat beide toekomstige ouders genetisch gezond zijn (geen drager zijn van het Huntington-gen). Er wordt dus in een aantal gevallen een overbodige behandeling toegepast, een behandeling die kostbaar en voor de vrouw belastend is en die ook nog gezondheidsrisico's voor het kind kan hebben;
- Er worden onnodige 'surplus embryo's' tot stand gebracht.

⁷ Kamerstukken Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30300 XVI, nr. 136, p.5 en 6. Dit betreft het kabinetsstandpunt van de hand van Staatssecretaris Ross-van Dorp. Dat standpunt is inmiddels geactualiseerd. Het actuele kabinetsstandpunt over PGD is opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni 2008 en is van de hand van Staatssecretaris Bussemaker (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29323, nr. 46). Dit kabinetsstandpunt vormt de basis voor de huidige Regeling PGD. In de brief van 26 mei 2008 aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31200 XVI, nr. 147) die voorafging aan het huidige kabinetsstandpunt wordt voor wat betreft de argumentatie voor het beleidsstandpunt over de exclusietest en de non disclosure test bij de ziekte van Huntington verwezen naar de brief van Ross-van Dorp. Het actuele kabinetsstandpunt van 27 juni 2008 noemt zonder verdere toelichting of motivering het niet toegestaan zijn van de exclusietest en de non disclosure test bij de ziekte van Huntington. Kennelijk geldt hiervoor de door Ross-van Dorp aangedragen argumentatie.

Belangrijkste argument tegen toepassing van de non disclosure test bij PDG en ziekte van Huntington:

- De behandelaars zijn op de hoogte van de genetische situatie van de toekomstige ouders en zij weten – afhankelijk van de situatie – dat volstrekt onnodig PGD en IVF worden toegepast⁸.

Afweging verschillende waarden

In de parlementaire stukken komt naar voren dat men het recht van ouders op niet weten (autonomie) erkent, maar dat men het belang van goede zorg en beschermwaardigheid van het leven (zie de opgesomde argumenten hiervoor) uiteindelijk zwaarder vindt wegen. Deze afweging leidt tot het niet-accepteren van PGD met exclusietest bij de ziekte van Huntington.

3.c. Richtlijn(commissie) PGD en rapportageplicht

Richtlijn(commissie)

Bijlage 2 van de Regeling PGD, waarin de voorschriften verbonden aan het uitvoeren van PGD zijn vervat, maakt er melding van dat de richtlijn PGD wordt voorbereid door de richtlijncommissie van de betrokken beroepsgroepen⁹. Gesteld wordt verder dat het ziekenhuis dat PGD uitvoert (in casu het AZM) verplicht is zijn protocollen in lijn te brengen met deze richtlijn. Verder is het uitvoerende ziekenhuis verplicht om, als het in een concreet geval het toepassingsbereik van PGD wil uitbreiden naar een ziekte/aandoening die niet eerder voor PGD in aanmerking is gekomen, dit voornemen ter toetsing aan de richtlijncommissie voor te leggen.

Rapportageplicht

Het uitvoerende ziekenhuis is verder verplicht om jaarlijks een rapportage aan het ministerie van VWS te sturen, waarin het verslag doet van de aard en de aantallen van de genetische ziekten en aandoeningen waarvoor PGD wordt toegepast en waarin ook verslag wordt gedaan van de aan de richtlijncommissie ter toetsing voorgelegde casus.

⁸ De Staatssecretaris neemt hier de afwijzing van de Gezondheidsraad van de non disclosure test over. De Gezondheidsraad vindt de exclusietest wel acceptabel. Zie het rapport van de Gezondheidsraad. Preimplantatie genetische diagnostiek en screening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006. Publicatienummer 2006/01, p.41.

⁹ De bij de totstandkoming van de richtlijn PGD betrokken beroepsgroepen zijn de VKGN en de NVOG.

4. Toetsing aan Zorgverzekeringswet

4.a. Inleiding

PGD en exclusietest: Uit de Regeling PGD kan worden afgeleid dat het aan het ziekenhuis dat de vergunning heeft voor uitvoering van PGD in Nederland (in casu het AZM in Maastricht) niet is toegestaan om voor de embryoselectie de exclusietest te gebruiken als het draait om de ziekte van Huntington. De vraag die we hierna gaan beantwoorden is of PGD met exclusietest toegepast bij de ziekte van Huntington wel/niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. De wettelijke toetspunten zijn in dit geval: het criterium 'plegen te bieden' (paragraaf 4.b.) en het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (paragraaf 4.c.).

4.b. 'Plegen te bieden'

4.b.1. Relevante regelgeving

Te verzekeren risico

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan onder meer geneeskundige zorg.

Te verzekeren prestaties

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).

Artikel 2.1, eerste lid Bzv regelt dat de zorg en overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv bepaalt – voor zover relevant – dat geneeskundige zorg de zorg omvat zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

4.b.2. Toetsing 'plegen te bieden'

Aanvaarde zorg-arsenaal

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft – kort gezegd – zorg die de beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg. De exclusietest is een geaccepteerde test die in het buitenland en ook in Nederland door medisch-specialisten wordt toegepast. In Nederland is de toepassing beperkt tot prenataal onderzoek. PGD met exclusietest wordt niet toegepast ter vermindering van overerving van de ziekte van Huntington. De reden hiervan is vooral gelegen in het feit dat de op de WBMV steunende regelgeving toepassing in Nederland 'verbiedt'. Het is niet zo dat zorgverleners de test niet toepassen omdat hun beroepsgroepen (VKGN en NVOG)

de exclusietest bij PGD geen adequate zorg vinden (zie hierna paragraaf 4.c.2.). Het feit dat het AZM patiënten die in aanmerking willen komen voor PGD met exclusietest bij ziekte van Huntington doorverwijst, ondersteunt dat. Een en ander leidt tot de conclusie dat PGD met exclusietest behoort tot het aanvaarde zorgarsenaal en dat voldaan is aan de voorwaarde zorg zoals medisch-specialisten die 'plegen te bieden'.

4.c. Stand van de wetenschap en praktijk

Stand van de wetenschap en praktijk	<i>4.c.1. Relevante regelgeving</i> Artikel 2.1, tweede lid 2 Bzv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Algemeen	<i>4.c.2. Toetsing 'stand van de wetenschap en praktijk'</i> Algemeen Het CVZ heeft zijn werkwijze ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, beschreven in het rapport "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk"¹⁰. Het CVZ volgt in zijn werkwijze de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'. Verder is het algemene uitgangspunt van het CVZ dat er voor een positieve beslissing over het criterium de stand van de wetenschap en praktijk medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan het CVZ beargumenteerd afwijken.
Toetsing interventie	PGD met exclusietest (met IVF) Hierna gaat het CVZ in op de vraag of de interventie voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
Genetische test en IVF	<i>- Genetische test en IVF</i> De preïmplantatie diagnostiek is een samengestelde interventie waarbij gebruik wordt gemaakt van genetische testen bij het embryo en van IVF.
IVF effectief	IVF is inmiddels een effectieve interventie gebleken met een succespercentage van 23% doorgaande zwangerschappen per cyclus (inclusief cryopreservatie)¹¹. Bij toepassing van IVF in het kader van PGD is het gemiddelde percentage doorgaande zwangerschappen per cyclus weliswaar wat lager (rond 20%), maar de IVF behandeling blijft effectief. Dit lagere percentage zwangerschappen hangt samen met het feit dat slechts niet aangedane embryo's teruggeplaatst kunnen worden (direct en

¹⁰ College voor zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Publicatienummer 254. November 2007.

¹¹ College voor zorgverzekeringen. Pakketadvies 2010. Publicatienummer 285. April 2010.

PGD effectief	zo mogelijk na cryopreservatie) en is niet afhankelijk van de IVF interventie. De effectiviteit van de (predictieve) genetische testen bij PGD wordt bepaald door de test zelf en door de kwaliteit van het proces in laboratoria. In een recent artikel ¹² van 'the European Society of Human Reproduction and Embryology PGD Consortium' wordt op basis van Europese gegevens over PGD en levendgeborenen sinds 1997 geconstateerd dat het percentage gerapporteerde misdiagnoses bij PGD 0,16% is¹³. Op grond van deze geaggregeerde gegevens concludeert het CVZ dat het gaat om een effectieve toepassing van valide genetische testen. Door verbetering van laboratoriumprocedures kan het aantal foute diagnoses teruggebracht worden, maar genetische diagnostiek op één enkele cel is en blijft een technische uitdaging en het risico op een misdiagnose kan niet geheel geëlimineerd worden. Zowel de gegevens over het percentage voortgaande zwangerschappen, als ook over de validiteit van de gebruikte testen ondersteunen de aanname dat PGD een effectieve behandeling is ter voorkoming van overerving van bepaalde ernstige erfelijke aandoeningen en de geboorte van kinderen met deze aandoeningen effectief vermindert. Deze constatering doet het CVZ op basis van level C evidence: er zijn over dit onderwerp slechts observationele studies beschikbaar. Het CVZ neemt genoeg met deze bewijskracht van laag niveau omdat de gegevens elkaar niet tegenspreken, er geen alternatieve interventie is voor PGD¹⁴ en er inmiddels internationaal consensus bestaat over de effectiviteit van deze methode.
Effectiviteit van de exclusietest	Wij hebben verder in de literatuur aanvullende informatie gezocht over PGD met behulp van de exclusietest bij de ziekte van Huntington. De exclusietest bestaat uit het markeren van twee plekken op chromosoom 4 proximaal en distaal van de regio die de ziekte van Huntington bepaalt bij de aangedane toekomstige grootouder om zo bij het embryo dit deel van chromosoom 4 afkomstig van deze grootouder te herkennen. Markeringstechnieken zijn gebruikelijk binnen de genetica en doen qua analytische validiteit dan ook eigenlijk niet onder voor andere genetische testen. Wij vonden in de literatuur een aantal observationele studies

¹² Human Reproduction, Vol.1, No.1 pp. 1–8, 2009: The causes of misdiagnosis and adverse outcomes in PGD van L. Wilton¹, ¹²A. Thornhill², J. Traeger-Synodinos³, K.D. Sermon⁴, and J.C. Harper^{5,6}

¹³ Oorzaken van deze misdiagnoses zijn uiteenlopend. Het kan bijvoorbeeld gaan om verkeerde labeling van het materiaal, contaminatie van het materiaal, implantatie van het verkeerde embryo, inadequate validatie van de test die gebruikt wordt, chromosomaal mozaïcisme en zelfs wordt genoemd de spontane conceptie tijdens de PGD procedure. De meerderheid van de misdiagnoses kan worden voorkomen door een goede kwaliteit van het laboratorium. Het stellen van een diagnose op basis van één cel blijft echter een technisch uitdagende procedure waarbij de kans op een misdiagnose niet geheel kan worden geëlimineerd.

¹⁴ Er is geen andere interventie met behulp waarvan embryoselectie voorafgaande aan de zwangerschap kan worden gerealiseerd.

(level C)¹⁵ met casusbeschrijvingen waaruit consistent blijkt dat de exclusietest voor de ziekte van Huntington met succes kan worden toegepast bij PGD. Daar de exclusietest niet wezenlijk verschilt van andere genetische testen bij PGD neemt het CVZ dan ook aan dat de effectiviteit vergelijkbaar is.

Conclusie CVZ

Het CVZ stelt vast dat PGD voor de ziekte van Huntington met behulp van de exclusietest op effectieve wijze overerving van de ziekte van Huntington vermijdt. Verder is van belang dat uit de medische literatuur kan worden opgemaakt dat IVF die deel uitmaakt van de behandeling, gepaard gaat met een laag en aanvaardbaar complicatierisico. PGD met exclusietest (en IVF) wordt medisch gezien beschouwd als adequate zorg. Dat blijkt ook uit het in de medische praktijk gehanteerde kader voor indicatiestelling voor PGD (dat een plaats gekregen heeft in de Regeling PGD onder de noemer 'beslissingskader'¹⁶). Daarin is namelijk niet terug te vinden dat de exclusietest bij PGD wordt afgewezen. Dat bij de ziekte van Huntington geen PGD met exclusietest mag worden uitgevoerd is in de Regeling PGD niet ondergebracht in het medische 'beslissingskader', maar in een afzonderlijk, aanvullend kader¹⁷. Een en ander brengt het CVZ tot de conclusie dat PGD met exclusietest bij de ziekte van Huntington zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Evaluatie

Op dit moment vindt een evaluatie plaats van alle PGD's voor de ziekte van Huntington (inclusief de exclusietest) door AZM samen met de centra uit Straatsburg en Brussel. Het CVZ zal publicatie van deze recente cijfers volgen om zich ervan de vergewissen of deze aansluiten bij die uit eerdere observationele studies. Met name wanneer uit deze gegevens een lagere effectiviteit zou blijken zal het CVZ zich opnieuw over dit onderwerp buigen.

Behandelgroep

- *Wie komen in aanmerking voor PGD met exclusietest?*
PGD met exclusietest wordt toegepast bij wensouders van wie bekend is dat de vader/moeder het Huntington-gen heeft en die daardoor 50% kans hebben ook drager te zijn van dat gen, maar die - om ernstige psychische belasting te voorkomen - niet willen weten of zij ook daadwerkelijk drager zijn. Dat betekent dat de behandeling wordt gedaan bij wensouders die drager zijn van het Huntington-gen en bij wensouders die het gen niet hebben. Dat in de behandelgroep zowel gendragers als niet-gendragers zitten is inherent aan de interventie en betekent dat ook beide groepen voor wat de interventie betreft als hoogrisicogroep moeten worden gezien.

Plaats behandeling De exclusietest bij PGD en ziekte van Huntington mag op

¹⁵ Melinda J. Jasper 2006, Céline Moutou 2004, Karen Sermon 2002,

¹⁶ Zie het in bijlage 2 van de Regeling preïmplantatie genetische diagnostiek opgenomen beslissingskader. Paragraaf 3.b.1. van dit rapport heeft daar betrekking op.

¹⁷ Die voorwaarde wordt genoemd onder het kopje: Aanvullende kaders.

grond van de Regeling PGD niet worden toegepast in Nederland. Wil een verzekerde voor de behandeling in aanmerking komen dan zal hij/zij zich tot een buitenlands ziekenhuis moeten wenden voor de zorg.

4.d. Standpunt toetsing Zvw

Standpunt CVZ

PGD met exclusietest (in combinatie met IVF) voor de ziekte van Huntington voldoet aan de vereisten 'plegen te bieden' en 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De interventie behoort daarom tot de te verzekeren prestaties Zvw.

Regeling in WBMV werkt niet door in Zvw

Voor de goede orde: de uitsluiting van PGD met exclusietest in geval van de ziekte van Huntington is geregeld in het kader van de WBMV, hetgeen betekent dat de zorg niet in Nederland mag worden verleend. Het is niet zo dat een dergelijk verbod automatisch doorwerkt in de Zvw. Welke zorg tot de te verzekeren prestaties behoort, wordt uitsluitend bepaald door de Zvw en – zoals gezegd – PGD met exclusietest (in combinatie met IVF) valt onder de in die wet geregelde te verzekeren prestaties. In een uitsluiting van die zorg is niet voorzien.¹⁸

¹⁸ Dit is in lijn met eerdere zaken, waarin het CVZ heeft vastgesteld dat – gezien de Zvw – de zorg onder de verzekeringsdekking valt en dus vergoed moet worden, ondanks dat de zorg wegens een Nederlands wettelijk verbod (bijvoorbeeld op grond van WBMV) in Nederland niet mag worden verleend. Dit geldt bijvoorbeeld voor IVF met gebruik van eicellen van een anonieme donor. Het CVZ heeft daarover in 2006 vastgesteld dat die zorg een te verzekeren prestatie is ingevolge de Zvw. De Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting verbiedt weliswaar anonieme eiceldonatie in Nederland, maar in de Zvw is geen relatie gelegd met genoemde wet en is niet voorzien in een uitsluiting van die zorg van het verzekerde pakket. Dit standpunt van het CVZ van 24 oktober 2006, 26084415 (28000040), is te vinden op de website van het CVZ (www.cvz.nl).

5. Individuele beoordeling zorgverzekeraars op basis polis

Individuele beoordeling ogv polis

Het CVZ bespreekt hierna nog een tweetal punten waarbij het niet gaat om een duiding van verzekerde zorg (uitleg van het verzekerde pakket), maar om punten die voor een zorgverzekeraar bij de beoordeling van een individueel geval van belang zouden kunnen zijn resp. aan de orde zouden kunnen komen. Het betreft de volgende vraagpunten:

- Kan het feit dat op grond van de WBMV PGD met exclusietest in Nederland niet mag worden toegepast bij de ziekte van Huntington inbreuk maken op de rechten van de verzekerde uit hoofde van zijn/haar verzekeringsovereenkomst? (zie paragraaf 5.a.);
- Kan in een individueel geval worden geconcludeerd dat geen recht bestaat op (vergoeding van) de zorg omdat de verzekerde in redelijkheid niet op de zorg is aangewezen? (zie paragraaf 5.b.).

Het draait – kortweg – om de vraag of een zorgverzekeraar zich in een individueel geval op het standpunt zou kunnen stellen dat een verzekerde PGD met exclusietest en IVF toch niet vergoed krijgt, ondanks dat de zorg tot de te verzekeren prestaties Zvw behoort. In de paragrafen 5.a en 5.b. bespreken wij dit.

In paragraaf 5.c gaan wij nog in op de consequenties met betrekking tot de beschikbaarheid van zorg.

5.a. Inbreuk op rechten verzekeringsovereenkomst?

Strijd met goede zeden/openbare orde?

Het CVZ is eerder ingegaan op de vraag of een zorgverzekeraar een verzoek om kostenvergoeding van een in het buitenland verrichte niertransplantatie met nierdonatie tegen betaling (die tot de te verzekeren prestaties Zvw behoorde¹⁹), kan afwijzen op grond van artikel 3:40 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Artikel 3:40 BW bepaalt dat een rechtshandeling die door inhoud of strekking in strijd is met de goede zeden of openbare orde nietig is. Bij ‘goede zeden’ als bedoeld in dit artikel gaat het om de in een bepaalde maatschappelijke constellatie als fundamenteel ervaren normen van ongeschreven recht, waarbij de moraliteit centraal staat. Het CVZ heeft in die zaak overwogen dat het gebruik maken van donornieren tegen betaling te rekenen is tot het terrein van de goede zeden. Nierdonatie tegen betaling gaat niet alleen in tegen de in Nederland (en ook in het buitenland) heersende opvattingen, maar nierdonatie tegen betaling is in Nederland – overeenkomstig geldende internationale normen -

¹⁹ De regelgever heeft naar aanleiding van die zaak de regelgeving inmiddels zodanig aangepast dat transplantaties waarbij mogelijk gebruik is gemaakt van orgaandonatie tegen betaling (in het buitenland) buiten de te verzekeren prestaties vallen.

bij wet verboden en strafbaar gesteld (dus ook in strijd met normen van geschreven recht)²⁰. Dit kan – afhankelijk van de feitelijke omstandigheden van het individuele geval – betekenen dat een zorgverzekeraar zou kunnen besluiten de vergoeding van de kosten van niertransplantatie met gebruikmaking van nierdonatie tegen betaling, te weigeren (aldus het CVZ). Voor een uitgebreide motivering verwijzen wij naar het betreffende standpunt²¹. Dit standpunt is inmiddels door wijziging van regelgeving (zie noot 18) achterhaald wat het onderwerp donatie tegen betaling betreft.

Casus niet vergelijkbaar

Is de casus die we in dit rapport bespreken vergelijkbaar met de casus over de nierdonatie tegen betaling? Het CVZ meent dat dit niet het geval is. Belangrijk verschil is dat het verbod zich in dit geval tot de zorgverlener richt en niet tot de verzekerde. Van een strafbaar feit respectievelijk van overtreding van een verbod door de verzekerde – als deze in België de behandeling laat uitvoeren – is geen sprake²². Verder is van belang dat er – anders dan bij nierdonatie tegen betaling – internationaal gezien geen breed gedragen (ethische en medische) bezwaren bestaan tegen het uitvoeren van deze test. De GR vindt de exclusietest ook een acceptabele interventie²³. In Nederland is door de regelgever de keuze gemaakt om aan een vergunning voor het uitvoeren van PGD het voorschrift te verbinden dat geen exclusietest mag worden uitgevoerd ingeval van de ziekte van Huntington. Die keuze berust op een afweging van verschillende waarden, namelijk het recht van de ouders op niet weten (autonomie) enerzijds en het belang van goede zorg en beschermwaardigheid van het leven anderzijds (zie paragraaf 3.b.). Andere landen, zoals bijvoorbeeld België, hebben een andere afweging gemaakt en staan wel toe dat PGD met exclusietest wordt toegepast in

²⁰ Zie artikel 2 van de Wet op de orgaandonatie en artikel 273f, eerste lid aanhef en onder 7, van het Wetboek van strafrecht.

²¹ Dit standpunt van het CVZ van 1 oktober 2007, 27029029 (27070564), is te vinden op de website van het CVZ: www.cvz.nl

²² Ter nadere toelichting nog het volgende:

- *Het ondergaan* van PGD met exclusietest bij ziekte van Huntington in Nederland is niet bij wet verboden en evenmin strafbaar gesteld. Dat geldt ook voor de situatie in België. Van een strafbaar feit aan de kant van de verzekerde – als deze in België de behandeling laat uitvoeren – is dus geen sprake (in Nederland noch in België).

- Wat wel in Nederland verboden is, is het *zonder vergunning* uitvoeren van PGD door een ziekenhuis (zie artikel 2, eerste lid, onder a, WBMV juncto artikel 1, onder h, vijfde streepje, Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen). Dit verbod heeft alleen landelijke werking (en geldt dus niet voor in het buitenland uitgevoerde PGD). De Wet op de economische delicten merkt overtreding van dit verbod aan als economisch delict en stelt overtreding van dit economische delict strafbaar (Zie artikel 1, onder 4, Wet op de economische delicten). PGD uitvoeren met exclusietest bij ziekte van Huntington is – indien degene die de behandeling toepast een vergunning heeft voor PGD – strikt genomen niet verboden en ook niet strafbaar. De Wet op de economische delicten merkt namelijk niet het overtreden van de voorschriften verbonden aan de vergunning aan als economisch delict, maar alleen het overtreden van het verbod op het zonder vergunning uitvoeren van de zorg. Het zou wel een handelen in strijd met de aan de vergunning verleende voorschriften betekenen, hetgeen voor de minister van VWS aanleiding zou kunnen zijn om de vergunning in te trekken. Kortom: normen van *geschreven recht* bieden geen handvat voor de conclusie dat het in België laten uitvoeren van PGD met exclusietest in geval van ziekte van Huntington in strijd zou zijn met de goede zeden (als bedoeld in artikel 3:40 BW).

²³ Zie noot 8.

geval van de ziekte van Huntington.

***Geen grond voor
inbreuk rechten
verzekerde***

Uit het vorenstaande volgt dat het CVZ in dit geval geen aanknopingspunten ziet voor de conclusie dat het feit dat er in Nederland geen ziekenhuis is dat vergunning heeft om PGD met exclusietest in geval van ziekte van Huntington uit te voeren (op grond van de WBMV), inbreuk kan maken op de rechten van verzekerden uit hoofde van hun verzekeringsovereenkomst. M.a.w.: een verzoek om kostenvergoeding kan in dit geval naar alle waarschijnlijkheid niet door de zorgverzekeraar worden afgewezen met een beroep op strijd met de goede zeden als bedoeld in artikel 3:40 BW.

5.b. Individueel indicatievereiste

***Redelijkerwijs aan-
gewezen***

Artikel 2.1, derde lid, van het Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht op vergoeding van kosten van zorg heeft voor zover hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Of dit het geval is hangt af van de individuele omstandigheden van het geval.

***Beroep op overbo-
digheid interventie?***

De vraag zou kunnen rijzen of een zorgverzekeraar met een beroep op genoemd artikel vergoeding van kosten van PGD met exclusietest bij Huntington zou kunnen weigeren door te stellen dat de behandeling (PGD) mogelijk overbodig is en dat het, om te voorkomen dat dat zich voordoet, gewenst is dat de wensouder zichzelf laat testen op Huntington.

***50% kans op gen-
dragerschap***

Ter toelichting hierbij het volgende. Zoals gezegd (zie paragraaf 4.c.2.), wordt PGD met exclusietest toegepast bij wensouders van wie bekend is dat de vader/moeder het Huntington-gen heeft en die daardoor 50% kans hebben ook drager te zijn van dat gen, maar die - om ernstige psychische belasting te voorkomen - niet willen weten of zij ook daadwerkelijk drager zijn. Dat betekent dat de behandeling wordt gedaan bij wensouders die drager zijn van het Huntington-gen en die ook daadwerkelijk 50% kans hebben op het doorgeven van het aangedane gen. De andere groep betreft wensouders die het gen niet hebben, het gen niet kunnen doorgeven (gezond zijn) en dus eigenlijk geen enkel risico lopen op het krijgen van een kind met de ziekte van Huntington. Dat in de behandelgroep zowel gendragers als niet-gendragers zitten is inherent aan de interventie.

Of een wensouder ook zelf drager is, is niet bekend, maar zou wel kunnen worden vastgesteld. Over het aanwezig zijn van een hoog risico en over de vraag of behandeling eigenlijk wel nodig is, zou dus volstrekte duidelijkheid verkregen kunnen worden.

***Opstelling zorg-
verzekeraar***

Zou een zorgverzekeraar met een beroep op artikel 2.1, derde lid, van het Bzv van wensouders kunnen verlangen zich te

laten testen, omdat er mogelijk bij de betrokken verzekerde sprake is van een overbodige behandeling (PGD)? Het CVZ meent dat een zorgverzekeraar deze opstelling niet kan kiezen. In de eerste plaats is het lastig om in stelling te brengen dat het om een voor de betreffende verzekerde overbodige behandeling gaat. De verzekerde kiest juist voor dit behandeltraject, omdat deze het – vanwege psychische belasting – van belang vindt geen wetenschap te krijgen over de eigen genetische status en de verzekerde die daaraan belang hecht heeft ook geen alternatief²⁴. Verder is het zo dat een dergelijke benadering eigenlijk niet berust op een individuele afweging van de omstandigheden van het geval, maar in feite een generieke afwijzing behelst van een tot het verzekeringspakket behorende interventie. Kenmerk van de interventie (PGD met exclusietest) is nu juist dat de behandelgroep niet wil weten of men daadwerkelijk drager is van het Huntington-gen en dat deze dus per definitie zowel uit gendragers als uit niet-gendragers bestaat. Afwijzing van de vergoeding/de zorg moet – zo meent het CVZ – in dit geval berusten op een in regelgeving vervatte expliciete uitsluiting van de interventie. In het kader van de toepassing van de WBMV is geregeld dat PGD met exclusietest bij de ziekte van Huntington niet in Nederland mag worden toegepast²⁵. De keuze voor uitsluiting is echter (nog) niet gemaakt voor wat betreft het te verzekeren pakket van de Zvw. Zoals eerder gezegd, voorziet de Zvw niet in die uitsluiting.

5.c. Zorg niet beschikbaar in Nederland

Zorg niet beschikbaar in Nederland

De conclusie is dat PGD met exclusietest ter voorkoming van overerving van de ziekte van Huntington behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw. De zorg is echter niet in Nederland beschikbaar. De vraag die opkomt is: krijgt een verzekerde die is aangewezen op deze zorg en de zorg in het buitenland ondergaat de kosten van de zorg vergoed resp. deze zorg verstrekt? Het antwoord op deze vraag is 'ja', zij het dat er wel voorwaarden en beperkingen kunnen gelden. Deze hangen af van de vraag of in het individuele geval toepassing wordt gegeven aan de Zvw (waarbij het verschil kan maken of er sprake is van een naturaprestatie of een restitutieprestatie), of aan toepassing van de EEG-verordening. Voor de bijzonderheden op dat punt verwijst het CVZ korthedshalve naar de uiteenzetting in paragraaf 6.a. van het op 23 maart 2010 uitgebrachte rapport 'Indicaties voor protonentherapie

²⁴ Prenatale diagnostiek na een ontstane zwangerschap gevolgd door abortus provocatus - indien het prenatale onderzoek negatief uitpakt - kan niet op één lijn gesteld worden met PGD met embryoselectie.

²⁵ De regelgever is overigens niet consequent: in het kader van de WBMV is PGD met exclusietest ingeval van ziekte van Huntington niet toegestaan, terwijl deze beperking niet geldt voor prenataal onderzoek (hetgeen ook valt onder de WBMV). Hoewel beide situaties niet volstrekt gelijk zijn, speelt ook daar een vergelijkbaar dilemma, namelijk dat toepassing van de exclusietest bij prenataal onderzoek betekent dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin tot abortus provocatus wordt besloten, de vrucht gezond is.

(deel 1): intra-oculaire tumoren, chordomen/chondrosarcomen en pediatrische tumoren²⁶. De betreffende passages voegen wij toe als bijlage bij dit rapport.

²⁶ Indicaties voor protonentherapie (deel 1): intra-oculaire tumoren, chordomen/chondrosarcomen en pediatrische tumoren. College voor zorgverzekeringen 2010. Publicatienummer 287. Het rapport is te vinden op de website van het CVZ (www.cvz.nl).

6. Vaststelling standpunt en slotopmerking

Datum standpunt De vraag die het CVZ in dit rapport beantwoordt is, of (een in het buitenland uitgevoerde) *PGD met exclusietest* ter voorkoming van mogelijke overerving van de ziekte van Huntington behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het CVZ beantwoordt deze vraag positief (zie het standpunt in paragraaf 4.d). Dit standpunt heeft het CVZ vastgesteld op 30 augustus 2010.

Tot slot Het CVZ voegt nog toe dat alleen door middel van een expliciete uitsluiting in het Bzv of in de Rzv kan worden gerealiseerd dat *PGD met exclusietest* in geval van ziekte van Huntington niet behoort tot de te verzekeren prestaties. Het is aan de minister van VWS om af te wegen of hij de regelgeving op dit punt wenst te wijzigen.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten.

Standpunt

**Proefplaatsing CPAP:
hulpmiddelenzorg of geneeskundige
zorg zoals medisch-specialisten die
plegen te bieden?**

Volgnummer	2010022424
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	mw. drs. A.J. Link en mw. E.C.M. Visser
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 86 47

Samenvatting

Proefplaatsing CPAP

De federatie van technologiebranches (FHI) heeft het CVZ gevraagd een standpunt in te nemen of bij de proefplaatsing van CPAP-apparatuur sprake is van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' of dat sprake is van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

In het conceptstandpunt had het CVZ een onderscheid gemaakt tussen de titratieperiode en de CPAP-proefperiode. Op basis van de inhoudelijke consultatie is het CVZ tot de conclusie gekomen dat het in de praktijk niet eenvoudig is de titratieperiode en de proefperiode van elkaar te scheiden.

Er is voor gekozen dit hele traject als 'proefperiode' te beschouwen. Door de continue inhoudelijke deskundige inbreng en de eindverantwoordelijkheid van de medisch-specialist tijdens de proefperiode is het CVZ van mening dat hier sprake is van geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voor de proefperiode is een achterwacht-functie door de medisch-specialist van doorslaggevend belang om de instellingen van de CPAP-apparatuur met enige regelmaat te kunnen aanpassen.

Dit bevordert de therapietrouw van de behandeling en daarmee de effectiviteit van de behandeling. Dit standpunt betekent dat zowel de positieve als de negatieve proefperiodes (inclusief de noodzakelijke toebehoren) geneeskundige zorg zijn en gefinancierd dienen te worden uit een DBC.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Vraag

De leden van de federatie van technologiebranches (FHI) ervaren problemen bij de status en vergoeding van de proefplaatsingsperiode van CPAP-apparatuur. Zorgverzekeraars wijzen declaraties af omdat ze van mening zijn dat er sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Deze zorg dient uit een DBC gefinancierd te worden. Ziekenhuizen zijn van mening dat hiervoor geen bedrag is opgenomen in DBC's. FHI heeft daarom het CVZ gevraagd een standpunt in te nemen of bij de proefplaatsing van CPAP-apparatuur sprake is van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' of dat sprake is van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. In dat geval moeten zorgverzekeraars de proefplaatsingen met CPAP apart vergoeden.

Ook uit het in 2009 gepubliceerde onderzoeksrapport¹ over de patiënttevredenheid van de behandeling van OSAS blijkt dat een goede financiering van de CPAP-proefperiode ontbreekt.

1.b. Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden

CVZ-rapport

Op 25 augustus 2009 is het CVZ-rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' vastgesteld (publicatie-nummer 280). In dit rapport verduidelijkt het CVZ wanneer een hulpmiddel behoort tot de te verzekeren prestatie:

- geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (verder: medisch-specialistische zorg), zoals opgenomen in artikel 2.4 van het Bzv of;
- hulpmiddelenzorg, zoals opgenomen in artikel 2.9 Bzv en nader uitgewerkt in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv.

In dit rapport heeft het CVZ ook opgenomen dat nader onderzoek nodig was om te kunnen bepalen of bij de proefplaatsing CPAP sprake is van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' of van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

¹ http://www.nvsap.nl/pdf/tevredenheidsonderzoek_2009.pdf

2. Achtergrondinformatie

OSAS	Het obstructief slaapapneu syndroom (OSAS) kenmerkt zich door een herhaald optreden van episoden van hogere luchtwegobstructie tijdens de slaap, gewoonlijk geassocieerd met zuurstofsaturatiedaling in het bloed. Bij OSAS wordt een ademstilstand veroorzaakt doordat tijdens de slaap de spieren ontspannen, waardoor de tong en weke delen in de keel de ademhaling blokkeren.
CPAP	Een van de mogelijke behandelingen is de behandeling met CPAP. CPAP staat voor Continuous Positive Air Pressure. Een CPAP-apparaat is een apparaat dat door middel van een vaste continue druk de bovenste luchtwegen preventief open houdt. Indien sprake is van een klinisch relevant matig of ernstig OSAS, waarbij conservatieve maatregelen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid voldoet de behandeling aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'².
CPAP- implementatie	Indien een verzekerde is geïndiceerd voor behandeling met CPAP start de CPAP-implementatie. CPAP-implementatie, ook wel CPAP-proefperiode, is te verdelen in een aantal elementen (CBO-richtlijn³): CPAP-titratie, keuze juiste interface (maskers) en oplossen bijwerkingen CPAP, keuze CPAP-type voor langdurig gebruik, CPAP-evaluatie. Het CVZ heeft deze elementen in eerste instantie ingedeeld in twee periodes. De titratieperiode: • CPAP-titratie. Proefplaatsingsperiode: • keuze juiste interface (maskers) en oplossen bijwerkingen CPAP; • keuze CPAP-type voor langdurig gebruik; • CPAP-evaluatie.
Titratieperiode	Door middel van een titratieperiode kan de optimale druk worden vastgesteld. De titratie wordt meestal uitgevoerd door middel van een speciaal CPAP-apparaat (Autopap). Dit is meestal een ander apparaat dan waarmee de patiënten uiteindelijk langdurig behandeld worden. De gouden standaard voor CPAP-titratie is gesuperviseerde full-night (SFN) polysomnografie (PSG). Dit is een klinische PSG met supervisie door een deskundige slaaplaborant. Afhankelijk van het ziekenhuis waar de patiënt behandeld wordt, vindt deze titratieperiode plaats door middel van een korte opname in een slaap- en behandelcentrum of in de thuissituatie. Een titratie kan in principe in 1 tot 2 dagen plaatsvinden, maar de praktijk wijst uit dat er vaak sprake is van enkele weken.
Proefplaatsing	Na de titratie wordt door (of onder verantwoordelijkheid van) de medisch specialist de optimale druk vastgesteld en een

² Standpunt 'Meeste behandelingen van obstructieve-slaapapneusyndroom zijn een verzekerde prestatie (www.cvz.nl) (Beoordeling CBO-richtlijn OSAS).

³ Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen (2009)

keuze gemaakt voor een specifiek CPAP-apparaat waarmee de patiënt langdurig thuis behandeld gaat worden. Op dat moment begint de proefplaatsingsperiode. Deze proefplaatsing vindt altijd plaats in de thuissituatie en is vaak zeer intensief. Met het al of niet voorschrijven van warme luchtbevochtiging, adequaat passende neus-, full-face- (neus-mond) of mondmaskers, kinbanden, CPAP-druk aanpassingen of toch andere CPAP apparatuur wordt geprobeerd het slaapcomfort en daarmee de therapietrouw en effectiviteit van de behandeling te verhogen. Het is gebruikelijk dat deze periode maximaal drie maanden duurt. Aan het einde van de proefplaatsing vindt er een evaluatie van de behandeling plaats qua klachtenvermindering, AHI en het gebruik van CPAP (therapietrouw). Bij een positieve evaluatie door de behandelend medisch specialist gaat de proefplaatsing over in een definitieve plaatsing.

***Tevredenheids-
onderzoek
OSAS-patiënten***

In het onderzoeksrapport⁴ van de Apneu Vereniging is opgenomen dat de behandeling een medische verantwoordelijkheid is en dat een medisch-specialist niet kan volstaan met het uitschrijven van een machtiging voor een CPAP. Hij zal zich er van moeten vergewissen of de therapie aanslaat. Pas als er sprake is van therapietrouw en de behandeling aanslaat is de proefperiode geslaagd. De medisch-specialist kan bij het niet aanslaan van de therapie onmiddellijk alternatieven voor de behandeling afwegen.

⁴ http://www.nvsap.nl/pdf/tevredenheidsonderzoek_2009.pdf

3. Wet- en regelgeving

3.a. Zorgverzekeringswet

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid, Zvw, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering (Bzv).

3.b. Besluit zorgverzekering

3.b.1. Stand van de wetenschap en praktijk

Stand van de wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestatie in de wet zijn genoemd geldt het gestelde in artikel 2.1, lid 2, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten⁵.

3.b.2. Geneeskundige zorg

Plegen te bieden

Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (zie artikel 2.4, lid 1, Bzv).

3.b.3. Hulpmiddelenzorg

Functionerend hulpmiddel

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. Het CVZ heeft een functionerend hulpmiddel als volgt geduid:

- a. het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel, met inbegrip van de bij de eerste aanschaf behorende batterijen of op-laadapparatuur en gebruiksinstructie;
- b. de toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren van een hulpmiddel;
- c. de noodzakelijke wijziging, herstel of vervanging van een hulpmiddel;
- d. de vergoeding/verstrekking van een reservemiddel indien redelijkerwijs aangewezen.

⁵ "Hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg " geldt alleen voor ziekenvervoer en enkele hulpmiddelen.

3.c. Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6, onder b

Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9 (Rzv).

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a. zuurstof
 - b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin op de Wet op de medische hulpmiddelen.
2. (...)
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. (...)
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder meer de CPAP/BiPAP-apparatuur.

3.d. Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden

In het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden' verduidelijkt het CVZ tot welke te verzekeren prestatie een hulpmiddel behoort.

Een uitwendig hulpmiddel valt onder de medisch specialistische zorg, wanneer de inzet van het hulpmiddel plaatsvindt onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist en sprake is van één of meerdere van onderstaande aspecten:

- De behandeling of de inzet van een hulpmiddel is 'tijdelijk' en vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. Voor 'tijdelijk' geldt geen vaste periode. Afhankelijk van het hulpmiddel kan dit enkele weken zijn maar bijvoorbeeld ook twee jaar. De patiënt blijft onder controle van de medisch-specialist.
- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar vervanging van het hulpmiddel vindt plaats door een medisch-specialist.
- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar door de aard van het hulpmiddel kan een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig zijn.

4. Standpunt

De behandeling met CPAP-apparatuur voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 2.1, lid 2 Bzv⁶. Het is dus niet de vraag of CPAP-behandeling tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoort, maar tot welke te verzekeren prestatie. Het permanent gebruik van CPAP-apparatuur behoort tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Maar geldt dat ook voor de proefplaatsingsperiode?

Het CVZ heeft dit beoordeeld aan de hand van criteria die geformuleerd zijn in het rapport over de afbakening zoals in de vorige paragraaf omschreven.

Inhoudelijke consultatie

Uit de inhoudelijke consultatie van de relevante partijen blijkt dat het merendeel van de partijen geen voorstander is van een onderscheid tussen de titratieperiode en de proefperiode zoals beschreven. Dit zou in de praktijk opnieuw discussie gaan opleveren tussen partijen over wanneer de titratieperiode is afgelopen en wanneer de proefperiode begint. Volgens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) is de CPAP-titratie ook onlosmakelijk verbonden met de proefperiode. Uit de consultatie blijkt dat er tijdens de gehele proefperiode drukaanpassingen noodzakelijk zijn. Ook is duidelijk dat de medisch-specialist eindverantwoordelijk is voor bepaling van de CPAP-druk. De medisch-specialist evalueert uiteindelijk aan de hand van klachten, therapietrouw en de apneu hypopneu index of de CPAP-proefperiode al of niet succesvol kan worden afgesloten.

Gevolg standpunt

Om uitvoeringsproblemen te voorkomen neemt het CVZ het standpunt van het merendeel van de partijen over, namelijk dat er geen onderscheid gemaakt moet worden tussen de titratieperiode en de proefperiode. In feite gaat het tot aan het einde van de proefperiode om diagnostiek en begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. De medisch-specialist kan bij het niet aanslaan van de behandeling (in 10-30% van de gevallen), onmiddellijk alternatieven voor de behandeling afwegen. Kortom het gaat tijdens deze proefperiode nog om een tijdelijke behandeling, om te beoordelen of een permanente behandeling met CPAP-apparatuur geïndiceerd is.

Definitief standpunt

Door de continue inhoudelijke deskundige inbreng en de eindverantwoordelijkheid van de medisch-specialist tijdens de proefperiode is het CVZ van mening dat hier sprake is van geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voor de proefperiode is een achterwachtfunctie door de medisch-specialist van doorslaggevend belang om de instellingen van de CPAP-apparatuur met enige regelmaat te

⁶ CVZ rapport 'Beoordeling OSAS-richtlijn' februari 2009

kunnen aanpassen. Dit bevordert de therapietrouw van de behandeling en daarmee de effectiviteit van de behandeling. Dit standpunt betekent dat zowel de positieve als de negatieve proefperiodes (indien de CPAP-proefperiode niet leidt tot een definitieve behandeling met CPAP) inclusief de noodzakelijke toebehoren, gefinancierd dienen te worden uit een DBC. Indien wordt besloten tot een definitieve langdurige behandeling met CPAP, valt de CPAP-apparatuur inclusief de benodigde toebehoren onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelen-zorg.

5. Consequenties standpunt

DBC	Aangezien er DBC's bestaan in het B-segment met een passende prestatieomschrijving (behandelcode 303X (CPAP of BiPAP)) is een eventuele aanpassing van de prestatieomschrijving niet nodig en kunnen ziekenhuizen, fabrikanten en zorgverzekeraars onderhandelen over de vergoedingen van de kosten van een positieve en negatieve proefperiode (inclusief de titratieperiode) en de daarbij behorende toebehoren.
Hulpmiddelenzorg	De functiegerichte omschrijving van de ademhalingshulpmiddelen zoals opgenomen in de paragraaf Hulp-middelenzorg van de Rzv heeft geen aanpassing.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 september 2010.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Standpunt

Endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices

<i>Volgnummer</i>	2010119530 (zaaknummer 29096155)
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	Mw. H.H.C. de Vaan, arts Beleid & Advies, dhr. H.M. Gaasbeek Janzen, arts M&G en mw. mr. P.C. Staal
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 7978959

Samenvatting

<i>Update 2008</i>	Deze beoordeling betreft een update van het in 2008 door het CVZ ingenomen standpunt ten aanzien van verschillende endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices.
<i>Foamsclerosering</i>	Op basis van recent literatuuronderzoek is de conclusie van het CVZ dat foamsclerosering als behandeling van stamvarices niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Dit volgde ook al uit de CVZ-beoordeling in 2008.
<i>EVLT, RFO</i>	Het in 2008 door het CVZ ingenomen standpunt ten aanzien van endoveneuze laserbehandeling en radiofrequentie obliteratie is ongewijzigd: beide endoveneuze behandeltechnieken van stamvarices behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.
<i>Herbevestiging</i>	De update leidt dus niet tot een wijziging van het eerder, in 2008, ingenomen standpunt.
<i>Separaat rapport</i>	Het CVZ zal in een separaat uit te brengen rapport ingaan op de relatie tussen varices en klachten/symptomen en de medische noodzaak van invasieve behandeling. In dat kader zal aan de orde komen of/hoe een duidelijke scheidslijn aangebracht kan worden tussen varicesbehandelingen die medisch noodzakelijk zijn en varicesbehandelingen die een louter cosmetisch karakter hebben. Dit onderscheid is van belang, omdat laatstgenoemde behandelingen strikt genomen niet behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.

1. Inleiding

1.a. Standpunt CVZ uit 2008

Beoordeling behandeltechnieken 2008 In 2008 heeft het CVZ een standpunt uitgebracht over verschillende invasieve behandeltechnieken bij varices.¹

Geconcludeerd werd dat endoveneuze laserbehandeling (EVLB, EVLT) en radiofrequentie obliteratie (RFO, RFA) voor de behandeling van stamvarices voldoen aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk', evenals Transilluminated powered phlebectomy (Tipp) bij zijtakvarices en restvarices. Deze interventies behoren daarmee tot de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet (Zvw).

Foamsclerotherapie onder duplexcontrole van de varices van de *stamvene* in het bovenbeen behoort volgens het standpunt uit 2008 niet tot de stand van wetenschap en praktijk en maakt daarom geen deel uit van de te verzekeren prestaties Zvw.

Over foamsclerotherapie van de *zijtak-* en *restvarices* oordeelde het CVZ in 2008 dat dit een technische variant betreft van de sclerocompressietherapie met vloeistof en dat de effectiviteit hiervan bij deze indicatie blijkt de literatuur vaststaat. Foamsclerotherapie van de *zijtak-* en *restvarices* behoort derhalve tot de te verzekeren prestaties Zvw.

In het CVZ-standpunt uit 2008 is foamsclerotherapie van stamvarices in het *onderbeen* niet expliciet genoemd (i.c. varices van de vena saphena parva). In het rapport is wel onderscheid gemaakt tussen stamvarices en zijtak- en restvarices. Foamsclerotherapie als technische variant van sclerotherapie met vloeistof is genoemd in het kader van behandeling van *zijtak-* en *restvarices*. Uit dit onderscheid, en ook uit de in 2008 beoordeelde literatuur, volgt dat foamsclerotherapie van de *stamvarices*, van zowel de vena saphena magna als de vena saphena parva (dus in het onderbeen), niet tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort.

1.b. Update standpunt 2008

Aanleiding update Vanwege vragen uit de uitvoeringspraktijk heeft het CVZ besloten na te gaan of het standpunt uit 2008 herziening behoeft. In deze nieuwe beoordeling is geen onderscheid gemaakt tussen boven- en onderbeen (behandelingen van stamvarices kunnen zowel varices in het bovenbeen als in het

¹ Pakketadvies 2008, CVZ. *Standpunt - behandeling van varices*, www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2008/sp0802+behandeling+spataders.pdf

onderbeen betreffen), maar waar relevant is gepreciseerd om welke venen het gaat: stamvarices (vena saphena magna of vena saphena parva) danwel zijtak- en restvarices.

Onderscheid med. noodz./cosmetisch Wij voegen hier nog voor de goede orde aan toe dat wij afzonderlijk, in een separaat uit te brengen rapport, zullen ingaan op de relatie tussen varices en klachten/symptomen en de medische noodzaak van invasieve behandeling. In dat kader zal aan de orde komen of/hoe een duidelijke scheidslijn aangebracht kan worden tussen varicesbehandelingen die medisch noodzakelijk zijn en varicesbehandelingen die een louter cosmetisch karakter hebben. Dit onderscheid is van belang, omdat laatstgenoemde behandelingen strikt genomen niet behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

2. Toetsing aan regelgeving

2.a. Wet- en regelgeving	
<i>Te verzekeren risico's/prestaties</i>	<i>Te verzekeren risico's en prestaties</i> Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering. Artikel 11, derde lid, Zvw, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering (Bzv).
<i>Geneeskundige zorg</i>	<i>Geneeskundige zorg</i> Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat de zorg zoals o.a. medisch-specialisten die plegen te bieden.
<i>Stand wetenschap en praktijk</i>	<i>Stand van de wetenschap en praktijk</i> Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Het CVZ volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).
<i>Principes EBM</i>	De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expertopinionies.
<i>Selectie en weging</i>	Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.
<i>Kern methode</i>	Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Standpuntbepaling CVZ Uiteindelijk neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht. Het CVZ kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg genomen wordt met bewijs van een lager niveau.

Gelijkwaardig of meerwaarde Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het CVZ dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.

Beschrijving werkwijze CVZ: Rapport 5-11-2007 Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het CVZ naar zijn rapport van 5 november 2007 "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk" (uitgave CVZ 2007, 254).

2.b. Plegen te bieden

Functioneel omschreven prestaties In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden. Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Bij het plegen te bieden-criterium gaat het – kort gezegd – om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Om vast te stellen wat de beroepsgroep tot het aanvaarde zorgarsenaal rekent, gaat het CVZ te rade bij de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of zorg wordt verleend zoals de betreffende beroepsgroep die pleegt te bieden, verwijst het CVZ naar zijn rapport *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*. (CVZ 2008, 268)

Betreft zorg zoals med.spec. plegen te bieden

De endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices kunnen aangemerkt worden als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Om te worden aangemerkt als te verzekeren prestatie dient de zorg eveneens te voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. De beoordeling hiervan volgt hieronder.

2.c. Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk'

In deze paragraaf wordt de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk kort samengevat. De volledige beoordeling is beschreven in 'Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk van endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices' (Documentnummer 2010041063) en is toegevoegd als bijlage bij dit standpunt.

2.c.1. Varices in het kort

Wat zijn varices?

Bij varices is sprake van aderverwijding en insufficiënte kleppen, hetgeen kan leiden tot een minder effectief afvoeren van veneus bloed, stase en reflux. Varices komen vooral voor in de onderste extremiteiten, in het gebied van de vena saphena magna en de vena saphena parva. Varices op zichzelf zijn onschuldig en hoeven, indien er geen sprake is van klachten of complicaties, niet behandeld te worden. Klachten die in relatie tot varices worden genoemd zijn een zwaar of gespannen gevoel, zwelling, pijn, rusteloze benen, krampen en jeuk. Mogelijke complicaties zijn chronisch veneuze insufficiëntie (CVI) met oedeem en huidveranderingen, tromboflebitis en (zeldzaam) varicesbloeding. De behandeling bestaat uit conservatieve maatregelen en, indien deze geen effect hebben, uit invasieve behandeling.

Uitgebreide achtergrondinformatie

Uitgebreide achtergrondinformatie over varices, zoals (patho)fysiologie, prevalentie/incidentie, spontaan beloop en preventie/behandeling van varices, is opgenomen in de bijlage. Korteidshalve wordt daarnaar verwezen.

2.c.2. Herbeoordeling invasieve behandeltechnieken

Foamsclerosering

De herbeoordeling spitst zich toe op de *invasieve* behandeltechnieken. Het gaat dan om de foamsclerotherapie bij stamvarices en de behandeling van stamvarices door middel van endoveneuze laser therapie (EVL)² en radiofrequentie obliteratie (RFO)³.

EVL, RFO

SVS blijft buiten beschouwing

In deze beoordeling wordt endoveneuze behandeling van stamvarices met behulp van een stoomkatheter (Steam Vein Sclerosis, SVS) buiten beschouwing gelaten. Peer reviewed

² Er zijn verschillende benamingen voor deze techniek, EVLT endoveneuze laser techniek / endovenous laser therapy; EVLB endoveneuze laserbehandeling, EVLA endoveneuze laser ablatie.

³ RFO c.q. RFA (radiofrequente obliteratie c.q. ablatie)

gepubliceerde vergelijkende studies over deze behandeltechniek zijn namelijk nog niet voorhanden. Een nadere toelichting hierbij is terug te vinden in de bijlage.

Conclusie foam-sclerosering

2.c.3. Conclusies herbeoordeling stand wetenschap en praktijk
Foamsclerosering

Op basis van literatuuronderzoek concludeert het CVZ dat niet aangetoond is dat foamsclerotherapie als behandeling van stamvarices ten minste even effectief is als de standaard behandeling (crossectomie en strippen) of andere endoveneuze technieken (i.c. EVLT). Volgens de twee sinds 2008 verschenen vergelijkende studies (niveau B) wordt bij varices van de VSM en VSP door foam sclerotherapie in 77-78% occlusie bereikt (waarbij volgens een studie bij de meeste patiënten twee of meer behandelssessies nodig zijn), tegenover 90% van chirurgisch resp. 93,4% van middels EVLT behandelde patiënten. De studies betreffen kleine patiëntenaantallen, slechts een studie heeft een follow-up tijd van een jaar.

Foamsclerosering als behandeling van stamvarices voldoet hiermee niet aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Conclusie EVLT

Endoveneuze lasertherapie

Uit de literatuursearch komen geen nieuwe (vergelijkende) onderzoeken naar voren die aanleiding geven om het in 2008 ingenomen CVZ standpunt te wijzigen.

Endoveneuze lasertherapie voldoet dus (nog steeds) aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Conclusie RFO

Radiofrequentie obliteratie/ablatio

Uit de literatuursearch komen geen nieuwe (vergelijkende) onderzoeken naar voren die aanleiding geven om het in 2008 ingenomen CVZ standpunt te wijzigen.

Radiofrequentie obliteratie/ablatio voldoet dus (nog steeds) aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

3. Standpunt

Foamsclerosering Foamsclerosering als behandeling van stamvarices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dit volgde ook al uit de CVZ-beoordeling in 2008.

EVL, RFO Het in 2008 door het CVZ ingenomen standpunt ten aanzien van endoveneuze laserbehandeling en radiofrequentie obliteratie is ongewijzigd: beide endoveneuze behandeltechnieken van stamvarices behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Omdat de herbeoordeling niet leidt tot een wijziging van de in 2008 ingenomen standpunten, is er geen aanleiding om consequenties van het standpunt in beeld te brengen.

4. Vaststelling standpunt

Datum Dit standpunt is vastgesteld op 25-10-2010.

Het betreft een update van de in 2008 t.a.v. endovasculaire behandeltechnieken bij stamvarices ingenomen standpunten. De update leidt niet tot een wijziging van de eerdere standpunten; het vormt een herbevestiging ervan.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten.

Continue glucose monitoring

Op 1 november 2010 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

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

Volgnummer

2010086727

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

de heer J.C. de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 97

Samenvatting

Het CVZ heeft beoordeeld of continue glucose monitoring (CGM) voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en of het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of 'hulpmiddelenzorg'.

CGM zinvol voor bepaalde patiënten

Het CVZ concludeert dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (real-time) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt. Het betreft:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol));
- zwangeren vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).

Geprotocolleerde toepassing bevordert gepast gebruik

Het CVZ is van oordeel dat CGM bij de bovenvermelde patiëntengroepen alleen voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' als sprake is van een geprotocolleerde indicatiestelling en toepassing van CGM, inclusief de daarbij benodigde begeleiding.

Een geprotocolleerde toepassing van CGM bevordert het gepast gebruik van deze zorg.

Indicatieprotocol uitgangspunt zorginkoop

De NDF heeft hiertoe het protocol 'Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM' vastgesteld (bijlage 2).

Het CVZ adviseert verzekeraars dit protocol bij de zorginkoop als uitgangspunt te nemen.

Medisch-specialistische zorg

Omdat het hier gaat om zorg die plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een arts (medisch-specialist) en een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, concludeert het CVZ dat bij CGM sprake is van zorg die medisch specialisten plegen te bieden en niet van 'hulpmiddelenzorg'.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Eerder standpunt

In oktober 2007 kwam het CVZ tot de conclusie, dat er nog onvoldoende evidence was over de meerwaarde van continue glucose monitoring (CGM) met behulp van implanteerbare sensoren als onderdeel van de behandeling van diabetes mellitus. De op dat moment gevonden onderzoeken gaven geen inzicht in de effecten op langere termijn of in specifieke doelgroepen voor deze therapie.

Systematische review

Omdat sindsdien een aantal nieuwe RCT's is gepubliceerd, heeft het Dutch Cochrane Centre (DCC) in opdracht van het CVZ een systematische review van de literatuur uitgevoerd. Parallel aan dit traject heeft een producent van CGM een aanvraag ingediend voor toelating van CGM tot de hulpmiddelenparagraaf in de Regeling zorgverzekering.

Nieuwe beoordeling

In dit standpunt beoordeelt het CVZ de stand van de wetenschap en praktijk van CGM opnieuw. Daarbij gaat het CVZ ook in op de vraag of het hier zorg betreft zoals medisch-specialisten plegen te bieden of dat het 'hulpmiddelenzorg' betreft. Tevens besteedt het CVZ aandacht aan de financiële gevolgen en de (financiële) uitvoeringconsequenties die uit dit nieuwe standpunt voortvloeien.

Werkgroep van betrokken partijen

Het CVZ heeft bij de voorbereiding van dit standpunt een werkgroep betrokken, bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), DBC-onderhoud, ZonMW en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het protocol 'Indicatiecriteria voor de vergoeding van RT-CGM' dat waarborgen biedt voor een goede indicatiestelling en toepassing van CGM is, in nauw overleg met het CVZ, opgesteld door de NDF.

1.b. Achtergrond van CGM

Wat is diabetes mellitus?

Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam onvoldoende energie uit glucose (suikers) kan halen. Suikers kunnen in de meeste cellen alleen opgenomen worden indien er voldoende insuline aanwezig is en de insulinereceptoren in de cellen goed werken. Bij mensen met diabetes mellitus is het regelende mechanisme van de bloedsuikerspiegel niet helemaal in orde. Bij diabetes type 1 (ongeveer 15% van de mensen met diabetes in Nederland) wordt er geen of nauwelijks insuline meer gemaakt (geproduceerd door de eilandjes van Langerhans in de alvleesklier) waardoor de suikers niet in de cellen worden opgenomen. Bij diabetes type 2 (ongeveer 85% van de mensen met diabetes in Nederland) is er sprake van een verminderde insulineproductie en/of werken de insulinereceptoren in de cellen niet naar behoren.

Belang van zelfcontrole

Bij zelfzorg of zelfmanagement bij personen met diabetes staat zelfcontrole van de bloedglucosespiegel centraal. Het zelf bepalen van bloedglucosewaarden kan meer inzicht geven in de factoren die op die waarden van invloed zijn. Dit kan helpen bij het streven naar adequate bloedglucose-regulatie en een afname van de kans op complicaties.

Glycaemische (metabole) controle bij patiënten met diabetes kan door zelfcontrole van het glucosegehalte in het bloed (of subcutane weefsel) en door regelmatig laten meten van het HbA1c.

Hypoglycaemie

Hypoglycaemie is een te laag bloedglucosegehalte (<3 mmol/l). Milde hypoglycaemie wordt in het algemeen goed verdragen, maar ernstige hypoglycaemie kan verwondingen, bewustzijnsverlies, coma of de dood als gevolg hebben. Herhaalde hypo's kunnen leiden tot verminderde symptoomwaarneming: 'hypo-unawareness', het niet tijdig voelen aankomen van hypo's. Doordat het lichaam went aan hypo's wordt pas bij een lagere bloedsuikerspiegel een waarschuwingssignaal afgegeven dan normaal. Veel patiënten met diabetes type 1 verliezen na lange duur van de aandoening de gewaarwording van hypo's. Ook neuropathie kan het gevoel van hypo's verminderen.

Beperkingen van standaardcontrole

Standaard geschiedt de bloedglucosecontrole op een met een vingerprik verkregen bloedmonster. Deze methode van glycaemische controle heeft zijn beperkingen. Het zijn slechts 'momentopnames' en zelfs onder ideale omstandigheden geeft de meting niet volledig accuraat de werkelijke glucosewaarde aan. Daar komt bij dat een aantal diabetespatiënten vele malen per dag moeten prikken, waardoor het gevoel in de vingers afneemt. Ook moet de gebruikte apparatuur voor zelftests conform de richtlijnen worden gecontroleerd en geijkt.

Continue glucose monitoring

CGM is mogelijk door het met sensoren meten van het glucosegehalte in het subcutane weefsel dat een correlatie heeft met het glucosegehalte in het bloedplasma. Deze sensoren moeten gekalibreerd (geijkt) worden met standaard bloedglucosecontrole (vingerprik). De sensoren kunnen ook waarschuwen voor hypo- of hyperglycaemische uitslagen. Voorafgaand aan therapie-wijzigingen blijft bevestigen van de meetresultaten met CGM door standaardcontrole (vingerprik) noodzakelijk.

Het meten van glucose in (subcutaan) interstitieel weefsel is ontwikkeld als een alternatief voor het op bepaalde momenten meten van het bloedglucosegehalte met de standaard bloedglucosecontrole (vingerprik). Een subcutaan geplaatste sensor meet continu het glucosegehalte in het interstitiële

weefsel en genereert gegevens die patronen en het verloop van de glucosemetingen tonen. Het systeem wordt meestal samen gebruikt met een insulinepomp. Eenmaal geplaatst onder de huid is de sensor na ongeveer 2 uur 'functioneel', de huidige generatie sensoren moet elke 3 à 7 dagen worden vervangen. Er zijn ruwweg twee typen systemen: systemen die gedurende een bepaalde periode (dagen) gegevens verzamelen en retrospectief uitgelezen worden en 'real-time' systemen die op een display de actuele glucosewaarde weergeven.

Diagnostische en therapeutische inzet CGM

CGM kan diagnostisch worden ingezet om patronen in het verloop van de glucosespiegel te herkennen bij slecht in te stellen patiënten. Veelal worden hiervoor de gegevens retrospectief uitgelezen. Als therapeutische toepassing bij de glycaemische (zelf-)controle wordt meestal real-time CGM toegepast, waarbij de gegevens direct zijn uit te lezen.

Type 2 diabetes: onvoldoende bewijs

Uit de systematische review van de DCC concludeert het CVZ dat er voor het toepassen van CGM bij diabetes type 2 nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is. Er werden slechts twee kleine RCT's over de effectiviteit bij diabetes type 2 gevonden, waarvan één met een hoog risico op bias. Er werd wel een verbetering in het HbA1c-gehalte gevonden, maar na drie maanden was er geen significant verschil in HbA1c tussen beide groepen (CGM en self-monitoring of blood glucose (SMGB) en tussen andere uitkomstmaten, zoals hypoglycaemieën.

Beperking tot type 1 diabetes

Om die reden beperkt het CVZ zich in dit standpunt tot het gebruik van real-time CGM bij zelfcontrole door patiënten met diabetes type 1, met uitzondering van zwangeren met bestaande diabetes.

1.c. Leeswijzer

Na deze inleiding gaat het CVZ in hoofdstuk twee in op de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. In hoofdstuk drie besteedt het CVZ aandacht aan de EBM-methode volgens welke het CVZ de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt. De resultaten van deze beoordelingsmethode beschrijft het CVZ in hoofdstuk vier en in hoofdstuk vijf bespreekt het CVZ deze resultaten en komt tot een conclusie. De (financiële) uitvoeringsconsequenties van dit standpunt zijn verwoord in hoofdstuk zes en in hoofdstuk zeven stelt het CVZ het standpunt vast.

2. Wet- en regelgeving

2.a. Inleiding

Medisch-specialistische zorg en hulpmiddelen

Omdat in dit standpunt zowel de te verzekeren prestatie 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' als 'hulpmiddelenzorg' aan de orde komen, schetst het CVZ hierna beide te verzekeren prestaties, zoals deze gelden in het jaar 2010. In het Pakketadvies 2010, deelrapport Hulpmiddelenzorg, heeft het CVZ de minister van VWS geadviseerd de aanspraak op diabetes hulpmiddelen met ingang van 1 januari 2011 functiegericht te omschrijven. Omdat de minister dit advies heeft overgenomen, geeft het CVZ hierna ook aan hoe deze functiegerichte omschrijving luidt.

2.b. Zorgverzekeringwet (Zvw)

Te verzekeren risico

Artikel 10, onder a en d, bepalen respectievelijk dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.

2.c. Besluit zorgverzekering (Bzv)

Stand van de wetenschap en praktijk

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Redelijkerwijs aangewezen

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv).

Hulpmiddelenzorg

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

2.d. Regeling zorgverzekering (Rzv)

Huidige regeling

Artikel 2.6. onderdeel n: hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.20 (tot 1 januari 2011)

Deze te verzekeren prestatie omvat:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
 - a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Functiegerichte omschrijving

Functiegerichte omschrijving Artikel 2.6

(met ingang van 1 januari 2011)

o. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Toelichting op artikel 2.6, onderdeel o

Deze functiegerichte omschrijving betreft de diabetes hulpmiddelen. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de injectiepenningen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de bloedglucosemeter inclusief de noodzakelijke teststrips inclusief eventuele noodzakelijke toebehoren. Indien een verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een niet-aangepaste uitvoering van bijvoorbeeld een bloedglucosemeter, heeft een verzekerde aanspraak op een aan de handicap aangepaste bloedglucosemeter. Ketonen teststrips maken geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving, maar van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Er is dus sprake van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie.

3. Beoordelingswijze stand van de wetenschap en praktijk

3.a. Methode

Evidence based medicine

3.a.1. Inleiding

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM) zoals vastgelegd in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ 2007, publicatienummer 254). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Naast internationale literatuur wordt er dus ook rekening gehouden met de gepubliceerde expertopinie.

De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'. Evidence based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positief standpunt over de effectiviteit van een interventie medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

3.a.2. Vraagstelling en relevante uitkomstmaten

De vraagstelling voor de systematische review die door het Dutch Cochrane Centre (DCC) in opdracht van het CVZ is uitgevoerd was:

Vraagstelling

Is CGM effectiever voor het onder controle houden van het glucosegehalte en beter geaccepteerd dan gangbare zelfcontrole van de bloedglucose en, zo ja, welk systeem de voorkeur verdient. Tevens diende nagegaan te worden of er wellicht subgroepen zijn bij welke CGM effectiever is. Ook is aandacht besteed aan de met CGM gepaard gaande kosten.

<i>Uitkomstmaten</i>	Relevante uitkomstmaten waren primair: HbA1c-gehalte en episodes met ernstige hypoglycaemie. Secundaire uitkomsten waren: kwaliteit van leven, complicaties en bijwerkingen, en glycaemische controle. Voor het HbA1c-gehalte als primaire uitkomstmaat is gekozen omdat dit gehalte een goede voorspeller is van het optreden van vasculaire complicaties. <i>3.a.3. Zoekstrategie</i>
<i>Drie systematische reviews</i>	Het onderzoek dat door de DCC is uitgevoerd bestaat uit drie systematische reviews, te weten: • patiënten met diabetes type 1 (deel 1); • zwangere vrouwen met diabetes (deel 2); • patiënten met diabetes type 2 (deel 3)
<i>Type 2 diabetes</i>	Deel 1 is een Cochrane Review. Omdat uit de systematische review blijkt dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit voor het toepassen van CGM bij diabetes type 2, blijft dit deel van de review (deel 3) in dit standpunt verder buiten beschouwing.
<i>Criteria</i>	De criteria voor de te beschouwen onderzoeken waren als volgt: RCT's met patiënten met gediagnosticeerde diabetes mellitus, waarin het gebruik van een CGM-systeem vergeleken wordt met conventionele bloedglucose zelfcontrole of waarin verschillende CGM-systemen met elkaar vergeleken worden. De uitkomsten waren glycaemische controle (HbA1c gehalte, hypoglycaemie, ketoacidosis, via CGM bepaalde hypo- en hyperglycaemie), kwaliteit van leven/patiënt tevredenheid en complicaties. Verandering van het HbA1c gehalte was de belangrijkste uitkomstmaat. Een daling van het HbA1c-gehalte betekent een verbetering van de glycaemische controle. Wanneer het verschil in verandering van HbA1c gehalte tussen de CGM en controle groep 0.4% of groter is, wordt gesproken van een klinisch relevant effect. Er is naar artikelen over RCT's gezocht in de databases MEDLINE, EMBASE, CENTRAL en CINAHL. Daarnaast is gezocht in referentielijsten van relevante artikelen en trialregisters en zijn experts geraadpleegd. De selectie van artikelen werd uitgevoerd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. De methodologische kwaliteit van de RCT's is beoordeeld aan de hand van de 'Risk of bias tool' van de Cochrane Collaboration, ook weer door twee onderzoekers (een methodoloog en een clinicus) onafhankelijk van elkaar. De resultaten zijn kwalitatief beschreven. Meta-analyse was niet mogelijk omdat de RCT's te veel van elkaar verschilden in studieopzet en/of patiënten populatie.

***Aanvullende
literatuuronder-
zoek***

Het CVZ heeft in februari 2010 een aanvullende literatuur search verricht met de zoektermen (continuous monitoring glucose) OR CGMS OR CGM) AND Diabetes en met zoektermen (continuous AND ("Monitoring, Physiologic" Mesh]) AND "Diabetes Mellitus, Type 1"[MAJR]). Beide met limieten vanaf augustus 2009 (einddatum search DCC), voor CGM toepassing bij kinderen is aanvullend naar literatuur gezocht vanaf 2003. Geselecteerd zijn studies die niet in de DCC review zijn opgenomen en die specifiek de toepassing van CGM bij kinderen met diabetes type 1, slecht ingestelde volwassenen met diabetes type 1 of bij zwangere vrouwen met bestaande diabetes behandelen. Hieronder bevinden zich ook de twee studies door een producent van CGM zijn aangeleverd en die niet waren meegenomen in de DCC-reviews.

***Internationale
standpunten en
richtlijnen***

Verder is gezocht naar internationale standpunten en richtlijnen en naar lopend onderzoek op het gebied van CGM.

4. Resultaten

<i>Geïnccludeerde studies</i>	4.a. Resultaten systematische reviews DCC In totaal zijn 19 RCT's geïnccludeerd. Zeven RCT's werden uitgevoerd bij kinderen en zes RCT's bij volwassenen. Twee RCT's werden uitgevoerd bij patiënten van alle leeftijden, maar rapporteerden resultaten voor verschillende leeftijdsgroepen afzonderlijk (kinderen, adolescenten en volwassenen en adolescenten en volwassenen). Vier RCT's maakten geen onderscheid naar leeftijd. Acht RCT's zijn uitgevoerd bij patiënten met moeilijk instelbare diabetes (HbA1c >8%). RCT's bij zwangere vrouwen specifiek met type 1 diabetes en patiënten die hypoglycaemische perioden niet meer voelen aankomen (hypoglycaemia unawareness) ontbraken. Op één RCT na werd in alle RCT's het CGM systeem in de thuissituatie gebruikt. Glycaemische controle werd in alle RCT's als uitkomst meegenomen. Kwaliteit van leven werd slechts in drie RCT's geëvalueerd en patiënttevredenheid in twee RCT's. Alle RCT's vergeleken CGM met conventionele bloedglucose zelfcontrole of met geblindeerde CGM. Er waren geen RCT's die CGM-systemen onderling vergeleken.
<i>Kinderen met diabetes type 1</i>	Hieronder gaat het CVZ kort in de op resultaten van de DCC-review. Uitgebreidere informatie vindt u in de (medische) achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (bijlage 1). • Patiënten met diabetes type 1 (deel 1 DCC-review) Voor kinderen met diabetes type 1 is er zeer beperkt wetenschappelijk bewijs, gebaseerd op één RCT met een laag risico op bias, dat real-time CGM de glycaemische controle verbetert. Voor de retrospectieve CGM-systemen waren de resultaten van de RCT's zeer inconsistent.
<i>Slecht ingestelde type 1 diabetes</i>	Voor patiënten met slecht ingestelde diabetes type 1 (HbA1c >8% [64 mmol/mol]) is er beperkt wetenschappelijk bewijs (3 RCT's, met laag risico op bias) voor een verbetering van de glycaemische controle door het gebruik van real-time CGM. De RCT's over retrospectieve CGM-systemen geven inconsistente resultaten.
<i>Adolescenten en volwassenen met diabetes type 1</i>	Voor adolescenten werd voor geen enkele uitkomst een statistisch significant verschil gevonden. Gebruik van real-time CGM over een periode van 6 maanden geeft inconsistente bevindingen. Voor volwassenen werd, voor de belangrijkste uitkomstmaten voor glycaemische controle, bij kortdurend (< 6 maanden) gebruik van real-time CGM systemen geen verschil gevonden

ten opzichte van de controlegroep, hoewel in één RCT een relatief groot en klinisch relevant verschil in daling in HbA1c werd gevonden (-0.69%, p=0.07).

Ook werd voor het gebruik van retrospectieve CGM-systemen geen verschil gevonden ten opzichte van de controlegroep in de belangrijkste uitkomstmaten voor glycaemische controle.

Wat patiënttevredenheid betreft: uit één RCT met een laag risico op bias bleek dat gebruikers van een insulinepomp gecombineerd met een CGM-systeem meer tevreden zijn over hun insulinebehandeling dan patiënten die een insulinepomp gebruiken met conventionele bloedglucose zelfcontrole.

Er was geen verschil in patiënttevredenheid tussen patiënten die 6 dagen real-time toegang tot hun CGM-gegevens hadden vergeleken met patiënten die over dezelfde periode achteraf hun CGM-gegevens konden inzien (één RCT, matig risico op bias).

Zwangere vrouwen

- **Zwangere vrouwen met diabetes** (deel 2 DCC-review)
Er is beperkt wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van CGM voor zwangere vrouwen met bestaande diabetes. CGM gebruik was geassocieerd met een verbetering van de glycaemische controle, een lager geboortegewicht en lager risico op macrosomia. Voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes werden geen verschillen in uitkomsten tussen CGM en controlegroep gevonden.

Conclusie DCC

De DCC concludeert dat er op dit moment ten hoogste beperkt wetenschappelijk bewijs ('evidence') voor de effectiviteit van real-time CGM in enkele patiëntengroepen. Het gaat om: kinderen met diabetes type 1, patiënten met slecht ingestelde diabetes type 1 en zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2). De effectiviteit van CGM is hoger wanneer de sensoren vaak gebruikt worden. Studies bij patiënten die hypoglycaemische perioden niet meer aanvoelen, ontbraken.

4.b. Resultaten aanvullende search CVZ

4.b.1. Onderzoeken

Aanvullende onderzoek CVZ

In de aanvullende search die door het CVZ is uitgevoerd zijn 10 onderzoeken geïnccludeerd. Voor de kenmerken en resultaten van deze studie verwijst het CVZ u naar de achtergrondrapportage stand van de wetenschap en praktijk (bijlage 1), tabel 1, referenties 5-14.

Informatie producent

De aanvragende producent (Medtronic) heeft een dossier aangeleverd als onderbouwing van de stelling dat in de periode vanaf oktober 2007 tal van studies zijn gepubliceerd over het systeem voor persoonlijke CGM ofwel systemen die glucosewaarden op continue basis meten en tonen. Naast abstracts van presentaties op medische congressen die de voordelen van het gebruik van CGM bevestigen, noemt

Medtronic meest belangrijk 9 (in peer reviewed tijdschriften gepubliceerde) studies.

De studies zijn grotendeels ook meegenomen in de DCC-reviews. De kenmerken en resultaten van deze studies treft u aan in de achtergrondrapportage stand van de wetenschap en praktijk (bijlage 1), tabel 2.

4.b.2. Richtlijnen

ADA

In de Standards of Medical Care in Diabetes van de American Diabetes Association wordt CGM, samen met intensieve insulinebehandeling, genoemd als een bruikbaar hulpmiddel om het HbA1c te verlagen in een geselecteerde groep volwassenen (leeftijd ≥ 25 jaar) met diabetes type 1.

NDF zorgstandaard

De NDF Zorgstandaard Addendum Diabetes type 1 (2009) geeft aan dat CGM met een glucosesensor een betrouwbaar beeld geeft van het verloop van de glucosewaarden, zodat mensen met diabetes in staat worden gesteld hun eigen ziekteproces beter te regisseren, waardoor de behandeling van diabetes verbetert. Volgens de NDF kan het optreden van hypoglycaëmieën hierdoor zeer sterk afnemen.

NICE CG 15

In richtlijn CG15 'Type 1 diabetes in adults' (augustus 2008) geeft het Engelse NICE aan dat CGM-systemen een rol spelen bij het bepalen van het glucoseprofiel van met insuline behandelde volwassenen met voortdurende controle problemen.

In een update (juni 2009) geeft NICE aanvullend aan dat aan kinderen en jongeren met type 1 diabetes die blijvende problemen hebben met hypoglycaëmie unawareness of herhaalde hypoglycaëmie of hyperglycaëmie CGM-systemen moeten worden aangeboden.

ADA

De American Diabetes Association geeft aan dat patiënten met onverklaarde stijgingen van het HbA1c of met onverklaarde hypo- en hyperglycaëmie voordeel kunnen hebben van het gebruik van CGM of meer frequente zelfcontrole.

De Canadese Diabetes Association stelt dat het gebrek aan (in 2008) beschikbare gegevens (inclusief data over de accuratesse) het niet mogelijk maakt definitieve aanbevelingen te doen over de rol van real-time CGM bij de behandeling van diabetes.

De Duitse Arbeitsgemeinschaft diabetologische Technologie geeft in een position paper als antwoord op vragen van het GKV-Spitzenverband (vereniging van ziekenfondsen), onder meer, het volgende aan.

Het toepassen van CGM als diagnostisch hulpmiddel is geen onderdeel van de hulpmiddelenlijst omdat in de regel voor de beoordeling een arts noodzakelijk is.

Patiënten die aantoonbaar, ondanks intensieve inspanningen

(deelname aan gestructureerd scholingsprogramma, uitputting van therapeutische mogelijkheden, regelmatige bloedsuikercontrole, pogingen tot optimalisering van de therapie) geen bevredigende stofwisselingscontrole bereiken hebben substantieel voordeel van de inzet van CGM. Toepassing tijdens de zwangerschap is een belangrijke indicatie.

Bij nog niet schoolgaande kinderen ligt de reactie op de glucosewaarden en -profielen in handen van ouders/verzorgers. Voor de ouders van deze kinderen is een continue bewaking van het glucoseverloop een wezenlijke verlichting. Vooral de verhoogde zekerheid 's nachts verlicht de uitvoer van de diabetestherapie.

ANZHSN	Het Australian and New Zealand Horizon Scanning Network geeft in een horizonscan 'Continuous glucose monitoring in pregnant women with diabetes' aan dat studies aangeven dat de met CGM verkregen gegevens nuttig zijn voor 'patient management' beslissingen en betere uitkomsten voor zowel moeder als kind mogelijk maken. Introductie voor alle zwangeren is niet aanbevolen.
CTAF	Het Amerikaanse California technology assessment forum stelt in een review van gepubliceerde wetenschappelijke literatuur dat het criterium 'de technologie moet de netto gezondheidsuitkomsten verbeteren' is gehaald voor niet-zwangere volwassenen en niet is gehaald voor kinderen of voor zwangere vrouwen.
	<i>4.b.3. Standpunten</i>
CIGNA	Amerikaans verzekeraar Cigna vergoedt continue glucose monitoring systemen (CGMS) onder voorwaarden.
Aetna	Amerikaanse verzekeraar Aetna acht kortdurend (tot 72 uur en maximaal 2x per 12 maanden) diagnostisch gebruik van CGM-hulpmiddelen medisch noodzakelijk voor type 1 diabetici met bepaalde problemen bij het controleren van het bloedglucosegehalte. Langdurig therapeutisch gebruik acht Aetna medisch aanvullend op vingerprik testen van bloedglucose noodzakelijk bij volwassenen van 25 jaar en ouder met type 1 diabetes en voor jongere personen met type 1 diabetes met herhaalde periodes van ernstige hypoglycaemie (bloedglucose < 50 mg/dl) met unawareness waarbij assistentie van een ander nodig was, ondanks aanpassen van de insulinetherapie en naleven van frequente zelfcontrole.
Regence	Amerikaanse verzekeraar Regence geeft aan dat CGM in interstitieel weefsel in sommige situaties medisch noodzakelijk kan zijn.

Tufts

Het Amerikaanse TUFTS Health Plan vergoedt CGM-systemen als voldaan is aan meerdere criteria. Daarnaast vindt vergoeding plaats bij monitoring tot 72 uur als een diagnostische test.

Humana

Leden van het Amerikaanse HUMANA kunnen in aanmerking komen voor diagnostische CGM- systemen als sprake is van type 1 diabetes en aan bepaalde criteria is voldaan. In sommige situaties kunnen leden in aanmerking komen voor langdurende CGM-gebruik, aanvullend op standaard bloedglucose vingerprik metingen.

Om in aanmerking te komen voor CGMS met draadloze communicatie met een insulinepomp moet de patiënt ook in aanmerking komen voor een insulinepomp.

5. Bespreking en beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

5.a. Bespreking stand van de wetenschap en praktijk

Toepassing CGM zinvol

Uit de gepubliceerde RCT's blijkt dat er voor langdurige therapeutische toepassing geselecteerde patiëntengroepen bestaan waarbij (real-time) CGM zinvol is. Deze groepen zijn:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol));
- zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 1 of 2.

Voordelen boven standaardcontrole

CGM biedt op de belangrijkste uitkomstmaat, HbA1c, voordelen boven standaard zelfcontrole bij patiënten met diabetes type 1. Er zijn korte en langere termijn resultaten (6-12 maanden) over het effect op het HbA1c. Het verband tussen HbA1c en het voorkomen van complicaties is overtuigend aangetoond en biedt daarom voldoende zekerheid als uitkomstmaat om conclusies te kunnen trekken.

Effectiviteit niet voor alle patiënten overtuigend

De effectiviteit van CGM is niet bij alle patiëntengroepen even overtuigend aangetoond. Edelman et al (2009) geven in een narratieve literatuur review (36), onder meer, methodologische moeilijkheden aan die bij onderzoek op dit gebied bestaan:

- dubbelblind placebo gecontroleerd onderzoek is met deze techniek niet haalbaar (de gegevens moeten worden gebruikt bij aanpassingen in de insulinentherapie);
- de populatie van mensen met diabetes is een heterogene;
- intensieve diabetes controle bestaat uit meerdere elementen (zoals educatie, vaardigheid van de gebruiker en hoe deze op de meetgegevens reageert) die de uitkomsten beïnvloeden, hierdoor is het soms moeilijk om het specifieke effect van CGM te bepalen.

Therapietrouw en educatie van belang

Voor het verschil in resultaten tussen verschillende leeftijdsgroepen blijkt uit latere publicaties dat therapietrouw van essentieel belang is. In meerdere studies verlaagde CGM het HbA1c bij volwassen patiënten met suboptimaal gecontroleerde diabetes type 1 met name als meewerkende (compliant) patiënten die de apparatuur verdroegen, geselecteerd werden (37).

Ook educatie lijkt een belangrijke rol te spelen in het effect van CGM. Fabiato et al (2009) (38) geven aan dat duidelijkheid geven over de te verwachten effecten en uitgebreide educatie noodzakelijk zijn voor succesvolle implementatie. Evert et al (2009) beschrijven de ontwikkeling en implementatie van een educatieprogramma voor het starten van real-time CGM (39).

Hirsch (2009) noemt in een clinical review patiëntselectie een sleutel tot succes (40). Als voorspellers voor succes bij toepassing van real-time CGM noemt Hirsch:

- begrijpen van de basis van insulinentherapie;
- weinig angst voor nieuwe technologie;
- begrijpen dat de trend van glucosestijging en -daling belangrijker is dan het glucosegetal op de ontvanger;
- bereidheid om de diabetesbehandeling te wijzigen als het CGM-apparaat aangeeft dat eerder gedrag leidt tot verstoorde glucosecontrole;
- frequentie van gebruik van de sensor.

***Gestructureerd
zorgaanbod***

Voor het leveren van functioneel gestructureerde zorg is het van belang dat bij de toepassing van CGM een ter zake deskundig multidisciplinair behandelteam betrokken is, waarin tenminste een medisch eindverantwoordelijke arts (specialist), diabetesverpleegkundige en diëtist samenwerken.

***Goede selectie
verhoogt
effectiviteit CGM***

Er blijkt uit de literatuur en binnen de beroepsgroep voldoende en consistente consensus te bestaan dat goede selectie de effectiviteit nog verder verhoogt.

Therapietrouw en educatie en begeleiding door een deskundig behandelteam zijn bij de selectie van patiënten belangrijke factoren.

De bescheiden, maar klinisch relevante, effecten in onderzoeksverband, de kosten van CGM en het bovenstaande, onderstrepen het belang van een indicatieprotocol voor de selectie van patiënten waarbij toepassen van CGM effectief is.

***Geprotocolleerde
toepassing
bevordert gepast
gebruik***

Het geprotocolleerd toepassen van CGM bevordert het gepast gebruik van deze zorgvorm. De NDF heeft hiertoe in april 2010 heeft protocol 'Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM' vastgesteld (bijlage 2). Het CVZ is van oordeel dat dit protocol waarborgen biedt voor een goede indicatiestelling en toepassing van CGM.

Evaluatieonderzoek

Een evaluatieonderzoek van de toepassing van CGM in de praktijk zal het inzicht in patiëntgerelateerde succes- en faalfactoren vergroten. Mogelijk kan dit leiden tot indicatieaanscherping of -uitbreiding.

***Medisch-
specialistische zorg***

Om gecontroleerd gebruik te garanderen is eindverantwoordelijkheid van een arts (medisch specialist) noodzakelijk bij het gebruik van CGM. Omdat het bij CGM gaat om middelen die in de thuissituatie worden gebruikt en waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, betreft het toepassen van CGM zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en geen hulpmiddelenzorg (zie rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – uitgave CVZ 2009, publicatienummer 280).

***Inhoudelijke
consultatie***

De medische beoordeling is voor inhoudelijke consultatie voorgelegd aan relevante wetenschappelijke verenigingen: Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), onderafdeling hiervan, de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (NVE) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). In de reacties genoemde opmerkingen zijn verwerkt in de (medische) achtergrondrapportage bij dit rapport (bijlage 1).

5.b. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

Oordeel CVZ

Het CVZ is van oordeel dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (real-time) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt (zie hierna). Het betreft:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol);
- zwangeren vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).

***Geprotocolleerde
toepassing
bevordert gepast
gebruik***

Uit de literatuur en binnen de beroepsgroep blijkt voldoende consensus te bestaan dat goede selectie de effectiviteit nog verder verhoogt. Therapietrouw, educatie en begeleiding door een deskundig behandelteam zijn eveneens belangrijke factoren voor de effectiviteit van CGM. Het CVZ is van oordeel dat CGM bij de bovenvermelde patiëntengroepen alleen voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' als sprake is van een geprotocolleerde indicatiestelling en toepassing van CGM, inclusief de daarbij benodigde begeleiding. Een geprotocolleerde toepassing van CGM bevordert het gepast gebruik van deze zorg. De NDF heeft hiertoe het protocol 'Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM' vastgesteld (bijlage 2). Het CVZ adviseert verzekeraars dit protocol bij de zorginkoop als uitgangspunt te nemen.

***Medisch-
specialistische zorg***

Het CVZ is van oordeel dat het toepassen van CGM-zorg onder verantwoordelijkheid valt van de medisch-specialist. Het betreft zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en geen hulpmiddelenzorg. Het CVZ concludeert dat CGM deel uit maakt van de medisch-specialistische zorg en om die reden gefinancierd dienen te worden via de DBC-systematiek.

***Positionering
insulinepomp:
nader rapport***

Het CVZ is van oordeel dat ook de insulinepomp onderdeel zou moeten zijn van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. Op dit moment vindt vergoeding van de insulinepomp nog plaats vanuit de 'hulpmiddelenzorg'. Het overhevelen van de financiering van de insulinepomp heeft op dit moment zodanige uitvoeringsconsequenties dat dit een zorgvuldige voorbereiding vergt. In de loop van 2011 brengt het CVZ hierover een apart rapport uit.

***Uitvoerings-
consequenties***

Het CVZ realiseert zich dat dit standpunt over CGM leidt tot enkele (financiële) uitvoeringsconsequenties. In het volgende hoofdstuk brengt het CVZ de financiële gevolgen van dit standpunt in beeld en besteedt aandacht aan deze uitvoeringsconsequenties.

6. Financiële gevolgen en uitvoeringsconsequenties

6.a. Financiële gevolgen

6.a.1. Aantal gebruikers

Aantal mensen dat voor CGM in aanmerking komt

In Nederland zijn ongeveer 70.000 mensen met diabetes type 1. Uitgaande van het hanteren door zorgverzekeraars van het protocol voor de indicatiestelling en toepassing van CGM, zoals opgesteld door de NDF, berekent het CVZ het aantal gebruikers van CGM op 3.000 per jaar. Het gaat om 70.000 type 1 diabeten, waarvan 20% gebruik maakt van een insulinepomp en waarvan vervolgens 20% geschikt is voor de toepassing van CGM. Dit aantal rondt het CVZ af naar 3.000 omdat ook zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die voldoen aan de criteria genoemd in het NDF-protocol voor CGM in aanmerking kunnen komen.

6.a.2. Kosten per gebruiker en totale kosten op jaarbasis

Meerkosten CGM

In Nederland is er op de markt één systeem beschikbaar voor real-time CGM als onderdeel van de insulinepomp: Paradigm RT-CGMS. Er zijn twee niet aan een insulinepomp gekoppelde systemen voor real-time CGM, te weten: de Freestyle Navigator en Guardian RT-CGMS. Het CVZ concludeert op basis van de door leden van de werkgroep aangedragen kosten- en gebruiksinformatie, dat de meerkosten van CGM op jaarbasis per gebruiker afgerond ongeveer € 2.900 bedragen. Hieronder geeft het CVZ deze meerkostenberekening voor beide systemen weer.

De totale kosten van het gebruik van CGM bedragen op jaarbasis, uitgaande van een gebruik van 80%, ongeveer € 3.800. Het betreft hier de kosten van strips en lancetten, de kosten van de zender (en de ontvanger bij de Freestyle Navigator) en in hoofdzaak de kosten van de sensoren.

Ten opzichte van de traditionele meetmethode (vingerprik) leidt toepassing van CGM tot een besparing op het gebruik van teststrips en lancetten. De besparing begroot het CVZ op (afgerond) € 900.

Per saldo leidt het toepassen van CGM tot een bedrag aan meerkosten van € 8,7 miljoen per jaar ($3.000 \times € 2.900$).

Het CVZ tekent hierbij nog het volgende aan. Het geprotocolleerd indiceren en toepassen van CGM zal mogelijk tot meer behandelcontacten leiden tussen de verzekerden en de diabetesverpleegkundige/medisch specialist. Anderzijds kan de frequentie van deze contacten bij slecht ingestelde diabetes afnemen ten gevolge van het gebruik van CGM. Of dit per saldo leidt tot extra kosten is op dit moment niet bekend. De eventuele extra kosten zullen moeten worden vertaald in de DBC-systematiek.

Daartegenover staat dat toepassing van CGM bij de patiënt leidt tot een verbeterde instelling van de diabetes en dus een vermindering van bijvoorbeeld ambulancevervoer en ziekenhuisopnamen en verbetering van kwaliteit van leven. Op dit moment bestaat geen inzicht in de verhouding tussen deze meer- en minderkosten. Het CVZ acht het daarom van groot belang dat de door de NDF opgestelde evaluatie van het protocol 'Proeftuin CGM' door de bij de diabeteszorg betrokken partijen ter hand wordt genomen.

6.b. Bekostiging

DBC-systematiek

Het CVZ oordeelt in dit standpunt dat CGM tot de zorg behoort die medisch-specialisten plegen te bieden en dat CGM, mits geprotocolleerd toegepast, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat CGM behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet en dat CGM derhalve via de DBC-systematiek vergoed dient te worden vanuit het basispakket. Voor diabetes mellitus zijn DBC's beschikbaar binnen het (vrij onderhandelbare) B-segment. In het B-segment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf onderhandelen over de prijs van CGM. Dit kan worden meegenomen in de onderhandelingen voor 2011 die binnenkort van start gaan. Of de kosten van CGM op termijn naast de DBC-prijs, feitelijk als een zogenoemde add-on, kunnen worden gedeclareerd, is uiteindelijk aan de NZa.

6.c. Polisvoorwaarden

Aanpassing niet noodzakelijk

De medisch-specialistische zorg kent een open omschrijving als te verzekeren prestatie. Het feit dat het CVZ van oordeel is dat het bij CGM gaat om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv), betekent dat aanpassing van de polisvoorwaarden van verzekeraars niet noodzakelijk is. Desgewenst kunnen verzekeraars de geprotocolleerde toepassing van CGM, zoals opgenomen in het NDF-protocol, in de polisvoorwaarden opnemen.

6.d. Risicoverevening

Het CVZ is nagegaan of dit standpunt consequenties heeft voor de risicoverevening. Binnen de risicoverevening wordt onderscheid gemaakt tussen insuline-afhankelijke en niet insuline-afhankelijke diabetes. De achterliggende oorzaak voor het insulinegebruik (indicatie) speelt in de risicoverevening geen rol. In totaal gaat men in de risicoverevening uit van 210.000 insuline-afhankelijke diabetes. Op basis van de berekende jaarlijkse meerkosten voor CGM van € 8,7 miljoen (3.000 x € 2.900) beveelt het CVZ het ministerie van VWS aan een verhoging door te voeren in de parameter FKG Diabetes type 1 van (afgerond) € 41 (zijnde 8,7 miljoen : 210.000).

7. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 1 november 2010.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder
het cvz/publicaties/standpunten

Hulpmiddelen voor Airstacken

Op 25 november 2010 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010049232
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	De heer J.C. de Wit
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

<i>Hulpmiddelen voor airstacken</i>	Het CVZ heeft beoordeeld of hulpmiddelen voor airstacken voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en of het zorg betreft zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of 'hulpmiddelenzorg'.
<i>Effectieve hoest</i>	Het CVZ concludeert dat airstacken, gevolgd door manuele hoestondersteuning, bij patiënten met zwakte van de ademhalingspijpen als gevolg van een neuromusculaire aandoening en met een voldoende bulbair functie, een dusdanig positief effect geeft op de peak cough flow dat hiermee een effectieve hoest bereikt wordt (hoest peak flow van ten minste 160L/min). Een effectieve hoest vermindert de kans op onderste luchtweginfecties en verbetert daarmee de kwaliteit van leven.
<i>Stand van de wetenschap en praktijk</i>	Het CVZ is van oordeel dat airstacken voor bovengenoemde patiëntengroep voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk.
<i>Medisch-specialistische zorg</i>	Omdat het bij airstacken gaat om middelen die in de thuis-situatie worden gebruikt en waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, betreft het toepassen van airstacken zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en geen hulpmiddelenzorg. Financiering van airstacken dient daarom plaats te vinden via de DBC-systematiek.

1. Inleiding

Verzoek VSN	1.a. Aanleiding De Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) heeft het CVZ verzocht materialen voor airstacken aan te merken als een te verzekeren prestatie binnen de hulpmiddelenparagraaf van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Verminderde hoestkracht	1.b. Achtergrond van airstacken Airstacken is bedoeld voor mensen met verminderde hoestkracht als gevolg van een neuromusculaire aandoening. Spierzwakte als gevolg van een neuromusculaire aandoening heeft verschillende consequenties voor de longen.
Gevolgen verminderde hoestkracht	Verminderde hoestkracht ten gevolge van spierzwakte geeft ophoping van bronchiaal secreet, sputumretentie, en ook kan aspiratie niet adequaat bestreden worden. Deze kunnen verminderde doorgankelijkheid van de luchtwegen en secundaire luchtweginfecties (pneumonie) tot gevolg hebben, met een voor deze patiëntengroep levensbedreigende situatie en noodzaak tot ingrijpende interventies zoals mechanische beademing en tracheotomie.
Standaard-behandeling	In de gevonden literatuur wordt geen standaardbehandeling beschreven. In beschikbare richtlijnen is geen informatie over (standaard)behandelingen met betrekking tot het hoesten bij neuromusculaire aandoeningen gevonden. Op websites voor ouders van kinderen met Duchenne spierdystrofie worden in de <i>European Duchenne Parent Meeting Richtlijnen voor de optimale zorg voor Duchenne patiënten</i> profylactische ademhalingsoefeningen, manuele hoestondersteuning, en bekloppen en trillen van de borst genoemd. Voor 'geassisteerd hoesten' wordt verwezen naar speciaal opgeleide fysiotherapeuten, die een 'in een noodgeval levensreddende' techniek aan ouders en verzorgers kunnen demonstreren. Wat deze techniek inhoudt wordt uit de gegeven informatie niet duidelijk. De expiratiefase van de hoest kan worden ondersteund door middel van manuele hoestondersteuning, ook manuele compressie genoemd. Verder worden verschillende technieken gebruikt voor het mobiliseren van slijm zoals tapotage en huffen. Deze hebben op het hoesten zelf weinig effect.
Lucht stapelen	Airstacken is een techniek waarbij lucht via een masker of mondstuk in de luchtwegen wordt geblazen bij een actieve eigen inademing. Dit wordt enkele malen herhaald zonder uit te ademen, waardoor er extra lucht gestapeld wordt ('airstacken'= lucht stapelen), tot de maximale inblazing (maximale insufflatie capaciteit, MIC). Airstacken valt onder de Long Volume Recruiterende Technieken (lungvolume recruiting

techniques) en is van deze technieken de meest eenvoudige, waardoor de patiënt in staat is deze techniek thuis uit te voeren. Een andere methode is de hoestmachine, die vanwege de benodigde begeleiding en controle onder medisch-specialistische supervisie intramuraal wordt gebruikt.

Beoogde doelen	Door middel van airstacken wordt het aan de hoest voorafgaande geïnhalerde volume vergroot. Hierdoor wordt beoogd de hoestkracht te verbeteren en luchtweginfecties te verminderen. Eveneens beoogde doelen van airstacken zijn het bereiken van maximale longinsufflatie en dus verbeteren van de ventilatie, voorkómen van slijmophoping in de luchtwegen, voorkómen van micro-atelectase, verbeteren van de compliance van de longen, het verbeteren van de beweeglijkheid c.q. vermindering van verstijving van de borstkas en ademhalingsmusculatuur, en op termijn mogelijk uitstel van tracheotomie.
Hulpmiddelen	De voor airstacken benodigde hulpmiddelen zijn een hand-beademingsballon en een mondstuk met verbindingsslang of mond- of neusmasker. In de literatuur wordt daarnaast vermeld dat gebruik gemaakt kan worden van een volumegestuurd beademingssysteem bij patiënten die niet-invasief beademd worden.
Prevalentie	In Nederland hebben circa 100.000 mensen een neuromusculaire aandoening, gedurende een beperkte periode of gedurende hun hele leven. Volgens de informatie van de VSN betreft de doelgroep voor airstacken 1000 à 2000 personen. Volgens informatie van de centra voor thuisbeademing is het aantal patiënten naar schatting eerder 500 à 1000 en bedraagt het aantal patiënten dat geïndiceerd is voor airstacken en dat deze interventie kan toepassen 150 patiënten per jaar.

1.c. Leeswijzer

Na deze inleiding gaat het CVZ in hoofdstuk twee in op de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. In hoofdstuk drie besteedt het CVZ aandacht aan de EBM-methode volgens welke het CVZ de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt. De resultaten van deze beoordelingsmethode beschrijft het CVZ in hoofdstuk vier en in hoofdstuk vijf bespreekt het CVZ deze resultaten en komt tot een conclusie. De (financiële) uitvoeringsconsequenties van dit standpunt zijn verwoord in hoofdstuk zes en in hoofdstuk zeven stelt het CVZ het standpunt vast.

2. Wet- en regelgeving

Medisch-specialistische zorg en hulpmiddelen	2.a. Algemeen Omdat in dit standpunt zowel de te verzekeren prestatie 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' als 'hulpmiddelenzorg' aan de orde komen, schetst het CVZ hierna beide te verzekeren prestaties zoals deze gelden in het jaar 2010. Deze te verzekeren prestaties blijven, voor zover relevant voor dit standpunt, in het jaar 2011 ongewijzigd.
Te verzekeren risico	2.b. Zorgverzekeringswet (Zvw) Artikel 10, onder a en d, bepalen respectievelijk dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg inhoudt. Artikel 11, derde lid, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.
Stand van de wetenschap en praktijk	2.c. Besluit zorgverzekering (Bzv) In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.
Redelijkerwijs aangewezen	In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Geneeskundige zorg	Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv).
Hulpmiddelenzorg	In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

2.d. Regeling zorgverzekering (Rzv)

Artikel 2.6. onderdeel b: uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9.

De te verzekeren prestatie omvat:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a. zuurstof
 - b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin op de Wet op de medische hulpmiddelen.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. apparatuur voor chronische ademhalings-ondersteuning;
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

Toelichting op artikel 2.6, onderdeel b:

Artikel 2.9, eerste lid

Onder deze omschrijving vallen onder meer zuurstofapparatuur, vernevelaars, voorzetkamers, apparatuur voor positieve uitademingsdruk, slijmuitzuigapparatuur, tracheacanules, CPAP/BiPAP-apparatuur en mandibulaire repositie apparatuur (MRA) en stomabeschermers voor gelaryngectomeerden.

Medicinale zuurstof is sinds enkele jaren registratieplichtig in de zin van de Geneesmiddelenwet. Omdat zuurstof van oudsher is ingedeeld bij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, is deze stof hier expliciet genoemd als te verzekeren prestatie. Andere stoffen die met de apparatuur worden toegediend kunnen eveneens onder de omschrijving vallen, voor zover het gaat om stoffen die als medisch hulpmiddel zijn gecertificeerd.

Voor alle toe te dienen stoffen die onder deze te verzekeren prestatie vallen, geldt dat het moet gaan om een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk

CPAP/BiPAP-apparatuur en MRA's dienen ter behandeling van het Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS). Bij CPAP/BiPAP-apparatuur gaat het om apparatuur die voor een continue positieve luchtstroom zorgt tijdens de slaap. De apparatuur voorkomt dat de bovenste luchtweg 'dichtvalt'. De patiënt ademt zelfstandig.

Bij stomabeschermers voor gelaryngectomeerden gaat het om stomafilters, douchebeschermers of camouflagebeffen voor mensen met een kunstmatige luchtwegingang (tracheostoma). Een goede stomabescherming is belangrijk voor de longfunctie en de algemene lichamelijke conditie. Zonder stomabescherming krijgen deze mensen meer last van slijmvorming en hoestprikkels. De hier bedoelde stomabeschermers vallen daarmee onder de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, dan wel onder noodzakelijke toebehoren (toelichting wijzigingsbesluit per 1 januari 2011).

Hulpmiddelen die langdurig in de thuissituatie worden toegepast onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist, waarbij een 24-uurs achterwacht of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis of centrum voor thuisbeademing nodig kan zijn, vallen onder de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voorbeelden hiervan zijn apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning en verschillende monitoren, zoals de saturatiemeter. Monitoren vallen niet onder de omschrijving omdat deze middelen niet leiden tot het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel.

Indien plaatsing of vervanging van de tracheacanules in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, is er eveneens sprake van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In geval van vervanging van een tracheacanule in de thuissituatie is sprake van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelen die onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' vallen, dienen te worden bekostigd als onderdeel van die prestatie en geldt de DBC-tarifiering. Toebehoren vallen onder de te verzekeren prestaties indien deze toebehoren noodzakelijk zijn voor het laten functioneren van deze hulpmiddelen. Voorbeelden van toebehoren zijn mondstukken en aangezichtsmaskers. Bij slijmuitzuigapparatuur gaat het bijvoorbeeld om de uitzuigcanule, patiëntenslang, vacuümslang met filter, slangenset, uitzuigpot en reinigingsmiddel.

Artikel 2.9, derde lid, onderdeel a

Omdat apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt, is deze apparatuur uitgesloten van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het gaat daarbij om nachtelijke mechanische ademhalingsondersteuning (chronische intermitterende beademing) of om ademhalingsondersteuning die dag en nacht gegeven moet worden (chronische continue mechanische ademhalingsondersteuning). Het betreft apparatuur die de actieve ademhaling van de patiënt overneemt.

Artikel 2.9, derde lid, onderdeel b

Apparatuur die alleen wordt ingezet voor het verminderen van snurken, valt niet onder de te verzekeren prestatie. Dit betekent dat behandeling met het MRA alleen mogelijk is bij aangetoonde OSAS.

3. Beoordelingswijze stand van de wetenschap en praktijk

Evidence based medicine	3.a. Methode Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM) zoals vastgelegd in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ 2007, publicatienummer 254). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wetenschappelijke maatstaf vormen, combineert. Naast internationale literatuur wordt er dus ook rekening gehouden met de gepubliceerde expertopinie. De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'. Evidence based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt. Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positief standpunt over de effectiviteit van een interventie medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.
Vraagstelling	3.b. Vraagstelling en relevante uitkomstmaten Vraagstelling voor het uitgevoerde literatuuronderzoek was: voldoet airstacken aan het wettelijk criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
Relevante uitkomstmaten	Relevante uitkomstmaten waren: afname van morbiditeit en mortaliteit en een verbetering van de kwaliteit van leven. Concrete uitkomstmaten hierbij waren: het voorkómen van onderste luchtweginfecties c.q. vermindering van het aantal en de duur van onderste luchtweginfecties, vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en de opnameduur ten gevolge van luchtweginfecties, het uitstellen van chronische beademing en tracheotomie en een verbetering van de kwaliteit van leven.

Uit de literatuur blijkt dat de klinische uitkomstmaten ‘aantal ziekenhuisopnamen’ en ‘opnameduur’ zijn onderzocht in studies waarvan airstacken onderdeel was van een protocol (bestaande uit monitoring, airstacken en indien nodig ook andere interventies). Gepubliceerde onderzoeken naar alléén airstacken met bovenstaande uitkomstmaten en naar de kwaliteit van leven zijn niet gevonden. In de studies naar alléén airstacken zijn hoestkracht (peak cough flow) en maximale insufflatie capaciteit onderzocht.

Voor de wel onderzochte klinische parameters wordt in deze beoordeling de volgende klinische uitkomstmaat relevant geacht:

- verbetering van de hoestkracht tot effectieve hoest. Hiervan is sprake als de peak cough flow door de interventie verbetert naar ten minste 160L/min.

Verbetering van de hoestkracht tot effectieve hoest wordt in dit geval relevant geacht omdat er een rechtstreeks verband is tussen ineffectieve hoest, in geval van mucusretentie en aspiratie, en onderste luchtweginfecties, die bij deze specifieke patiëntengroep kunnen leiden tot ernstige morbiditeit en tot mortaliteit.

3.c. Zoekstrategie

Zoektermen

Het CVZ heeft een literatuursearch verricht met de zoektermen “air stacking” OR (GPB AND breath*) OR “glossopharyngeal breathing” OR Cough* AND (manual* assist*). De exacte zoekstrategie is weergegeven in de medische achtergrond-rapportage (bijlage). De literatuursearch is doorgevoerd in Medline, EMBASE en de Cochrane Librabry.

Standpunten en richtlijnen

Daarnaast heeft het CVZ websites van verschillende organisatie gescreend op uitgebrachte standpunten en richtlijnen voor hoestondersteuning bij neuromusculaire aandoeningen.

In- en exclusiecriteria

In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

De volgende inclusiecriteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- patiënten met hoestzwakte ten gevolge van een neuromusculaire aandoening;
- hoestondersteuning door middel van airstacken, bestaande uit insufflatie met beademingsballon.

Exclusiecriteria waren:

- invasieve beademing;
- studies specifiek naar mechanische hoestondersteuning (mechanische insufflator / exsufflator, hoestmachine).

4. Resultaten

4.a. Resultaten literatuursearch

Gevonden studies Op basis van de hiervoor genoemde zoektermen werden geen RCT's gevonden. Wel zijn één clinical trial, 11 (niet systematische) reviews en 17 'overige studies'.

Niet-geselecteerde studies De clinical trial betrof een onderzoek naar mechanische insufflatie in combinatie met manuele hoestondersteuning (Tebbia 2005) en is voor de beoordeling van airstacken niet van toepassing.
De 11 reviews werden na lezing (en nagaan van de gebruikte referenties) buiten beschouwing gelaten omdat het geen systematische reviews betrof. Uit de referenties kwamen geen andere, voor deze beoordeling relevante, onderzoeken naar voren.

Van de 17 'overige studies' viel één artikel af omdat het een niet-systematische review betrof (Gauld 2009); in drie studies betrof het onderzoek naar mechanische hoestondersteuning gecombineerd met beademing (Servera 2005, Bach 2002, Gomez-Merino 2002); één studie betrof onderzoek naar voorspellende factoren bij ALS (Bach 1995); één studie bleek een onderdeel te zijn van een meer uitgebreide (wel geselecteerde) studie (Bach en Smith 1993); en in één studie werd een andere interventie onderzocht (electrostimulatie van de buikspieren, Jaeger 1993).

Geselecteerde studies, standpunten en richtlijnen De tien geselecteerde studies, inclusief omschrijving, resultaten en commentaar, zijn weergegeven in tabel 1 van de (medische) achtergrondrapportage (bijlage).

4.b. Effectiviteit van airstacken

Effectievere hoest Bij patiënten met een neuromusculaire aandoening heeft airstacken positief effect op de hoest, in maat uitgedrukt als peak cough flow (in de literatuur ook: cough peak flow en peak cough expiratory flow). Door airstacken wordt een effectievere hoest bewerkstelligd. Het effect van airstacken wordt versterkt wanneer de hoest ondersteund wordt door manuele druk op het abdomen (manuele hoestondersteuning). Deze bevindingen zijn consistent.

Geen complicaties Er werden geen complicaties gemeld. Wel waren in de gevonden studies patiënten met intrinsieke longziekten, naast een neuromusculaire aandoening, van de desbetreffende onderzoeken uitgesloten.

In de case serie van Bach (2007) was er een follow-up van 7 tot 169 maanden bij 47 patiënten die rapporteerden minstens 2 maal per dag airstacken toe te passen. Bij 31 van deze patiënten bleek naast de geassisteerde cough peak flow ook

de maximale insufflatie capaciteit te zijn toegenomen, ondanks een bij de progressie van Duchenne spierdystrofie behorende afnemende vitale capaciteit. In de studies waarin het effect van airstacken sec werd onderzocht, beperkt het gemeten effect zich tot de hoestkracht. Hoewel uit enkele van deze onderzoeken blijkt dat de betrokken patiënten meerdere jaren poliklinisch gevolgd werden, is in geen van deze studies weergegeven welk effect airstacken heeft op de klinische uitkomstmaten, zoals luchtweginfecties en ziekenhuis-opnames.

Ziekenhuisopnames Het aantal ziekenhuisopnames en de opnameduur ten gevolge van respiratoire insufficiëntie (als gevolg van een luchtweginfectie) werden wel onderzocht in 2 retrospectieve studies. In beide studies bleek dat het toepassen van een protocol, waarvan airstacken deel uit maakt, het aantal ziekenhuis-opnames en opnameduur per patiënt significant verlaagde ten opzichte van de interventies ten tijde van vóór toepassing van het protocol.

Bach (2008), Kang (2000) en Westermann (2006) geven aan dat toename van beweeglijkheid van de borstkas en longcompliance relevante factoren zijn in de behandeling en preventie van respiratoire problemen bij patiënten met een neuromusculaire aandoening. Het (lange termijn) effect van airstacken op toename van beweeglijkheid van de borstkas en longcompliance en het effect hiervan op morbiditeit en mortaliteit werd echter in geen van de gevonden studies gemeten.

4.c. Richtlijnen en standpunt

4.c.1. Algemeen

De gevonden richtlijnen en het standpunt zijn weergegeven in respectievelijk bijlage 3 en 2 van de (medische) achtergrondrapportage (bijlage). Hierna volgt een beknopte samenvatting.

4.c.2. Richtlijnen

Nederland

Op de websites van het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNFG) en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) werden geen van toepassing zijnde richtlijnen gevonden.

Airstacken wordt wel genoemd in de *Behandelrichtlijn scoliose bij neuromusculaire aandoeningen* (VSCA, CBO, 2007), in de op praktijkervaring van de werkgroepleden gebaseerde aanbeveling 3.13, 'om patiënten met een ernstig restrictief gestoorde longfunctie te trainen op technieken, zoals airstacking, die de patiënten kunnen ondersteunen bij hun sputumevacuatie'. Deze behandelrichtlijn betreft pre-operatieve patiënten met een neuromusculaire aandoening.

Buitenland
ATS

De American Thoracic Society (ATS) beveelt aan om aan patiënten met Duchenne spierdystrofie strategieën aan te leren om de luchtweg clearance te verbeteren en om hen te leren hoe deze in een vroeg stadium en agressief toe te passen. Met betrekking tot airstacken refereert de ATS alleen aan het artikel van Kang (Chest, 2000) en stelt dat verhoging van de maximale insufflatiecapaciteit in theorie zal helpen bij geassisteerde hoest door het volume van de uitgestoten lucht te verhogen.

ACCP

De American College of Chest Physicians (ACCP) publiceerde in 2006 de *evidence-based clinical practice guideline* 'Cough Management'. De ACCP beveelt aan bij patiënten met expiratoire spierzwakte manuele hoestondersteuning te overwegen om de incidentie van respiratoire complicaties te verlagen. De *levels of evidence* hierbij zijn laag.

IRRD

Een gedetailleerd protocol over airstacken is beschreven op de website van het Canadese Institute for Rehabilitation Research and Development (IRRD, The Rehabilitation Centre, Ottawa)

4.c.3. Standpunt

Aetna

Op de website van de Amerikaanse verzekeraar Aetna werd een standpunt gevonden over *airway clearance devices*. Het betreft een standpunt over de mechanische in- exsufflator (hoestmachine) en is daarmee niet van toepassing op deze beoordeling. Wel stelt Aetna op basis van literatuuronderzoek dat het door airstacking of door glossopharyngeal breathing doen toenemen van het geïnhaled volume, voorafgaand aan de hoest, de expiratoire hoest flows met 80 % verhoogt bij patiënten met een neuromusculaire aandoening.

5. Bespreking en beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

5.a. Bespreking stand van de wetenschap en praktijk

Effectievere hoest

Uit de gepubliceerde studies komt consistent naar voren dat airstacken positief effect heeft op de peak cough flow bij patiënten met zwakte van de ademhalingspijpen als gevolg van een neuromusculaire aandoening en met een voldoende bulbair functie. Dit vooral wanneer de hoest gevolgd wordt door manuele hoestondersteuning in de expiratoire fase. Door deze interventie wordt een effectieve hoest bewerkstelligd (peak cough flow van ten minste 160L/min).

Er zijn twee studies waarin airstacken deel uitmaakt van een protocol met daarin ook andere interventies. Toepassing van dit protocol bleek het aantal ziekenhuisopnames en opname-duur per patiënt significant te verminderen ten opzichte van de interventies welke in de tijd vóór het protocol werden toegepast.

In één studie naar het effect van airstacken op de hoestkracht werd bij follow-up gevonden dat tweederde van de patiënten bleek naast de peak cough flow ook de maximale insufflatie capaciteit toegenomen te zijn ondanks een bij de progressie van de neuromusculaire aandoening behorende afnemende vitale capaciteit.

Uit een ander studie, beschreven door Dohna-Schwake et al (2006), bleek een correlatie te zijn tussen het aantal long-infecties, het aantal dagen dat behandeling met antibiotica nodig was, en de inspiratoire vitale capaciteit en peak cough flow. Bij de 22 patiënten voor wie één of meerdere ziekenhuisopnames nodig waren als gevolg van de longinfecties bleken de inspiratoire vitale capaciteit en de peak cough flow significant lager te zijn dan bij de groep voor wie geen ziekenhuisopname nodig was.

Lagere evidence

In het literatuuronderzoek werden geen studies met hoge bewijslast (A1- of A2-niveau) gevonden. In situaties waarin geen studies van dat niveau gepubliceerd zijn, betreft het CVZ in zijn beoordeling evidence van lagere orde (onderzoeken van niveau B, C en D). Evidence based medicine is niet beperkt tot gerandomiseerde trials, meta-analyses of systematische reviews; een positieve beslissing kan ook op basis van lagere evidence worden genomen. Er gelden in dat geval wel een aantal voorwaarden/kanttekeningen:

- de desbetreffende studies en bronnen moeten qua uitkomst consistent en actueel zijn;
- nagegaan moet worden waarom er geen evidence van hoger niveau beschikbaar is;

- er dienen plausibele, zwaarwegende argumenten te zijn waarom geen bewijskracht van het hoogste niveau bestaat.

Uit de reacties op inhoudelijke consultatie blijkt dat (gerandomiseerde) gecontroleerde onderzoeken niet haalbaar zijn, omdat:

- patiënten, bij wie de hoestkracht door airstacken waarschijnlijk zal verbeteren, niet in een RCT geïnccludeerd willen worden als zij in de controlegroep terechtkomen;
- het aantal patiënten in Nederland te laag is om goed vergelijkend onderzoek op te zetten, en een multicenter trial is niet (goed) uitvoerbaar door verschillen in organisatie en werkwijze tussen de verschillende Europese landen.

Aantonen dat airstacken als (enige) interventie de relevante uitkomstmaten beïnvloedt, is bovendien lastig omdat airstacken in de praktijk in combinatie wordt toegepast met andere interventies (zoals intermitterende of chronische beademing en adequate verzorging), en dat deze, tezamen met een juiste timing van diagnostiek en behandeling, de prognose bepalen.

Uit de reacties op de inhoudelijke consultatie (zie hierna) blijkt ook dat er bij de verschillende beroepsgroepen consensus bestaat over de toepassing van airstacken bij de genoemde patiëntengroep.

Op grond van het bovenstaande is het CVZ van oordeel dat voor het aantonen van de effectiviteit van airstacken met een lagere bewijslast genoeg kan worden genomen.

Inhoudelijke consultatie

Het conceptrapport is voor inhoudelijke consultatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), en via de NVIC aan de medische staven van de CTB's.

De reactie namens de medische staven van de CTB's, is bijgevoegd in bijlage 4 van de (medische) achtergrond-rapportage. Deze reactie is tevens namens de NVIC, de NVALT en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Deze reactie is in de (medische) achtergrondrapportage verwerkt.

Aanvullend is door de VRA het op 30 november 2009 in The Lancet Neurology, als 'early online publication' gepubliceerde artikel van K. Bushby, R. Finkel et al "Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy" toegezonden. De relevante onderdelen uit deze standaard zijn opgenomen bij de richtlijnen in bijlage 3 van de (medische) achtergrond-rapportage.

5.b. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

<i>Effectievere hoest</i>	Uit de gepubliceerde studies naar airstacken komt naar voren dat airstacken bij patiënten met zwakte van de ademhalings-spieren ten gevolge van een neuromusculaire aandoening en met een voldoende bulbair functie, een positief effect geeft op de peak cough flow. Dit vooral wanneer de hoest gevolgd wordt door manuele hoestondersteuning in de expiratoire fase. Met het toepassen van airstacken wordt een effectieve hoest bewerkstelligd (peak cough flow van ten minste 160L/min). Deze bevindingen zijn consistent.
<i>Voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk</i>	Het CVZ is van oordeel dat airstacken voor bovengenoemde patiëntengroep voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. In paragraaf 5.a. is uiteengezet om welke redenen het CVZ bij deze beoordeling genoegzaam neemt met een lager niveau van evidence.
<i>Medisch-specialistische zorg</i>	Omdat het bij airstacken gaat om middelen die in de thuis-situatie worden gebruikt en waarbij een achterwacht-functie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn, betreft het toepassen van airstacken zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en geen hulpmiddelenzorg (zie rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – uitgave CVZ 2009, publicatienummer 280).
<i>DBC-systematiek</i>	Financiering van airstacken dient daarom plaats te vinden via de DBC-systematiek.
<i>Uitvoerings-consequenties</i>	In het volgende hoofdstuk brengt het CVZ de financiële gevolgen van dit standpunt in beeld en besteedt het aandacht aan de uitvoeringsconsequenties

6. Financiële gevolgen en uitvoeringsconsequenties

6.a. Financiële gevolgen

6.a.1. Aantal gebruikers

Aantal patiënten

In Nederland hebben ongeveer 100.000 mensen een neuro-musculaire aandoening, gedurende een beperkte periode of gedurende hun hele leven.

Doelgroep

De VSN heeft aangegeven dat de groep mensen die potentieel baat heeft bij airstacken bestaat uit 1.000-2.000 personen. Door de bij de inhoudelijke consultatie betrokken partijen (NVIC, NVALT, KNGF en CTB's) is het aantal mensen dat baat heeft bij airstacken geschat op 500-1.000. Partijen tekenen daarbij aan dat het hanteren van criteria voor hoestkracht, vitale capaciteit en frequentie van voorkómen van bovenste luchtweginfectie als gevolg heeft dat een aantal mensen met een neuro-musculaire aandoening niet voor airstacken in aanmerking komt. Bovendien zijn niet alle patiënten die voor airstacken zijn geïndiceerd, bereid en gemotiveerd om deze interventie toe te passen. Partijen schatten op basis van praktijkervaring het aantal mensen dat op jaarbasis daadwerkelijk voor airstacken in aanmerking komt en daar gebruik van zou maken daarom op 150 per jaar. Het CVZ is van oordeel deze schatting de werkelijkheid het dichtst benadert en neemt daarom dit patiëntenaantal als uitgangspunt voor de kostenberekening.

6.a.2. Kosten per gebruiker en totale kosten op jaarbasis

Kosten per gebruiker

De middelen die nodig zijn voor het airstacken kosten ongeveer € 300 en hebben een gebruiksduur van minimaal drie jaar. Voordat men kan airstacken is een instructie (veelal enkele contacten) nodig. De kosten van deze instructie vallen onder de reguliere behandeling van de CTB's of revalidatiecentra.

Macrokosten

Uitgaande van deze kosten en gebruikersduur en het aantal patiënten van 150 per jaar dat gebruik maakt van airstacken, bedragen de kosten op jaarbasis € 15.000.

6.b. Bekostiging

DBC-systematiek

Het CVZ oordeelt in dit standpunt dat airstacken tot de zorg behoort die medisch-specialisten plegen te bieden en dat airstacken voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat airstacken behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet en derhalve via de DBC-systematiek vergoed dient te worden vanuit het basispakket.

Functiegerichte budgettering

De financiering van de CTB's is tot op heden opgenomen in de functiegerichte budgettering (FB). Het CVZ is van oordeel dat

ook de hulpmiddelen voor het airstacken op dit moment via de FB bekostigd dient te worden. Bij de voorbereiding van de nieuwe DOT-structuur is het airstacken al genoemd in de zorg-producten voor chronische beademing.

***Wijziging niet
noodzakelijk***

6.c. Polisvoorwaarden

De medisch-specialistische zorg kent een open omschrijving als te verzekeren prestatie. Het feit dat het CVZ van oordeel is dat het bij airstacken gaat om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv), betekent dat aanpassing van de polisvoorwaarden van verzekeraars niet noodzakelijk is.

***Geen gevolgen
risicoverevening***

6.d. Risicoverevening

Het CVZ is nagegaan of dit standpunt consequenties heeft voor de risicoverevening. Gelet op de geringe omvang van de macroconsequenties van deze interventie op jaarbasis, is dit standpunt niet van invloed op de risicoverevening.

7. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 25 november 2010.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Standpunt

Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten

<i>Volgnummer</i>	2010117608
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteurs</i>	mw. mr. Marlies Kroes en mw. Marij van Eijndhoven, arts M&G
<i>Doorkiesnummers</i>	Tel. (020) 797 8631 en 797 8556

Samenvatting

In dit rapport ontrafelt het CVZ het begrip *begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten* (hierna aangeduid als zelfmanagement) en beoordeelt in hoeverre de activiteiten die schuil gaan achter zelfmanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren. De AWBZ blijft in dit rapport buiten beschouwing.

De groeiende aandacht voor zelfmanagement en meer eigen regie in de zorg was voor het CVZ aanleiding om de betekenis van het begrip zelfmanagement bij chronische (somatische en psychiatrische) ziekten ter hand te nemen.

Definitie

Het CVZ hanteert de volgende definitie. *Zelfmanagement is het zoveel mogelijk nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling van een chronische ziekte (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonedig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen door de chronisch zieke zelf.*

Zelfmanagement is een verzamelbegrip, dat als zodanig niet is aan te merken als een vorm van zorg in het kader van de Zvw. Het CVZ heeft begeleiding bij zelfmanagement in de zorg voor chronische ziekten getoetst aan de te verzekeren prestaties geneeskundige zorg (artikel 2.4, eerste lid, Bzv) en hulpmiddelzorg (artikel 2.9, eerste lid, Bzv). In deze duiding komt het CVZ tot het volgende standpunt.

Geneeskundige zorg

Het CVZ schaaft de volgende activiteiten ter bevordering van zelfmanagement die onderdeel zijn van de behandeling van chronische ziekten, onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici^a die plegen te bieden:

- ziektespecifieke educatie en - voorlichting;
- het motiveren van de chronisch zieke zodat deze zo goed mogelijk met zijn chronische ziekte(n) omgaat en de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen;
- ondersteuning, gericht op de zorg aan de chronisch zieke waarbij voorlichting en educatie, het formuleren van behandeldoelen, hulp en feedback (gericht op het halen van persoonlijke behandeldoelen) centraal staan, ook op afstand (telefonisch en/of elektronisch) en in acute situaties buiten de gebruikelijke kantooruren;
- het vastleggen in het medisch dossier en/of zorgplan van informatie over de ziekte, de behandeling, de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan;
- de (digitale) infrastructuur ten behoeve van de zorgverlening en de zorgorganisatie.

^a Artikel 2.4 Bzv spreekt van paramedische zorg en werkt deze zorg uit in artikel 2.6 Bzv in zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ed. plegen te bieden. Korthedshalve spreken wij in dit rapport over zorg zoals paramedici die plegen te bieden.

Hulpmiddelenzorg	Voor zelfmanagement benodigde hulpmiddelen kunnen onderdeel zijn van de te verzekeren prestaties hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg van de Zvw. ▪ Hulpmiddelen die de chronisch zieke nodig heeft voor de behandeling van zijn chronische ziekte kunnen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen mits het hulpmiddel valt onder één van de hulpmiddelen-categorieën (of functiegerichte omschrijvingen) zoals opgenomen in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering. ▪ Hulpmiddelen die de chronisch zieke in de thuissituatie gebruikt kunnen (als zorg op afstand) ook onderdeel zijn van de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De effectiviteit van de behandeling moet zijn aangetoond. Het CVZ heeft het grensvlak tussen hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg verkend in het rapport <i>Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg</i>. Bij nieuwe hulpmiddelen volgt het CVZ de procedure als beschreven in het rapport <i>Beoordelingskader hulpmiddelenzorg</i>. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld een computer) en hulpmiddelen die voor eigen rekening kunnen komen, worden niet beoordeeld.
Uitzondering	Educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden niet onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden bij chronische ziekten.
Consequenties?	Het CVZ wijst erop dat er binnen de grenzen van de Zvw veel mogelijkheden bestaan om zelfmanagement bij chronische ziekten te bevorderen en te stimuleren. In de praktijk blijken er diverse hobbels te zijn.
Verzekerden	De chronisch zieke is nog niet altijd voldoende toegerust om meer verantwoordelijkheid te nemen. Het CVZ verwacht dat richtlijnen en zorgstandaarden zullen bijdragen aan transparantie in de zorg bij chronische ziekten. Het individuele zorgplan zal de chronisch zieke houvast bieden bij het uitvoeren van zelfmanagement.
Beroepsbeoefenaren	Ook de opleidingen en de bij- en nascholing voor de beroepsbeoefenaren zijn nog niet voldoende toegesneden op de veranderende rolverdeling tussen chronisch zieke en behandelbaar.
Zorgverzekeraars	De zorgverzekeraars kunnen zelfmanagement stimuleren en de implementatie van beschikbare instrumenten in de praktijk van de zorg versterken via de polis en zorginkoop.

- Budget Kader zorg*** Dit standpunt heeft, voor zover het CVZ nu kan overzien, geen gevolgen voor het Budget Kader Zorg.
- Risico verevening*** Dit standpunt heeft, voor zover het CVZ nu kan overzien, geen gevolgen voor de risicoverevening.

1. Inleiding

	Het aantal mensen met chronische ziekten zal de komende decennia sterk toenemen. Ook het aantal mensen met meer dan een chronische ziekte zal stijgen. Hierdoor wordt de zorgvraag in de eerste lijn niet alleen groter maar ook complexer¹. De overheid² wil de instrumenten creëren om deze mensen zo goed mogelijk te helpen met hun chronische ziekte om te gaan én om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te houden. De overheid wil ook dat de patiënt en zijn zorgvraag meer centraal staan. Daarvoor is samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod van de patiënt/hulpvrager noodzakelijk en verdere ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking nodig.
Zorg verandert	De voormalige minister van VWS verwachtte met preventie én effectieve chronische zorg de toenemende en veranderende zorgvraag het hoofd te kunnen bieden. Zorgstandaarden^b en het bevorderen van zelfmanagement kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren, aldus de minister in zijn brief van 13 juni 2008² waarin hij het kabinetsbeleid <i>Programmatistische aanpak van chronische ziekten</i> heeft uiteen gezet.
Zelfmanagement	Steeds luider wordt de roep om meer zelfmanagement. Maar zelfmanagement is niet nieuw, het is van alle tijden en van alle mensen. Zelfmanagement is een verzamelbegrip waaronder verschillende activiteiten kunnen worden geschaard. Zelfmanagement is onder meer eigen regie bij het omgaan met de symptomen en de behandeling van een ziekte. Zelfmanagement is ook het omgaan met de lichamelijke en sociale consequenties van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl. Zorgverleners bevorderen en ondersteunen dit.
Aanleiding	Voor het CVZ was de groeiende aandacht voor zelfmanagement en meer eigen regie in de zorg aanleiding om de betekenis van zelfmanagement bij chronische ziekten uiteen te rafelen. Het CVZ beoordeelt in dit rapport in hoeverre de verschillende elementen van zelfmanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.
Opbouw rapport	In hoofdstuk 2 komt de context van dit rapport aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft het CVZ de begrippen zelfmanagement, zelfzorg en zelfhulp en de relatie met de Zvw. In hoofdstuk 4 volgt de beoordeling van zelfmanagement in het kader van de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 5 besteedt het CVZ aandacht aan de inhoudelijke consultatie van de bij dit onderwerp betrokken organisaties. Hoofdstuk 6 vat het standpunt van het CVZ samen en in hoofdstuk 7 staan de gevolgen die

^b Een *zorgstandaard* geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren. (Bron: Model zorgstandaard, Coördinatieplatform zorgstandaarden februari 2010).

dit standpunt kan hebben.

2. Context: de ontwikkelingen rond zelfmanagement

In dit hoofdstuk beschrijft het CVZ de ontwikkelingen in het chronisch ziekenbeleid en gaat in op de betekenis van zorgstandaarden, de kwaliteit van zorg en de financiering van de zorg.

2.a. Chronisch ziekenbeleid

VWS signaleert veranderingen

De voormalige minister van VWS heeft in het voorjaar van 2010 gerapporteerd over de voortgang van het in 2008 in gang gezette beleid rond chronische ziekten. Uit de rapportage³ blijkt dat de patiënten steeds mondiger worden tegenover zorgaanbieders. De informatievoorziening via systemen als Internet ondersteunt dit. Verder blijkt dat diverse patiëntenverenigingen het initiatief hebben genomen voor of actief betrokken zijn (geweest) bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Voor Diabetes Mellitus (DM) en Vasculair Risicomanagement en COPD zijn deze inmiddels gereed. Zelfmanagement maakt onderdeel uit van de integrale zorg van de zorgstandaarden. In voorbereiding zijn zorgstandaarden voor obesitas, depressie, hartfalen, dementie, artrose, CVA en astma.

CBO, NPCF en ZonMw

Uit de voortgangsrapportage van VWS blijkt ook dat zelfmanagement is uitgegroeid tot een belangrijk thema. VWS heeft hieraan zelf een belangrijke impuls gegeven, door het Kwaliteitsorgaan CBO te verzoeken om samen met de NPCF zelfmanagement te bevorderen. Dit heeft geresulteerd in het zogenaamde Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ)^c dat tot medio 2012^d loopt. Ook heeft VWS bevorderd dat zelfmanagement nader wordt onderzocht. Dit doet ZonMw in het kader van het Diseasemanagement-programma. Eind 2012 komt ZonMw met de onderzoeksresultaten.

2.b. Zorgstandaarden, kwaliteit van zorg en bekostiging

Kwaliteit van zorg en "gepast gebruik"

Het CVZ hecht zeer aan "gepast gebruik" van de zorg. Het CVZ heeft het gepast gebruik al in verschillende eerdere rapporten aan de orde gesteld.

Het is de taak van het CVZ om zorg te dragen voor een verantwoord pakket. Dit is een basispakket waarin alleen die zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is, en waarvan duidelijk is dat die niet voor eigen rekening van de burger kan komen. Van dat pakket dient op gepaste wijze gebruik te worden gemaakt.

Gepast gebruik is niet ingegeven door een bezuinigingsdoelstelling. Gepast gebruik betekent dat de verzekerde krijgt wat hij nodig heeft, niet meer en niet minder. Daarbij geldt de toepassing van stepped care als uitgangspunt. Dit houdt in dat

^c De activiteiten van het LAZ richten zich op: versterken patiënt, toerusten professionals en randvoorwaarden (organisatie, financiering, ICT). Het LAZ bundelt de aanwezige ervaring, kennis en techniek op het gebied van zelfmanagement en zorgt daarnaast voor verbetering en innovatie. De NPCF met de categorale patiëntenorganisaties sturen het LAZ inhoudelijk aan en bewaken het patiëntenperspectief. De uitvoering is in handen van het Kwaliteitsinstituut CBO en VWS financiert het LAZ.

^d Door het faillissement van het CBO (oktober 2010) is het onzeker of het LAZ volgens plan kan doorgaan tot medio 2012.

een bepaalde volgorde in de inzet van de zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste aangeboden en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling. Door middel van gepast gebruik kan overbehandeling worden vermeden. Hierdoor verbetert niet alleen de kwaliteit van de zorg maar we bereiken zo ook een efficiëntere besteding van de voor de zorg beschikbare middelen. Zorgstandaarden kunnen een bijdrage leveren aan gepast gebruik van de zorg. Gepast gebruik acht het CVZ een gezamenlijke verantwoordelijkheid van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Zelfmanagement door chronisch zieken draagt bij aan het gepast gebruik van zorg. Gepast gebruik is ook nodig voor de beheersing van het zorgvolume. Nederland vergrijst en ontgroent en het aantal mensen met een chronische ziekte (ook op jongere leeftijd) neemt toe. Vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt zullen in de toekomst minder mensen beschikbaar zijn om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen.

***Integrale
bekostiging***

De NZa stelt in opdracht van VWS voor de bekostiging van de zorg beleidsregels vast. Dit geldt ook bij de integrale zorg (ook wel aangeduid als ketenzorg) voor chronische ziekten. VWS wil dat integrale ketenzorg integraal wordt bekostigd. Januari 2010 heeft de NZa hiermee een begin gemaakt bij de zorgketens Diabetes en Vasculair risicomanagement. Per 1 juli volgde ook COPD.

***Te verzekeren
prestatie Zvw***

Het CVZ beoordeelt of zorginterventies onder de te verzekeren prestaties van de Zvw vallen. Zorgstandaarden bevatten verschillende activiteiten en zijn breed. Niet alle zorginterventies vallen onder de Zvw. In 2009 heeft het CVZ op verzoek van de NZa diverse zorgstandaarden, waaronder de zorgstandaarden voor diabetes en COPD, beoordeeld. In het rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*⁴ heeft het CVZ verduidelijkt welke activiteiten onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet vallen en welke niet.

In het volgende hoofdstuk gaat het CVZ in op het begrip zelfmanagement. Ook aanpalende begrippen als zelfzorg en zelfhulp komen aan bod, omdat deze vaak met zelfmanagement op een lijn worden gesteld en tot spraakverwarring leiden.

3. Zelfmanagement, zelfzorg en zelfhulp

In dit hoofdstuk beschouwt het CVZ het begrip zelfmanagement en de aanpalende begrippen zelfzorg en zelfhulp. Ook bekijkt het CVZ de relatie met de Zvw.

3.a. Begripsbepaling

Zelfmanagement

Bij chronische somatische en psychiatrische ziekten is er de laatste jaren meer aandacht voor het zelfmanagement van patiënten. Er bestaan inmiddels verschillende definities. Het Chronic Care Model (CCM)^e beschrijft zelfmanagement als het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte.

Op basis van voornamelijk (internationale) literatuur gebruikt het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement de volgende definitie: Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.

Uit bovenstaande definities blijkt dat de chronisch zieke zelf een belangrijke rol gaat spelen bij de behandeling van, en het omgaan met zijn ziekte. De chronisch zieke is daartoe niet meteen en vanzelfsprekend geëquipeerd. Hij zal daartoe in staat moeten worden gesteld. Zorgverleners behandelen chronisch zieken voor hun ziekte. Dit houdt in dat de zorgverlener ook voorlichting en educatie zal geven over de ziekte en het gebruik van noodzakelijke hulpmiddelen. De zorgverlener draagt er aldus aan bij dat de chronisch zieke zijn ziekte zelf kan managen. Zelfmanagement veronderstelt verder dat de zorgverlener bereikbaar is als de chronisch zieke een acuut probleem heeft. In welke mate zelfmanagement aan de orde is, zal de zorgverlener in overleg en samen met de chronisch zieke bepalen. De zorgverlener zal de chronisch zieke proberen te motiveren. Afspraken over de zorg horen in het medisch dossier van de chronisch zieke en worden idealiter vertaald naar het individuele zorgplan.

Definitie CVZ

In de praktijk leidt dit alles ertoe dat een chronisch zieke zelf, (gedeeltelijk) en naar vermogen, de regie en verantwoordelijkheid neemt over zijn chronische ziekte en daartoe de nodige handelingen uitvoert.

Daarom hanteert het CVZ in dit rapport de volgende definitie: *Zelfmanagement is het zoveel mogelijk nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling van een chronische ziekte (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen door de chronisch zieke zelf.*

^e *Chronic Care Model* = Model dat een handvat biedt voor integratie van de organisatorische en inhoudelijke zorgverlening aan chronisch zieken

Zelfzorg

Zelfzorg omschrijft het CVZ als: *alle zorg die een persoon zelf besteedt aan het opheffen van eigen noden en het voldoen aan eigen behoeften*^f.

Zelfzorg is van oudsher een term uit de verpleegkunde. Het geeft aan in welke mate iemand (gezond of ziek) voor zichzelf kan zorgen^g. Bij zelfzorg gaat het er niet alleen om dat iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals wassen, kleden, eten, drinken in algemene zin kan uitvoeren, regelen en organiseren, maar ook dat er aandacht is voor een gezonde leefstijl, goede voeding en voldoende beweging.

Zelfhulp

Het Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid (ZE) beschrijft zelfhulp als andere, informele zorg voor een patiënt naast de reguliere zorg.

Zelfhulp blijkt in de praktijk vaak aan de orde te zijn bij mensen met psychiatrische problematiek en bij verslavingen bijvoorbeeld de Anonieme Alcoholisten bij alcoholverslaving. Zelfhulp is meestal het eigen initiatief van de patiënt om een bepaald probleem hanteerbaar te maken. Zelfhulp vindt plaats naast de reguliere behandeling. Patiënten helpen zichzelf (met andere woorden: doen aan zelfhulp) door gebruik te maken van de kennis en ervaringen van ervaringsdeskundigen^g, van contacten met lotgenoten en zij gebruiken de mogelijkheden die de sociale media zoals Internet via Gezondheid 2.0^h bieden.

Het vorenstaande leidt tot de volgende definitie.

Zelfhulp is de actie van een patiënt waarbij deze zonder tussenkomst van professionele hulpverleners een bepaalde problematiek probeert op te lossen of hanteerbaar te maken.

3.b. Zelfmanagement, zelfzorg, zelfhulp en te verzekeren zorg Zvw

Behoeftte aan zorg

De Zvw is een schadeverzekering. Wettelijk is vastgelegd (artikel 10 Zvw) dat de behoefte aan geneeskundige zorg of met die zorg verband houdende diensten verzekerd moet worden in een zorgverzekering. De behoefte aan zorg is het te verzekeren risico. Dit betekent dat de Zorgverzekeringswet van toepassing kan zijn als iemand gezondheidsschade heeft of een risico op schade heeft. De daaruit voortvloeiende zorg leidt ertoe dat er kosten worden gemaakt voor de behandeling. In die zin is er sprake van financiële of vermogensschade. Een verzekerde heeft op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is

Schade

^f De Beleidsregel indicatiestelling AWBZ geeft de volgende definitie: 'zelfzorg' refereert aan het algemene vereiste dat een verzekerde goed voor de eigen gezondheid moet zorgen. Zelfzorg omvat alle activiteiten die een persoon besteedt aan het opheffen van eigen noden en het voldoen aan eigen behoeften.

^g Ervaringsdeskundigheid. Hiervan is sprake als een patiënt voldoende hersteld is en/of met zijn problemen kan omgaan. Het betekent dat hij zijn ziekte in een breder verband kan zien. Hij heeft kennis over zijn ziektebeeld en weet welke factoren bijdragen tot herstel. Hij heeft ook een visie op zijn ziektebeeld en de therapieën die hij heeft gevolgd. Met deze kennis is hij in staat om ook andere mensen te helpen bij hun weg naar herstel of om met hun ziekte om te gaan. Met een open blik kan hij naar zijn ervaringen kijken, hij is ervaringsdeskundig

^h Gezondheid 2.0 is een nieuwe maatschappelijke ontwikkeling waarbij de burger/patiënt participeert in gemeenschappen die hem of haar ondersteunen in zijn activiteiten om gezond te blijven, weer gezond te worden of te leren omgaan met een aandoening of beperking. (Advies RVZ nr. 10/01, febr 2010);

aangewezen.

Met andere woorden: de Zvw richt zich op de schade die het gevolg is van de behoefte aan geneeskundige zorg of andere vormen van zorg.

Zelfmanagement in richtlijnen en standaarden

In de Zvw (artikel 11, derde lid) is vastgelegd dat de inhoud en de omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verder is bij de in algemene termen beschreven zorgvormen zoals geneeskundige zorg gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Deze laatste formulering is van belang voor zelfmanagement en de duiding van dit begrip door het CVZ. Uitgangspunt bij zelfmanagement van een chronische ziekte is dat de zorgverlener heeft vastgesteld dat behandeling noodzakelijk is. De behandelaar zal de richtlijnen en zorgstandaarden volgen die hiervoor door de beroepsbeoefenaren zijn opgesteld. De richtlijnen en standaarden geven inhoud aan de zorg die 'pleegt te worden geboden'. Het is zorg die de beroepsgroep van de in de Zvw genoemde zorg-verlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Aandacht voor de patiënt, bespreken wat deze zelf kan doen aan zijn ziekte en het geven van adviezen is onderdeel van het zorgarsenaal zoals de beroepsbeoefenaren dat plegen te bieden.

Gebruikelijke zorg niet vergoed

Verder is het zo dat niet alle zorg ten laste van de verzekering komt. Er is een grens tussen zorg ten laste van de verzekering en zorg die de eigen verantwoordelijkheid betreft en voor eigen rekening komt. In de AWBZ geldt als uitgangspunt dat het 'gebruikelijk' is dat mensen die een bepaalde relatie met elkaar hebben, elkaar verzorgen. Het meest duidelijk is dat bij de zorg die ouders aan hun kinderen geven. Ook van partners wordt verlangd dat zij elkaar tot op zekere hoogte verzorgen. Men spreekt in dergelijke situaties van "gebruikelijke zorg". Voor gebruikelijke zorg kan een verzekerde geen beroep doen op de AWBZ.

Zelfzorg niet vergoed

Zelfzorg valt buiten het te verzekeren risico van de Zvw. Er is immers geen behoefte aan geneeskundige zorg. Zelfzorg valt daarom niet onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg. Voor zelfzorg kan evenmin een beroep worden gedaan op de AWBZ. Echter, als de zelfzorg tekortschiet en deze zorg moet worden overgenomen, kan er sprake zijn van zorg ten laste van de AWBZ.

Zelfhulp niet vergoed

Zelfhulp speelt zich in het algemeen af buiten de reguliere zorg. Dit betekent dat een verzekerde voor kosten in verband met zelfhulp geen beroep kan doen op de Zvw.

In het volgende hoofdstuk beoordeelt het CVZ zelfmanagement vanuit het perspectief van de Zvw. Het CVZ gebruikt

daarbij het model voor zorgstandaarden⁶ dat is ontwikkeld door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

4. Beoordeling zelfmanagement in de wettelijke regeling

Zelfmanagement is het zoveel mogelijk nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling van een chronische ziekte (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen door de chronisch zieke zelf.

Zelfmanagement komt aan de orde bij de behandeling van chronische somatische en psychiatrische ziekten. Het is een integraal element van de behandeling.

De zorg bij deze ziekten valt grotendeels onder de Zvw.

In dit hoofdstuk bespreekt het CVZ in hoeverre zelfmanagement en activiteiten gericht op zelfmanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren. De AWBZ blijft hier voorlopig buiten beschouwing.

4.a. Wet en regelgeving Zorgverzekeringswet

Het wettelijk kader waarbinnen het CVZ zelfmanagement voor mensen met chronische ziekten toetst, is de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de Zvw en aanverwante regelingen.

Te verzekeren prestaties/risico's

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg of met die zorg verband houdende diensten verzekerd moet worden in een zorgverzekering. Het artikel definieert het te verzekeren risico. Een verzekerde heeft op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Uitwerking in Bzv

Artikel 11, derde lid, Zvw bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze AMvB is het Besluit zorgverzekering (Bzv). Op grond van het vierde lid van artikel 11 Zvw kan in het Bzv worden bepaald dat bij ministeriële regeling vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd, de inhoud en de omvang van de prestaties (geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg) en nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt. De genoemde ministeriële regeling is de regeling zorgverzekering (Rzv).

De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15: geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder begrepen kraamzorg), verblijf en vervoer. Sommige van deze zorgvormen zijn in algemene termen beschreven. Andere zorgvormen zijn meer in detail geregeld. Soms is sprake van een limitatieve opsomming.

Stand wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt het gestelde in artikel 2.1, lid 2, Bzv.

Daarin is bepaald dat de inhoud en de omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Het CVZ volgt voor de beoordeling of een prestatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk de principes van Evidence Based Medicine (EBM). Het CVZ heeft in zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk* van 5 november 2007 uitvoerig beschreven op welke wijze wordt getoetst of een prestatie aan dit criterium voldoet.

In het rapport is ook uiteengezet dat de prestatie gelijkwaardig moet zijn, dan wel een meerwaarde moet hebben ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Concludeert het CVZ dat de te beoordelen prestatie niet gelijkwaardig is of een meerwaarde heeft, dan oordeelt het CVZ dat de betreffende prestatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Plegen te bieden

Voor de in algemene termen beschreven zorgvormen heeft de regelgever gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg onder meer zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4, lid 1 Bzv):

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden (...)

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft – kort gesteld – zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de ideale situatie kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of er sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomende gevallen ook dienen om na te gaan of en wanneer er sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'. Zie ook het CVZ-rapport *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'* van 17 november 2008.

Relevante bepalingen voor zelfmanagement

De volgende te verzekeren prestaties zijn voor de duiding van zelfmanagement in de zorg voor chronische ziekten in het bijzonder van belang.

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4, eerste lid, Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg onder meer zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten (uitgezonderd tandarts-specialisten), klinisch psychologen, verloskundigen die plegen te bieden alsmede paramedische zorg.

Hulpmiddelenzorg Ingevolge artikel 2.9, eerste lid, Bzv omvat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde recht heeft op zorg. Het tweede lid van artikel 2.9, Bzv bepaalt dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Overige wettelijke bepalingen Tot slot zijn voor een duiding ook overige wettelijke bepalingen van belang. Zo is in artikel 2.6, zesde lid, van het Bzv bijvoorbeeld bepaald dat de dieetadvisering is beperkt tot een maximum van vier behandeluren per jaar. Artikel 2.4, eerste lid, sub d, bepaalt dat eerstelijns psychologische zorg ten hoogste acht zittingen per jaar omvat. Ook de fysiotherapie en oefen therapie kennen beperkingen; deze staan vermeld in artikel 2.6, tweede en derde lid van het Bzv.

4.b. Zelfmanagement, toetsing aan geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg

Zelfmanagement is het zoveel mogelijk nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling van een chronische ziekte (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen door de patiënt zelf.

Zelfmanagement is een verzamelbegrip dat bestaat uit een aantal activiteiten. Het verzamelbegrip is als zodanig niet aan te merken als een vorm van zorg in het kader van de Zvw. De activiteiten die schuil gaan achter het begrip kunnen wel worden beoordeeld. Daarom ontrafelt het CVZ het begrip zelfmanagement bij chronische ziekten en beoordeelt in hoeverre de activiteiten die schuil gaan achter het begrip zelfmanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.

Model zorgstandaard Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden besteedt in zijn Rapport *Zorgstandaarden in model*⁶ uitgebreid aandacht aan zelfmanagement. Het Coördinatieplatform beschrijft dat de volgende algemene principes van zelfmanagement moeten worden meegenomen in de zorgstandaarden: ondersteuning, patiëntenvoorlichting en -educatie, het motiveren, de beschikbaarheid van interventiemethodieken en zelfzorghulpmiddelen, het individuele zorgplan met persoonlijke behandel doelen, de digitale infrastructuur: het persoonlijk gezondheidsdossier en patiëntenportaal.

Werkwijze De informatie in het model zorgstandaard van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden gebruikt het CVZ bij deze beoordeling. Het CVZ begint per zelfmanagementonderdeel met de tekst uit het model zorgstandaard. Daarna illustreert het CVZ het element met voorbeelden uit de praktijk. De voorbeelden uit de praktijk ontleent het CVZ aan de projecten die zijn

aangemeld bij het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement of die in onderzoek zijn binnen het diseasemanagement programma van ZonMw. Bijlage 1 bevat een overzicht van de op zelfmanagement gerichte projecten. Per project heeft het CVZ aangegeven welke elementen aan de orde zijn. Tot slot volgt per zelfmanagementaspect het standpunt van het CVZ.

Coördinatie- platform

4.b.1. Ondersteuning

Het Coördinatieplatform stelt dat zelfmanagement om een gezamenlijke verantwoordelijkheid en om gelijkwaardig partnerschap vraagt. Dit betekent dat de ondersteuning bij zelfmanagement zich moet richten op het bevorderen van het zelfsturend vermogen van de mens met een chronische aandoening, dat wil zeggen het vermogen van mensen om zelf besluiten te nemen en uit te voeren, het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen en het aanreiken van een methodische aanpak om persoonlijke doelen te realiseren. Ondersteuning van zelfmanagement van de chronisch zieke vraagt om specifieke inzet en competenties van de (centrale) zorgverlener. Die competenties betreffen ondermeer de overdracht van kennis en vaardigheden, het stimuleren en motiveren tot gedragsverandering, het accepteren van de eigen opvattingen van de patiënt en hem daarin te coachen. Verder moet de centrale zorgverlener goed bereikbaar en beschikbaar zijn, er moet sprake zijn van een gelijkwaardige relatie op basis van onderling vertrouwen en de chronisch zieke moet altijd kunnen terugvallen op deze centrale zorgverlener.

Het CVZ maakt uit de beschrijving op dat de ondersteuning vooral is gericht op vereiste competenties van de zorgverleners in combinatie met de vereiste bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Ondersteuning in de praktijk

Uit de inventarisatie (bijlage 1) komen de volgende voorbeelden van projecten, waarbij de ondersteuning van chronisch zieken en zelfmanagement een rol spelen.

- **DIAMURAAL:** In dit programma wordt diabeteszorg volgens de zorgstandaard van de Nederlands Diabetes Federatie (NDF) ondersteund door een transmuraal EPD geleverd door een diabetes zorggroep. De patiënt staat centraal en heeft de mogelijkheid tot deelname aan het zorgproces door toegang tot het EPD en gebruik van een digitaal logboek. Er is rechtstreeks, digitaal, contact tussen patiënt en behandelaar. Alle betrokkenen, zorgverleners in de 1e of 2e lijn en de patiënt, werken in en hebben inzage in hetzelfde dossier en beschikken dus over dezelfde informatie. Alle betrokken behandelaars en de patiënt zelf kunnen dit dossier inzien en aanvullen. Waar mogelijk kan de (stabiele) patiënt ook controles zelf thuis invoeren in het digitale logboek, zodat hij/zij niet voor alle controles naar de huisarts hoeft. Ook kan de patiënt in het digitale logboek niet-dringende vragen stellen aan het behandel-

team. De hoofdbehandelaar beantwoordt de binnengekomen vragen van patiënten en bewaakt de door de patiënt ingevoerde zelfcontroles.

- Verder worden er in het Diseasemanagement programma van ZonMw veel projecten uitgevoerd die gericht zijn op de implementatie van diseasemanagement projecten. Deze projecten beslaan de integrale zorg aan chronische patiënten, waar zelfmanagement een onderdeel van de behandeling is.
- Er zijn diverse projecten bijvoorbeeld "Train de trainer"programma's en nascholingen motivational interviewing voor zorgaanbieders. Hieruit blijkt dat de vertaalslag naar opleiding en bij- en nascholing voor zorgaanbieders in gang is.

Standpunt CVZ

De ondersteuning gericht op de zorg aan de chronisch zieke waarbij voorlichting en educatie, het formuleren van behandel-doelen en hulp en feedback (gericht op het halen van persoonlijke behandel-doelen) centraal staan, is onderdeel van het zorgarsenaal van iedere zorgverlener. Het is vervat in richtlijnen en standaarden. De ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken, zoals de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, de introductie van zorgstandaarden en ketenzorg, de ontwikkeling van diseasemanagement programma's spelen in op meer eigen regie en zelfmanagement bij chronische ziekten.

Het CVZ beschouwt de ondersteuning door de zorgverleners bij zelfmanagement als professioneel juiste zorg zoals beroepsbeoefenaren die plegen te bieden. De ondersteuning kan op afstand (bijvoorbeeld telefonisch of elektronisch) plaatsvinden en is - in acute situaties - niet beperkt tot de "kantooruren".

Coördinatieplatform

4.b.2. Patiëntenvoorlichting en- educatie

Volgens het Coördinatieplatform vraagt zelfmanagement om kennis en vaardigheden op medisch technisch gebied. De informatie voor de chronisch zieke moet begrijpelijk en toegankelijk zijn en aansluiten bij de individuele vaardigheden om de informatie tot zich te kunnen nemen. Patiëntenversies van richtlijnen en zorgstandaarden kunnen de patiënt hierin faciliteren. Verder is er plaats voor educatie op het gebied van zelfsturing, het versterken van het zelfvertrouwen en (interventie-)methodieken voor het realiseren van persoonlijke doelen, opdat de patiënt over vaardigheden beschikt om zelf actie te ondernemen.

Het CVZ maakt uit deze beschrijving op dat er vooral aandacht is voor:

- het verbeteren van de kennis over de eigen ziekte, dit vereist informatie op maat, passend bij de mogelijkheden van de patiënt;
- de educatie gericht op versterken van zelfsturing van de eigen ziekte.

	Hoewel het Coördinatieplatform naast kennis, nadrukkelijk vaardigheden op medisch technisch gebied benoemt - het CVZ denkt bij deze vaardigheden aan zelfcontrole en behandeling - werkt het platform dit aspect niet verder uit.
<i>Voorlichting en educatie in de praktijk</i>	Uit de inventarisatie van zelfmanagementprojecten (bijlage 1) blijkt dat patiëntenvoorlichting en educatie op een drietal manieren wordt beschreven: 1) cursussen gericht op ziekte-specifieke educatie, 2) gespreksgroepen van lotgenoten, 3) interactieve educatieve internetprogramma's.
<i>Ziektespecifieke educatie</i>	Ad 1) Bij ziektespecifieke cursussen (dit zijn cursussen rond een ziektebeeld) komen diverse thema's aan de orde. Uitgangspunt is de huidige leefsituatie. Thema's die aan de orde komen zijn: kennis van de ziekte, medicatie, voeding, omgaan met chronische ziekte en beperkingen. Veelal worden de cursussen multidisciplinair gegeven. Voorbeelden zijn: Leren leven met COPD⁷, Door zelfmanagement in beweging⁸. Het geven van educatie die tot doel heeft dat patiënten kennis verwerven over de ziekte behoort tot het zorgarsenaal dat veel zorgverleners al bieden. Het CVZ schaaft dit onder de noemer 'goede zorg' en daarmee valt het onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden. Omdat de geneeskundige zorg in de Zvw functioneel is omschreven, biedt dit ruimte aan zorgverleners en zorgverzekeraars om afspraken te maken over wie de geneeskundige zorg levert en waar deze wordt geleverd.
<i>Algemene educatie</i>	Educatie gericht op het vergroten van het probleemoplossend vermogen, betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden niet onder het pakket van de Zvw.
<i>Gespreksgroepen</i>	Ad 2) Gespreksgroepen voor lotgenoten worden onder andere georganiseerd door patiëntenorganisaties. Een voorbeeld is een gespreksgroep voor chronische longpatiënten "Samen Wijzer Worden"⁹, georganiseerd door het Astma Fonds Longpatiëntenvereniging. Maandelijks is er een bijeenkomst waarbij steeds een ander thema besproken wordt. Dergelijke gespreksgroepen van lotgenoten beschouwt het CVZ als zelfhulp. Zelfhulp speelt zich in het algemeen af buiten de reguliere zorg (zie ook hoofdstuk 3b). Voor kosten in verband met zelfhulp kan een chronisch zieke geen beroep doen op de Zvw.
<i>Interactieve interneteducatie</i>	Ad 3) In de inventarisatie staan meerdere interactieve educatie-programma's die of al geïmplementeerd zijn of nog in onderzoek zijn (LAZ en ZonMw). Twee voorbeelden zijn: • Het Diabetes Interactief Educatie Programma (DIEP)^{10 11 12} is een website op maat toegepast op de situatie en de mate van actieve betrokkenheid van de patiënt. Het programma is effectief voor vergroten van kennis (Heinrich). Het programma is het meest effectief wanneer het een structureel

onderdeel is van educatie door de zorgverlener. DIEP verschaft de patiënt inzicht in het "wat, waarom en hoe" van diabetes, hoge en lage glucosewaarden, zelfcontrole, complicaties, de rol van leefstijl en medicatie, en de gevolgen daarvan op het dagelijks leven met diabetes. Het bevat hulpmiddelen als een werkboek.

- Zelfmanagement bij eetstoornissen (Ess-prit)¹³ : dit is een Duits Internet zelfmanagementprogramma (GGZ). Het wordt nu aangepast aan de Nederlandse situatie. Het geeft informatie over eetstoornissen, biedt mogelijkheden voor monitoring van het gewicht, gedrag en stemming. Door feedback en periodieke evaluatie leidt dit tot bijstellen van het individuele zorgplan.

Al eerder is beschreven dat het geven van ziektespecifieke voorlichting en ziektespecifieke educatie onder de geneeskundige zorg valt zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden.

Standpunt CVZ

Het CVZ merkt op dat het geven van ziektespecifieke educatie en - informatie en begeleiding niet alleen aan de orde zijn zodra de chronisch zieke in de eigen omgeving de regie over (een deel van) de behandeling neemt (met andere woorden: aan zelfmanagement doet). Voor iedere patiënt is het van belang inzicht te krijgen in de reikwijdte van zijn ziekte en begeleid te worden bij het verloop van zijn ziekte. Dit behoort tot het zorgarsenaal van iedere zorgverlener en is vervat in richtlijnen en standaarden. Het CVZ schaaft het geven van ziektespecifieke educatie en - voorlichting onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden. Dit standpunt heeft het CVZ ook in 2009 verwoord in zijn rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties*⁴.

Algemene educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden volgens het CVZ niet onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden bij chronische ziekten.

Gespreksgroepen van lotgenoten merkt het CVZ aan als zelfhulp. Zelfhulp speelt zich in het algemeen af buiten de reguliere zorg. Dit betekent dat een verzekerde voor kosten in verband met zelfhulp geen beroep kan doen op de Zvw.

4.b.3. Het motiveren

Coördinatieplatform

Het Coördinatieplatform stelt dat zelfmanagement geen eenzijdig opgelegd behandelvoorschrift kan zijn. Volgens het platform is het van belang dat zorgverleners de chronisch zieke motiveren en faciliteren om aan zelfmanagement te

doen, maar de chronisch zieke doet alleen dat wat hij aankan en waarbij hij zich veilig voelt. Dit betekent dat er in de praktijk verschillende niveaus van zelfmanagement zullen zijn.

***Keuzevrijheid en
gepast gebruik***

Uit de toelichting van het Coördinatieplatform maakt het CVZ op dat bij motivatie twee elementen centraal staan. Aan de ene kant het motiveren en faciliteren door de zorgaanbieder en aan de andere kant de 'keuzevrijheid' van de patiënt. In de optiek van het CVZ zijn patiënten primair zelf verantwoordelijk voor eigen gezondheid en het goed omgaan met een (chronische) ziekte. De zorgverlener zal de (chronisch) zieke daarbij zo goed mogelijk ondersteunen. In de praktijk blijkt de ene patiënt meer zelf te kunnen dan de andere. Het op maat aanbieden van zorg en het op maat aanspreken van patiënten op hun eigen verantwoordelijkheden zijn belangrijke aandachtspunten bij "gepast gebruik" in de zorg.

Gebruikelijk is dat de chronisch zieke en de zorgaanbieder(s) samen in goed overleg bepalen hoe de behandeling vorm krijgt en wat het aandeel hierin is van de diverse zorgverleners en van de chronisch zieke. Een en ander wordt vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt en komt idealiter ook te staan in het individuele zorgplan met daarbij de persoonlijke doelen van de patiënt.

***Motivatie in de
praktijk***

Uit de inventarisatie van praktijkprojecten (bijlage 1) komen twee programma's naar voren specifiek gericht op het motiveren.

- Het ene programma is Beyond Good Intentions¹⁴. Het programma richt zich op nieuw gediagnosticeerde diabetes patiënten. Het is een zelfmanagement programma gericht op proactieve coping waarbij verschillende aspecten van het leven met een diabetes aan bod komen (dieet, beweging, medicatie). Het is een programma van 12 weken met groepssessies van 6-8 deelnemers (4X2uur) en individuele begeleiding (2 keer 1 uur). Het doel van het programma is het formuleren van persoonlijke doelen. Dit gebeurt in het vijfstappenplan: doel formuleren, doel verkennen, situatie inschatten, actie(plan) en evaluatie.
- Het andere programma draagt bij aan het motiveren van patiënten, Dit is programma PROactieve Interdisciplinaire SelfManagement educatie (PRISMA)¹⁵. Het is een groepsprogramma voor mensen met DM type 2 en wordt ingezet bij de start van diabetesbehandeling. Educatie: Kennis en inzicht in de betekenis van diabetes, gericht op bewustwording. Praktische oefeningen met voedingsmiddelen. Deelnemers maken het eigen gezondheidsprofiel (bloeddruk, rookgedrag, cholesterol, bloedglucose, middelomtrek, depressie). Op basis van het profiel komt het actieplan met persoonlijke doelen tot stand.

In hoofdstuk 4.b.2 heeft het CVZ geoordeeld dat ziekte-specifieke educatie die tot doel heeft dat chronisch zieken kennis verwerven over de ziekte, onder de noemer geneeskundige zorg valt. Bij educatie die niet ziektespecifiek is en die

de chronisch zieke meer in het algemeen ondersteunt, heeft het CVZ geoordeeld dat deze algemene educatie niet onder de Zvw valt.

Standpunt CVZ

Het CVZ beschouwt adequate educatie als voorwaarde tot het motiveren en tot het faciliteren van zelfmanagement bij chronische ziekten. In de geschetste praktijkprojecten gaat dit feitelijk ook hand in hand.

Tot de zorg bij chronische ziekten zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden, horen niet alleen educatie en voorlichting over de ziekte, maar ook het motiveren van een chronisch zieke om zo goed mogelijk met zijn ziekte om te gaan waardoor de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener onder meer tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen. Dit behoort tot het zorgarsenaal van alle zorgverleners en blijkt uit de richtlijnen en standaarden.

Ziektespecifieke programma's zoals PRISMA en Beyond Good Intentions, beide ontwikkeld voor diabetes patiënten kunnen, als deze effectief zijn of als er sprake is van adequate en verantwoorde zorg, onderdeel zijn van zorg zoals onder meer huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden.

Educatieprogramma's die zich in het algemeen richten op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen, vallen volgens het CVZ niet onder de geneeskundige zorg in de Zvw.

Coördinatieplatform

4.b.4. Beschikbaarheid interventiemethodieken en hulpmiddelen

Het Coördinatieplatform stelt het volgende. Om aan (ondersteuning van) zelfmanagement (zoals veranderen van leefstijl) te kunnen doen, moeten de chronisch zieke en de zorgverlener beiden de beschikking hebben over voldoende instrumenten en interventies. Volgens het Coördinatieplatform kan technologie daaraan een belangrijke bijdrage leveren. Daarbij denkt het platform aan domotica¹ (waaronder zelfmeetapparatuur) en mogelijkheden van zorg op afstand.

Het CVZ constateert dat het Coördinatieplatform in een adem interventiemethodieken en allerlei hulpmiddelen noemt zoals zelfzorghulpmiddelen, zelfmeetapparatuur, domotica en middelen voor zorg op afstand, zonder de hulpmiddelen te definiëren. Het woordgebruik van het Coördinatieplatform is verwarrend. Het CVZ hanteert alleen de begrippen hulpmiddelen, interventies en domotica.

Hulpmiddelen en interventies in de praktijk

Uit de inventarisatie van zelfmanagementprojecten (bijlage 1) komen meerdere projecten naar voren waar een combinatie gemaakt wordt tussen interventies en hulpmiddelen. Enkele voorbeelden zijn hieronder beschreven.

- Astma in de huisartsenpraktijk¹⁶ is een zelfmanagement-

¹ Domotica omvat alle apparaten en infrastructuur in en rond woningen, die elektronische informatie gebruiken voor het meten, programmeren en sturen van functies ten behoeve van bewoners en dienstverleners. Sinds 1994 hanteert het Domotica Platform Nederland deze definitie.

programma dat patiënten met astma leert zelfstandig de eigen behandeling aan te passen aan de ernst van de astma. Kernelementen zijn educatie, voorlichting, instructie en een op maat geschreven zelfbehandelplan. De patiënt leert op basis van alarmsymptomen en piekstroommeting te bepalen welke actie gewenst is. Dit programma is in 2003 geëvalueerd¹⁷.

- TeleCOPD is een transmuraal zorgprogramma (1^e en 2^e lijn) voor recidiverende GOLD 2, 3, 4 patiënten. De patiënt wordt betrokken door het regelmatig invullen van een vragenlijst en het verrichten van longfunctiemetingen. Via autorisatie heeft de zorgprofessional inzicht in het risico-profiel. De patiënt kan zijn eigen risicoprofiel en trends terugzien waardoor inzicht in eigen gezondheidssituatie wordt vergroot.
- My-Care is een open en dynamisch systeem voor individuele risicoanalyse, behandeldoelen en zelfmanagement voor schizofrenie waarbij het individuele profiel met specifieke informatie en beschikbare interventies wordt gekoppeld. Dit kan patiënten beter informeren waardoor ze meer gelijkwaardige gesprekspartners worden van hun behandelaars. Ook contactmogelijkheden tussen patiënt en behandelaar en tussen patiënten onderling maken deel uit van de webtechnologie.

Domotica

Over domotica merkt het CVZ op dat het bij domotica veelal gaat om hulpmiddelen ter ondersteuning bij het zelfstandig wonen; deze zijn gericht op mobiliteit en alarmering. Het CVZ heeft in 2009 in het rapport *Heroriëntatie hulpmiddelen; vergoeding van hulpmiddelenzorg beter geregeld*¹⁸ de toenmalige minister van VWS geadviseerd alle hulpmiddelen die betrekking hebben op het thema '*zelfredzaamheid in en om de woning*' vanuit één regime te verstrekken, te weten de Wmo¹. Door de val van het kabinet in het voorjaar van 2010 heeft de minister tot nu toe geen uitvoering kunnen geven aan dit advies. Indien de minister het advies van het CVZ overneemt, zullen niet alleen alle mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Zvw worden overgeheveld naar de Wmo, maar ook hulpmiddelen zoals eetapparaten, persoonlijke alarmeringsapparatuur en apparatuur voor omgevingsbesturing.

Algemeen gebruikelijk

Volledigheidshalve merkt het CVZ op dat algemeen gebruikelijke hulpmiddelen niet onder de te verzekeren prestaties van de Zvw vallen. Een computer is algemeen gebruikelijk. Als een verzekerde een computer nodig heeft om medische gegevens door te sturen aan zijn behandelend arts, komt deze computer niet voor vergoeding ten laste van de Zvw in aanmerking. De vraag of een hulpmiddel algemeen gebruikelijk is, beoordeelt het CVZ volgens de procedure als beschreven in het uit 2008 daterende rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*¹⁹.

Standpunt CVZ

Uit de geschetste praktijkprojecten maakt het CVZ op dat er een logische combinatie lijkt te bestaan tussen zelfcontrole en

¹ Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

hulpmiddelen zoals diagnostische apparatuur ter versterking van zelfmanagement.

- Hulpmiddelen die de chronisch zieke nodig heeft voor de behandeling van zijn chronische ziekte kunnen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen mits het hulpmiddel valt onder één van de hulpmiddelen categorieën (of functiegerichte omschrijvingen) zoals opgenomen in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering.
- Hulpmiddelen die de chronisch zieke in de thuissituatie gebruikt kunnen (als zorg op afstand) ook onderdeel zijn van de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Ook dan geldt dat de effectiviteit van de behandeling moet zijn aangetoond. Het CVZ heeft het grensvlak tussen hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg verkend in het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg*²⁰.

Bij nieuwe hulpmiddelen volgt het CVZ de procedure als beschreven in het rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*¹⁹. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (zoals een computer) en hulpmiddelen die voor eigen rekening kunnen komen, worden niet beoordeeld.

4.b.5. Individueel zorgplan

Coördinatieplatform

Het Platform stelt dat voor zelfmanagement en het nemen van de regie de patiënt moet weten wat hij aan zorg mag verwachten en wat hij er zelf aan kan doen. Volgens het platform moet dit in het *individuele zorgplan* worden beschreven. Het zorgplan fungeert dan als een soort draaiboek voor de patiënt als regisseur over zijn leven inclusief ziekte. Uitgangspunt van het individuele zorgplan is de persoonlijke situatie van de patiënt. In het individuele zorgplan is het zorgaanbod altijd afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. Alle zorg komt samen in het zorgplan, er kan geen sprake zijn van versnippering. Alle zorgverleners moeten dit zorgplan gebruiken. Een vast format (in feite generiek individueel zorgplan) is wenselijk en in voorbereiding, aldus het platform.

Individueel zorgplan in de praktijk

Het CVZ constateert dat het coördinatieplatform het zorgplan ideaaltypisch beschrijft. Adequate informatie over de ziekte of ziekten (multimorbiditeit) en de behandeling (gerelateerd aan de persoonlijke situatie van de chronisch zieke) is nodig voor zelfmanagement. Hoe dit wordt gerealiseerd is aan de zorgaanbieder en zorgverlener. Een voorbeeld uit de inventarisatie waar het zorgplan nadrukkelijk aan de orde is, is het project DIEP (zie ook hoofdstuk 4.b.2).

Standpunt CVZ

Het vastleggen van informatie over de ziekte, de behandeling de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan (in het medisch dossier en/of zorgplan) tot het zorgarsenaal van alle zorgverleners behoort. Dit valt onder de geneeskundige zorg zoals onder meer huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te

bieden.

4.b.6. Digitale infrastructuur

Coördinatie- platform

Het platform stelt dat er geen eigen regie en zelfmanagement mogelijk is zonder adequate dossiervoering door de zorgverleners en de patiënt. Het platform vindt dat de patiënt in de toekomst moet kunnen beschikken over een persoonlijk (veelal elektronisch) gezondheidsdossier met aansluiting op het EPD (patiëntenportaal).

Het individuele zorgplan vindt aldus volgens het Coördinatieplatform zijn digitale vertaling in dit persoonlijke gezondheidsdossier.

Digitale infrastructuur in de praktijk

Het CVZ onderschrijft de gedachte van het platform dat adequate dossiervoering in de toekomst alleen elektronisch/digitaal mogelijk zal zijn en dat elektronische dossiervoering steeds meer ingang zal vinden. Maar het is nog niet zover. Het CVZ wijst erop dat het nu al van belang is rekening te houden met de algemene eisen die gelden voor digitale infrastructuur. De elektronische dossiervoering en de toegang daartoe door patiënten en zorgverleners dienen te voldoen aan de eisen die de overheid heeft geformuleerd en waarop de Inspectie toezicht uitoefent. De eisen zijn opgenomen in het Programma van Eisen Goed Beheerd Zorgsysteem van NICTIZ²¹ en de norm NEN 8028 op het gebied van telemedicine^k. Dossiervoering en het individuele zorgplan (elektronisch of op papier) ondersteunen de zorgverleners en patiënten bij de behandeling. Dossiervoering is een organisatorisch aspect van de zorgverlening.

Het CVZ heeft in 2009 in zijn rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw*^k het standpunt ingenomen dat de organisatorische aspecten die binnen de multidisciplinaire ketenzorg bijdragen aan de structuur en aan de beheersing van het zorgproces, deel uitmaken van de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Standpunt CVZ

Het CVZ bevestigt dat de infrastructuur een bijdrage levert aan de uitvoering van de multidisciplinaire zorg bij chronische ziekten. De infrastructuur kan onderdeel zijn van de organisatie van multidisciplinaire zorg en dan deel uitmaken van de te verzekeren prestaties van de Zvw. De eisen die de overheid stelt aan elektronische dossiervoering en de toegang daartoe door patiënten dienen daarbij in aanmerking te worden genomen.

4.c. Stand van wetenschap en praktijk

In de wet is bepaald dat de inhoud en de omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De stand van wetenschap en praktijk is aan de orde bij de beoordeling van

^k Telemedicine is het praktiseren van zorg over een afstand in plaats van via direct contact.

de effectiviteit van zorg die de zorgverlener aanbiedt. Daarvoor hanteert het CVZ de principes van Evidence Based Medicine (EBM).

Het CVZ onderkent dat het niet mogelijk zal zijn alle onderdelen van zelfmanagement te beoordelen volgens de EBM principes. Bij een aantal activiteiten zal alleen kunnen worden getoetst of er sprake is van adequate en verantwoorde zorg en diensten.

4.d. Conclusies

Het CVZ heeft nagegaan welke activiteiten er schuilgaan achter zelfmanagement. Vervolgens heeft het CVZ de diverse activiteiten getoetst aan de wettelijke regeling. Hieronder staan de conclusies.

4.d.1. Geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden

Educatie en voorlichting bij chronische ziekten

Het geven van ziektespecifieke educatie en - informatie en begeleiding is niet alleen aan de orde zodra de chronisch zieke in de eigen omgeving zoveel mogelijk de regie neemt over zijn behandeling (met andere woorden: aan zelfmanagement doet). Voor iedere patiënt is het van belang inzicht te krijgen in de reikwijdte van zijn ziekte en begeleid te worden bij het verloop van zijn ziekte.

Ziektespecifieke educatie en - voorlichting zijn vervat in het zorgarsenaal van iedere zorgverlener. Dit blijkt uit de richtlijnen en standaarden. In die zin valt het onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden.

Algemene educatie

Educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden niet onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden bij chronische ziekten.

Motiveren

Tot de zorg bij chronische ziekten zoals onder meer huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden, horen niet alleen ziektespecifieke educatie en - voorlichting, maar ook het motiveren van een chronisch zieke om zo goed mogelijk met zijn ziekte om te gaan waardoor de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener onder meer tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen. Het motiveren van een patiënt behoort tot het zorgarsenaal van iedere zorgverlener. Het is opgenomen in de richtlijnen en standaarden.

Ondersteunen en begeleiden

De ondersteuning gericht op de zorg aan de chronische zieke waarbij ziektespecifieke voorlichting en - educatie, het formuleren van behandeldoelen en hulp en feedback (gericht

op het halen van persoonlijke behandeldoelen) centraal staan, is vervat in het zorgarsenaal van alle zorgverleners. Dit blijkt uit de richtlijnen en standaarden. In die zin beschouwt het CVZ het ondersteunen en begeleiden als professioneel juiste zorg zoals zorgaanbieders die plegen te bieden. De ondersteuning kan op afstand (bijvoorbeeld telefonisch of elektronisch) plaatsvinden en is - in acute situaties - niet beperkt tot de "kantooruren".

Zorgplan

Het vastleggen van informatie over de ziekte, de behandeling de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan (in het medisch dossier en/of zorgplan) is eveneens onderdeel van het zorgarsenaal van iedere zorgverlener en komt tot uitdrukking in de richtlijnen en standaarden. In die zin valt het onder de noemer 'goede zorg' en is de zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden.

4.d.2. Hulpmiddelenzorg

Hulpmiddelen die de chronisch zieke nodig heeft voor de behandeling van zijn chronische ziekte kunnen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen mits het hulpmiddel valt onder één van de hulpmiddelen categorieën (of functiegerichte omschrijvingen) zoals opgenomen in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering.

Hulpmiddelen die de chronisch zieke in de thuissituatie gebruikt kunnen (als zorg op afstand) ook onderdeel zijn van de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Ook dan geldt dat de effectiviteit van de behandeling moet zijn aangetoond. Het CVZ heeft het grensvlak tussen hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg verkend in het rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg*²⁰.

Bij nieuwe hulpmiddelen volgt het CVZ de procedure als beschreven in het rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*¹⁹. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (zoals een computer) en hulpmiddelen die voor eigen rekening kunnen komen, worden niet beoordeeld.

4.d.3. Organisatorische aspecten

Infrastructuur-organisatie

Het CVZ bevestigt dat de digitale infrastructuur een bijdrage kan leveren aan de uitvoering van de multidisciplinaire zorg bij chronische ziekten. De infrastructuur kan onderdeel zijn van de organisatie van multidisciplinaire zorg en dan deel uitmaken van de te verzekeren prestaties van de Zvw. De eisen die de overheid stelt aan elektronische dossiervoeringen de toegang daartoe door patiënten, verwoord in het Programma van Eisen Goed Beheerd Zorgsysteem van NICTIZ en de norm NEN 8028 op het gebied van telemedicine, dienen daarbij in aanmerking te worden genomen.

4.d.4. Niet te verzekeren prestaties

- Algemene educatie** Het CVZ rekent algemene educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen niet tot de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden (zie ook onder 4.d.1).
- Lotgenotencontact** Verder beschouwt het CVZ gespreksgroepen van lotgenoten als zelfhulp; dit valt ook niet onder de noemer geneeskundige zorg.

5. Inhoudelijke consultatie

Reacties geconsulteerden	Het CVZ heeft een groot aantal organisaties het concept standpunt toegestuurd. Hierop zijn reacties ontvangen van: ▪ de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF); ▪ het kwaliteitsinstituut CBO; ▪ de FHI (branche organisatie voor medische technologie); ▪ Zorgverzekeraars Nederland (ZN); ▪ Verenso (specialisten ouderengeneeskunde); ▪ Nefemed (Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten); ▪ de Koninklijke maatschappij tot bevordering van de geneeskunst (KNMG), ▪ het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en van ▪ ActiZ, organisatie van zorgondernemers. Vanuit de NPCF is aandacht gevraagd voor onder andere zorginnovaties, de effectiviteit van hulpmiddelen en interventies, en de rol van patiëntenorganisaties bij zelfmanagement. Het CBO heeft zich aangesloten bij de opmerkingen van de NPCF. De FHI heeft onder meer kanttekeningen geplaatst bij het geven van advies, informatie en instructie over het gebruik van medische apparatuur thuis door de medisch facilitaire bedrijven. ZN heeft opmerkingen gemaakt over de zorginkoop, over de effectiviteit van hulpmiddelen en de afbakening tussen doelgroepen en interventies. ZN formuleert ook haar zorgen over de snelle groei van de cardio metabole risicofactoren en ziekten in de populatie en in het verlengde daarvan een groei van de aanspraak op o.a. zelfmanagement. Verenso heeft ondermeer aandacht gevraagd voor de rol van de mantelzorg, voor zelfmanagement bij psychiatrische ziekten en gevraagd wat de status is van het interventies die het CVZ heeft opgenomen in bijlage 1. Nefemed heeft een aantal suggesties gedaan die hebben geleid tot aanpassingen in de tekst van het rapport. De KNMG heeft aandacht gevraagd voor de mogelijke (extra) inspanningen van zorgverleners. Het KNGF heeft opgemerkt dat de paramedicus/fysiotherapeut een belangrijke rol (als trainer) heeft bij het ondersteunen van zelfmanagement. Tot slot heeft ActiZ een aantal kanttekeningen geplaatst bij de definities in hoofdstuk 3 en bij het feit dat in dit standpunt de AWBZ voorlopig buiten beschouwing is gebleven.
Rol mantelzorg	Voor het CVZ waren de reacties soms aanleiding om de tekst van het rapport te wijzigen. Hieronder geeft het CVZ een reactie op de kanttekeningen van de diverse organisaties. In dit standpunt geeft het CVZ aan wat de inhoud en omvang is van zelfmanagement als onderdeel van de te verzekeren prestaties. Daartoe heeft het CVZ het begrip uiteengerafeld in een aantal elementen. Uitgangspunt is dat de chronisch zieke zoveel als mogelijk zelf

de regie heeft over zijn ziekte. Ook de mantelzorg kan daarbij een rol spelen.

Educatie

Het CVZ draagt in dit standpunt uit dat mensen in principe zelf verantwoordelijk zijn voor hoe zij leven, hoe zij omgaan met ziekte en met het aanvaarden van tegenslag door een ziekte. Daarom acht het CVZ algemene educatie die gericht is op het omgaan met moeilijke situaties en die het probleemoplossend vermogen bevordert, geen onderdeel van de Zvw. Ziektespecifieke educatie (veelal direct na de diagnose van de ziekte) is uiteraard onderdeel van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals opgenomen in de Zvw.

Geneeskundige zorg: plegen te bieden

In de Zvw is de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg beperkt tot zorg zoals onder meer huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden. In hoofdstuk 4.a. heeft het CVZ uitgelegd hoe het CVZ de wettelijke formulering “plegen te bieden” in de praktijk heeft uitgewerkt.

Rol paramedicus

Ook paramedici kunnen betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een chronische ziekte en in dat kader ondersteuning bieden bij zelfmanagement. De zorg bij mensen met chronische ziekten omvat het geven van adviezen voor thuis. Dit behoort tot het zorgarsenaal van onder andere de huisarts en de paramedicus en valt daarmee onder de zorg zoals deze beroepsbeoefenaren die plegen te bieden.

Rol ervarings - deskundigen

Wat op dit moment tot het zorgarsenaal van de zorgverleners behoort, is vervat in de richtlijnen en standaarden van de zorgverleners. De inzet van ervaringsdeskundigen, ondermeer gebundeld in patiëntenorganisaties, kan bij het zorgaanbod een rol spelen, voor zover de ervaringsdeskundigen hiertoe bevoegd en bekwaam zijn. Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieders om de rol van de ervaringsdeskundigen bij de organisatie van de zorg vorm te geven.

Zelfmanagement niet eigenstandig

Uitgangspunt is dat de algemene principes van zelfmanagement integraal onderdeel zijn van de zorg bij chronische ziekten. Zelfmanagement is geen afzonderlijke module die los van de zorg kan worden aangeboden maar een integraal onderdeel van de behandeling van de chronische ziekte. Primair zijn de beroepsbeoefenaren verantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het integrale zorgaanbod (richtlijnen en standaarden).

Grenzen pakket

Met bovenstaande conclusies dat zelfmanagement geen afzonderlijke aanspraak is en dat algemene voorlichting en algemene educatie geen te verzekeren prestaties zijn, geeft het CVZ de grenzen aan van het pakket van de Zvw. Andere partijen zijn verantwoordelijk zijn voor de algemene (gezondheids)opvoeding (opvoeding, onderwijs).

Omvang

Advies, informatie en instructie over het gebruik van medische

<i>hulpmiddelenzorg</i>	apparatuur thuis door de medisch facilitaire bedrijven zijn onlosmakelijk verbonden met het betreffende hulpmiddel. Als het hulpmiddel onderdeel is van de te verzekeren prestaties van de Zvw rekent het CVZ het advies hierover ook tot de te verzekeren zorg. Dit is geen nieuw standpunt.
<i>Zorg innovatie</i>	Het CVZ onderschrijft dat innovatie bij hulpmiddelen en de behandeling van belang zijn. Er zijn diverse regelingen om innovaties te bevorderen. Het CVZ zal voor het beoordelen van de effectiviteit van een hulpmiddel en de behandeling niet afwijken van de huidige beoordelingskaders, waaronder het beoordelingskader hulpmiddelenzorg.
<i>Stand wetenschap en praktijk</i>	Het CVZ onderkent dat het niet mogelijk zal zijn alle onderdelen van zelfmanagement te beoordelen volgens de EBM principes en dat bij een aantal activiteiten alleen kan worden getoetst of er sprake is van adequate en verantwoorde zorg en diensten.

6. Standpunt

Geneeskundige zorg

Het CVZ schaart de volgende activiteiten ter bevordering van zelfmanagement die onderdeel zijn van de behandeling van chronische ziekten, onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden:

- ziektespecifieke educatie en - voorlichting;
- het motiveren van de chronisch zieke zodat deze zo goed mogelijk met zijn chronische ziekte(n) omgaat en de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen;
- ondersteuning, gericht op de zorg aan de chronische zieke waarbij voorlichting en educatie, het formuleren van behandeldoelen, hulp en feedback (gericht op het halen van persoonlijke behandeldoelen) centraal staan, ook op afstand (telefonisch en/of elektronisch) en in acute situaties buiten de gebruikelijke kantooruren;
- het vastleggen in het medisch dossier en/of zorgplan van informatie over de ziekte, de behandeling, de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan;
- de (digitale) infrastructuur ten behoeve van de zorgverlening en de zorgorganisatie.

Hulpmiddelenzorg

Voor zelfmanagement benodigde hulpmiddelen kunnen onderdeel zijn van de te verzekeren prestaties hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg van de Zvw.

Van hulpmiddelen die op dit moment nog niet onder de geneeskundige of hulpmiddelenzorg van de Zvw vallen, volgt het CVZ de procedure als beschreven in het rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*. Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld een computer) en hulpmiddelen die voor eigen rekening kunnen komen, worden niet beoordeeld.

Uitzondering

Educatie gericht op het bevorderen van het probleemoplossend vermogen betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Dit soort algemene educatie past in de opvoeding en het onderwijs. Het valt om die reden niet onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden bij chronische ziekten.

7. Gevolgen van het standpunt

Binnen de grenzen van de Zvw zijn er veel mogelijkheden om zelfmanagement bij chronische ziekten te bevorderen en te stimuleren. In de praktijk blijken er diverse hobbels te zijn.

<i>Verzekerden</i>	De chronisch zieke is nog niet altijd voldoende toegerust om meer verantwoordelijkheid te nemen. Het CVZ verwacht dat richtlijnen en zorgstandaarden zullen bijdragen aan transparantie in de zorg bij chronische ziekten. Het individuele zorgplan zal de chronisch zieke houvast bieden bij het uitvoeren van zelfmanagement.
<i>Zorgverleners en aanbieders</i>	Ook de opleidingen en de bij- en nascholing voor de beroepsbeoefenaren zijn nog niet voldoende toegesneden op de veranderende rol verdeling tussen chronisch zieke en behandelbaar.
<i>Zorgverzekeraars</i>	Via de polis en zorginkoop kunnen zorgverzekeraars zelfmanagement stimuleren en de implementatie van beschikbare instrumenten in de praktijk van de zorg versterken.
<i>BKZ</i>	Dit standpunt heeft geen gevolgen voor het budget kader zorg.
<i>Risicoverevening</i>	Voor zover het CVZ dit kan overzien op dit moment, heeft dit het standpunt ook geen gevolgen voor de risicoverevening.

8. Vaststelling standpunt

Datum standpunt In dit rapport verheldert het CVZ welke activiteiten er schuil gaan achter het begrip *Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten* en beoordeelt in hoeverre deze activiteiten tot de te verzekeren prestaties geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren. Het CVZ heeft zijn standpunt vastgesteld op 25 november 2010.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

9. Literatuuroverzicht

-
- ¹ RIVM. Van Gezond naar Beter, Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven, 2010. Beschikbaar via www.RIVM.nl
- ² Kabinetsbeleid: Programmatische aanpak van chronische ziekten, Minister van VWS brief van 13 juni 2008, kenmerk PG/ZP 2.847.918
- ³ Voortgangsbrief "programmatische aanpak van chronische ziekten", Minister van VWS, brief van 17 mei 2010
- ⁴ CVZ. Rapport *Zorgstandaarden, ketenzorg en de te verzekeren prestaties* Zvw. Diemen, september 2009. publicatienr. 282. Beschikbaar via www.cvz.nl
- ⁵ Wijhe R van. Visies op verplegen en verzorgen. Nijmegen: Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. Geraadpleegd in nov. 2010 via www.btsng.nl
- ⁶ ZonMw. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag, februari 2010. beschikbaar via www.ZonMw.nl
- ⁷ Sensire. Leren leven met COPD. Beschikbaar via www.sensire.nl
- ⁸ ZonMw. Door zelfmanagement in beweging. Geraadpleegd oktober 2010 via www.zonmw.nl
- ⁹ Astmafonds. Samen Wijzer Worden. Campagne. Geraadpleegd in nov. 2010 via www.astmafonds.nl
- ¹⁰ DIEP. Geraadpleegd in nov. 2010 via www.diep.info en www.diabetes.stichtingdiep.nl
- ¹¹ Schaper NC, Ovink A, Heinrich E, et al. DIEP: educatieprogramma voor zelfmanagement en ondersteuning. *DiabeteSpecialist* 2006;18; 26-7.
- ¹² Heinrich E, Ovink AHOD, Denis-Thissen EPAJ, et al. DIEP: educatiestrategie ter bevordering van zelfmanagement. *Ned Tijdschr Diabetologie* 2006; 3; 150-3.
- ¹³ Ess-pritt. Geraadpleegd in nov. 2010 via www.ess-prit.de/home.php
- ¹⁴ Thoolen B, de Ridder D, Bensing J, et al. Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with type 2 diabetes. *Health Educ Res* 2008; 23:53-61.
- ¹⁵ Vrije Universiteit Amsterdam. PRISMA. Geraadpleegd in nov. 2010 via <http://www.vumc.nl/afdelingen/diabetescentrum/InfoProf/DMprojectenVUMC/4205583>
- ¹⁶ Astmafonds. Astma in de huisartsenpraktijk. Geraadpleegd in nov. 2010 via www.astmafonds.nl/allesoverastma/content.jsp?objectId=5287
- ¹⁷ Thoonen BP, Schermer TR, van den Boom G, et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003; 58: 30-6.
- ¹⁸ CVZ. Rapport *Heroriëntatie hulpmiddelen; vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld*. Diemen, juli 2009. Publicatienr. 279. Beschikbaar via www.cvz.nl
- ¹⁹ CVZ. Rapport *Beoordelingskader hulpmiddelenzorg*. Diemen, april 2008. Publicatienr. 258, Beschikbaar via www.cvz.nl
- ²⁰ CVZ. Rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg*. Diemen, augustus 2009. Publicatienr. 280. Beschikbaar via www.cvz.nl
- ²¹ Bonke GHJ, Pippel S, Groot M de, et al. Toepasbaarheid van de Eisen aan een Goed Beheerd Zorgsysteem op TeleConsultatie. Delft: TU, 2009. Beschikbaar via www.nictiz.nl

Standpunt multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigering

Vastgesteld op 20 december 2010

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010131271
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. drs. T.J. Duine
<i>Telefoonnummer</i>	Tel. (020) 797 85 53

Samenvatting

Behandelcentrum Pluryn – De Seyshuizen biedt een gespecialiseerd behandelprogramma voor kinderen met chronische voedselweigerings.

Beoordeling AWBZ en Zvw

Het CVZ heeft een duiding uitgevoerd op de aangeboden behandeling. Allereerst heeft het CVZ beoordeeld of de behandeling kan worden gerekend tot de AWBZ-aanspraken. Hoewel de behandeling is ontwikkeld vanuit de zorg voor (ernstig) verstandelijk gehandicapten, is het CVZ van oordeel dat deze niet (langer) tot de AWBZ-zorg kan worden gerekend. Vervolgens heeft het CVZ gekeken of de behandeling tot de te verzekeren prestaties van de ZVW behoort. Hiertoe is bepaald of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook heeft het CVZ gekeken of de behandeling zorg is die medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Tenslotte heeft het CVZ getoetst of klinische opname medisch noodzakelijk is om de behandeling te kunnen bieden.

Het CVZ constateert dat aan deze genoemde voorwaarden van de Zvw is voldaan. Gedragstherapeutische interventies hebben een essentiële plaats bij de onderzochte behandeling. Studies waarin dergelijke behandelingen zijn onderzocht rapporteren een verbetering van de orale intake van voedsel. De beoordeelde behandeling is te beschouwen als een variant op de gebruikelijke behandelingen, maar is intensiever en er zijn ook meerdere disciplines bij betrokken. Klinische opname is vaak noodzakelijk wegens de intensiteit van de behandeling, de ernst van de aandoening of andere inhoudelijke redenen, zoals bijvoorbeeld een noodzaak om het kind tijdelijk uit zijn thuisomgeving weg te halen om ongewenste patronen te doorbreken.

Zorgvuldige indicatiestelling belangrijk

Het CVZ wijst op het belang van een zorgvuldige indicatiestelling om te waarborgen dat de voorziening voorbehouden blijft aan kinderen die de meest ernstige vormen van voedselweigerings hebben ontwikkeld en bij wie minder intensieve interventies onvoldoende resultaat hebben gehad. De interventie behelst de laatste trede in een stepped care behandeling en moet altijd vooraf zijn gegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting.

Nu de behandeling voldoet aan de voorwaarden van de Zvw dient een aantal maatregelen te worden getroffen om bekostiging mogelijk te maken. Het is aan DBC-onderhoud en de NZA om in overleg met betrokken partijen te bezien hoe de bekostiging plaats kan vinden.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Niet langer AWBZ?

Behandelcentrum Pluryn – De Seyshuizen biedt een gespecialiseerd behandelprogramma voor kinderen met chronische voedselweigerings. In het verleden werd de behandeling van voedselweigerings gerekend tot de functie Behandeling van de AWBZ, omdat het onderdeel uitmaakte van de zorg voor (ernstig) verstandelijk gehandicapten. Dat lijkt gezien de ontwikkeling van deze behandeling nu niet meer het geval en het CIZ heeft aangegeven dat vanaf 2011 geen indicaties meer zullen worden afgegeven. Het CIZ rekent het behandelprogramma niet langer tot de AWBZ-zorg. Pluryn en het Ministerie van VWS hebben het CVZ gevraagd te beoordelen of het behandelprogramma tot de medisch-specialistische zorg kan worden gerekend en kan vallen onder het domein van de Zvw.

Achtergrond-rapportage

Onderstaand beantwoordt het CVZ deze vraag. Ten behoeve van de beantwoording is ter onderbouwing een afzonderlijke beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gedaan (2010068242). De conclusies van deze beoordeling zijn opgenomen in dit standpunt.

1.b. Welke aandoening?

Bio-psycho-sociaal probleem

Chronische voedselweigerings is in de ICD-10 gedefinieerd onder F98.2 Eetstoornis bij (jonge) kinderen¹. De oorzaak is moeilijk vast te stellen. Zowel organische als niet-organische factoren kunnen een rol spelen. Het kan worden opgevat als een bio-psycho-sociaal probleem.

Oorzaken

In milde vorm komen voedingsproblemen bij ongeveer 25% van de kinderen voor in een bepaalde periode. De prevalentie van blijvende eetproblemen varieert van 3% in een low-risk populatie tot wel 90% bij kinderen met fysieke beperkingen. Voedselweigerings komt vaak voor bij kinderen die langere tijd sondevoeding hebben gehad vanwege prematuriteit, ziekte of handicap. Kinderen met chronische voedingsproblemen zullen zich niet volgens de normale groeilijnen ontwikkelen en kunnen vaker ziek zijn door verlaagde weerstand. In extreme gevallen kan chronische voedselweigerings leiden tot ondervoeding, extreemgewichtsverlies en/of uitdroging.

Ernstige aandoening

Zonder ingrijpen kan een levensbedreigende situatie ontstaan.

Geen anorexia

Chronische voedselweigerings is niet te verwarren met anorexia nervosa. Dit is eveneens een eetstoornis, maar die treedt meestal pas op in of na de puberteit en heeft een psychische oorzaak.

¹ Omschrijving: Een eetstoornis met wisselende symptomatologie doorgaans specifiek voor de vroeg kinderjaren. Zij behelst over het algemeen voedselweigerings en buitensporige kieskeurigheid bij aanwezigheid van voldoende voedselaanbod, een redelijk competente verzorger en in de afwezigheid van een organische ziekte. De toestand gaat al dan niet samen met ruminatie (dwz herhaalde regurgatie zonder misselijkheid of gastro-intestinale ziekte).

Eerdere behandelingen onvoldoende resultaat	De kinderen die in De Seyshuizen behandeld worden hebben in ongeveer 60-70% een verstandelijke handicap, de overigen worden doorverwezen door bijvoorbeeld kinderarts of jeugdzorg. In alle gevallen gaat het om jonge kinderen die de meest ernstige vormen van voedselweigeren hebben en bij wie eerdere behandelingen onvoldoende resultaat hebben gehad.
Gedragstherapeutische basis	<i>1.c. Om welke behandeling gaat het?</i> De gevraagde beoordeling betreft multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigeren. De behandeling kent een gedragstherapeutische basis en is ontwikkeld in de zorg voor (ernstig) verstandelijk gehandicapten. Inmiddels is de behandeling ondergebracht in een apart behandelcentrum (De Seyshuizen) en is de doelgroep niet langer beperkt tot kinderen met verstandelijke beperkingen. De kliniek heeft als doelgroep alle kinderen met chronische voedselproblemen waarbij de gebruikelijke behandeling niet succesvol is gebleken. Ook kinderen met een ontwikkelingsachterstand of somatische problematiek (bijvoorbeeld kinderen die langdurig op sondevoeding waren aangewezen) kunnen ernstige vormen van voedselweigeren ontwikkelen waarvoor de gebruikelijke begeleiding in het ziekenhuis niet afdoende is. In het behandelteam wordt vanuit meerdere disciplines samengewerkt: gedragswetenschappelijke en medische disciplines, maatschappelijk werk, verpleging, fysiotherapie, logopedie en diëtetiek. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist.
Doelgroep	Voorafgaand aan de behandeling in De Seyshuizen hebben de kinderen altijd minder intensieve vormen van gedragsbeïnvloeding aangeboden gekregen, die onvoldoende effect hebben gesorteerd (stepped care). Deze interventies maken deel uit van het gebruikelijke behandelarsenaal zoals dat in de zorg voor verstandelijk gehandicapten is ontwikkeld.
Meerdere disciplines	Gedragsmodificatietechnieken maken een belangrijk onderdeel uit van alle fasen van de behandeling. De behandeling in de Seyshuizen voegt hier het multidisciplinaire karakter aan toe (waaronder een grotere medische inbreng) en de grote intensiteit en planmatigheid van het programma.
Stepped care	De behandeling wordt zowel in dagbehandeling als klinisch aangeboden. Klinische opname is noodzakelijk als: • het multidisciplinaire programma een groot deel of het gehele etmaal bestrijkt, inclusief de observatie en begeleiding buiten de maaltijden • de ernst van de aandoening (de situatie kan levensbedreigend zijn) en het gebrek aan behandelalternatieven in dit stadium van de ziekte – anders dan sondevoeding – opname onvermijdelijk maken
Wanneer opname	

- Het noodzakelijk is om het kind uit de thuissituatie weg te halen om ongewenste patronen in de ouder-kind interactie te doorbreken.

Bijkomende argumenten zijn dat de verzorging soms zo intensief is dat het voor ouders niet meer is op te brengen (bijvoorbeeld 20X braken per dag), en/of de afstand tot het behandelinstituut te groot is om dagbehandeling mogelijk te maken.

Elk behandeltraject kent een overdrachtsfase waarin de ouders/verzorgers leren hoe de aanpak van de voedselproblematiek in de thuissituatie gecontinueerd kan worden. De gemiddelde behandelduur is 9 maanden.

1.d. Leeswijzer

Gezien de voorgeschiedenis kijkt het CVZ eerst of de beslissing om de behandeling niet langer als AWBZ-aanspraak te beschouwen terecht is (hoofdstuk 2). Vervolgens is in hoofdstuk 3 de vraag aan de orde of de behandeling voldoet aan de criteria van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overwegingen leiden tot een standpunt, dat in hoofdstuk 4 wordt weergegeven. Tenslotte gaat het CVZ in hoofdstuk 5 in op de financiële gevolgen en uitvoeringsconsequenties van het standpunt.

2. Beoordeling AWBZ

2.a. Twee wettelijke regimes

Behandeling AWBZ

De multidisciplinaire behandeling van kinderen met voedselweigeren is ontwikkeld vanuit de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Tot en met 2010 werd deze zorg gerekend tot de aanspraken op grond van de AWBZ, onder de functie Behandeling. In dit hoofdstuk gaat het CVZ na of dit nog steeds het geval is.

2.b. De functie Behandeling in de AWBZ

CIZ

Zoals gezegd in de inleiding zal het CIZ vanaf 2011 niet langer indicaties afgeven voor de multidisciplinaire behandeling van voedselweigeren door Pluryn/De Seyshuizen. Hieronder beschrijft het CVZ of deze beslissing terecht is.

CSML-zorg

Het gaat bij AWBZ-behandeling (naast enkelvoudige behandelvormen) vooral om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSML). Er moet sprake zijn van complexe (multi)problematiek waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van AWBZ-behandelaar noodzakelijk is zoals een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis.

specifiek

Kenmerkend voor de AWBZ-functie Behandeling (in relatie tot de Zvw-behandeling) is dat het gaat om specifieke behandeling. Met 'specifiek' wordt bedoeld op de gerichtheid op specifieke problematiek in relatie tot de grondslagen waar het bij de AWBZ om gaat.²

Ook andere doelgroepen

Een belangrijke reden voor het niet langer indiceren voor deze behandeling is dat de behandeling niet meer uitsluitend is gericht op kinderen met een verstandelijke handicap.

Ook kinderen met een somatische ziekte of ontwikkelingsproblematiek komen voor de behandeling in aanmerking, als ze lijden aan extreme voedingsproblematiek. Bijvoorbeeld kinderen die langere tijd sondevoeding hebben gehad kunnen ernstige vormen van voedselweigeren ontwikkelen. Ook zij kunnen baat hebben bij de door Pluryn ontwikkelde behandeling.

Dergelijke somatische of ontwikkelingsproblematiek wordt niet bedoeld in de grondslagen van de AWBZ, waar het altijd om aandoeningen met een chronisch karakter gaat.

Aan een belangrijke voorwaarde voor een AWBZ-behandeling is dus niet voldaan: de behandeling is niet specifiek voor een AWBZ-doelgroep en ontbeert daarmee een (exclusieve) grondslag.

² De grondslagen waarop de AWBZ berust, zijn een somatische of psychogeriatrische aandoening, een psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

***Verstandelijk
gehandicapten***

Voor de kinderen met een verstandelijke handicap zou deze omschrijving nog wel van toepassing kunnen zijn. De behandeling is echter zo ver ontwikkeld dat deze algemeen toepasbaar is voor kinderen met chronische voedselweigeringsproblemen. Het is dus geen specifiek op de AWBZ-problematiek gerichte behandeling.

behandelaars

In de gehandicaptenzorg hoort de behandeling niet tot het gebruikelijke behandelarsenaal. De behandeling wordt ook niet meer alleen bij de instelling (Pluryn/De Winckelsteegh) aangeboden, maar is deels in een aparte, landelijk bereikbare kliniek bij Utrecht ondergebracht. Het multidisciplinaire team is niet beperkt tot gedragswetenschappers en AVG-artsen³, maar heeft vaste consultants zoals een kinderneuroloog en een kinderpsychiater. Eindverantwoordelijke is een kinderarts. De behandeling geldt als een 'last resort' voor kinderen bij wie andere, minder intensieve behandelingen niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd.

***Eerst elders
behandelen***

Het CVZ merkt op dat het in feite de hoogste trede in de stepped care behandeling betreft, en dat de eerdere 'steps' plaatsvinden in de voor het betreffende kind gebruikelijke context zoals de zorg voor verstandelijk gehandicapten of de kindergeneeskunde.

De wijze waarop deze CSML-behandeling zich heeft ontwikkeld betekent dat ze niet langer voldoet aan de AWBZ-regelgeving en wel om de volgende redenen:

***Waarom geen
AWBZ***

- De interventie is niet beperkt tot AWBZ-problematiek of tot de AWBZ-doelgroep
- De behandeling vergt een deskundigheid die het niveau van de reguliere AWBZ-behandelaar overstijgt
- Voor zover er toch sprake is van een zekere overlap met AWBZ-problematiek en doelgroep is het een Zvw-behandeling. De Zvw is in dat geval voorliggend op de AWBZ. Overigens moet wel voldaan worden aan de wettelijke criteria van de Zvw (zie het volgende hoofdstuk)

³ Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

3. Beoordeling Zvw

3.a. Wet- en regelgeving

Om de vraag te beantwoorden of multidisciplinaire behandeling van kinderen met chronische voedselweigeringsproblemen een te verzekeren prestatie is op grond van de Zvw, dienen de volgende vragen positief te worden beantwoord:

- Voorwaarden Zvw**
- is het zorg zoals (onder andere) huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen die plegen te bieden?
 - is de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk?

Tenslotte dient duidelijk gemaakt te worden dat opname in de kliniek noodzakelijk is om de behandeling te kunnen toepassen (artikel 2.10 Besluit zorgverzekering).

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heeft het CVZ een literatuuronderzoek uitgevoerd naar intensieve, multidisciplinaire (klinische) behandeling van chronische eetproblemen met een specifieke gedragstherapeutische benadering als belangrijk onderdeel.

3.b. Plegen te bieden

Artikel 2.4, eerste lid, Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg onder meer zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Meer specifiek luidt de vraagstelling van het literatuuronderzoek:

**Vraagstelling
literatuur-
onderzoek**

Is multidisciplinaire klinische behandeling van kinderen met chronische voedselweigeringsproblemen zorg zoals medisch specialisten/klinisch psychologen plegen te bieden?

**Voorbeelden van
interventies**

Uit de geraadpleegde literatuur, zoals beschreven in de achtergrondrapportage, is duidelijk geworden dat de gebruikelijke behandeling van kinderen met chronische voedselweigeringsproblemen bestaat uit een combinatie van 'medische' interventies en, zonodig, gedragstherapeutische technieken. Zo worden bij zuurgerelateerde voedingsproblemen bijvoorbeeld primair farmacologische interventies toegepast. Psychologische behandelingen (ouder-kind begeleiding) worden eveneens vaak ingezet, gericht op de psychologische en emotionele ontwikkeling. Verder wordt ook gedragstherapie vaak ingezet bij voedselweigeringsproblemen, al dan niet in combinatie met sondevoeding en/of logopedische hulp.

**Gebruikelijke
interventies**

Ook de in deze rapportage beoordeelde interventie bestaat uit deze onderdelen. Het CVZ beschouwt deze behandelonderdelen als zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. De wijze waarop de behandeling is gestructureerd is weliswaar tamelijk uniek,

evenals de intensiteit, maar de onderdelen waaruit het programma is opgebouwd, behoren tot het gebruikelijke handelingsarsenaal van de participerende beroepsgroepen. De kinderarts is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling.

3.c. Stand van de wetenschap en praktijk

Wettelijke bepaling

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt het gestelde in artikel 2.1, lid 2, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand der wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoord en adequate zorg en diensten.

Beoordelingskader CVZ

Het CVZ volgt voor de beoordeling of een prestatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk de principes van Evidence Based Medicine (EBM). Het CVZ beschrijft in zijn rapport Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk op welke wijze wordt getoetst of een prestatie aan dit criterium voldoet.

In dat rapport is ook uiteengezet dat de prestatie gelijkwaardig moet zijn, dan wel een meerwaarde moet hebben ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling.

Vraagstelling literatuuronderzoek

De vraagstelling van het literatuuronderzoek luidde:
Is de in deze rapportage onderzochte multidisciplinaire klinische behandeling van kinderen met chronische voedselweigeren een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk?

Uitkomstmaat

Als uitkomstmaten gelden primair gewichtstoename en groei. Aangezien bij goed ingestelde sonde- of parenterale voeding het relatieve effect van de behandeling op gewichtstoename/-groei beperkt zal zijn, acht het CVZ de mate van voedselacceptatie/voedselinname een acceptabele uitkomstmaat. Het beëindigen van de sondevoeding is immers een belangrijk doel van de behandeling in veel gevallen.

Follow-up duur

Als relevante follow-up duur geldt tenminste 3 maanden. Duidelijk moet zijn dat zelfstandig eten ook na de klinische behandeling blijvend mogelijk is.

Niveau van de evidence

Gezien de problematiek is onderzoek van de hoogste bewijsklasse niet haalbaar. De bedreigende gezondheidssituatie van jonge kinderen met voedselweigeren maakt strikte randomisatie ethisch niet te verantwoorden. Er is genoeg genomen met maximaal case-control studies of vergelijkende cohort studies. Bovendien is voor de behandeling van ernstige chronische voedselweigeren geen alternatieve 'last resort' behandeling dan sonde- parenterale voeding.

	Het CVZ neemt daarom genoeg met evidence uit onderzoek van een lagere bewijsklasse (B) en goed opgezette case series van voldoende omvang (bewijsklasse C). De te beoordelen interventie is een alternatief voor de gebruikelijke behandeling. De effectiviteit moet tenminste gelijkwaardig zijn aan de gebruikelijke behandeling.
Aard van de behandeling	De onderzochte behandeling wijkt in wezen niet veel af van de gebruikelijke behandeling. Het betreft een variatie op de gebruikelijke behandelingen en niet een specifiek vastliggend behandelprogramma. Het specifieke van de onderzochte behandeling is de wijze waarop de gedragstherapie wordt uitgevoerd (12 stappen) en het gegeven dat het een intensieve, multidisciplinaire behandeling met klinische opnamemogelijkheid betreft.
Het geheel en de onderdelen	Voedingsproblemen dienen, gezien de multifactoriële oorzaak, multidisciplinair te worden benaderd. Wat de invloed is van elk component van de gecombineerde procedure in een klinische setting is uit de literatuur niet goed op te maken. Over de waarde van verschillende multidisciplinaire combinaties van interventies is geen algemene uitspraak te doen. Bij deze combinatie ligt het accent op de gedragstherapeutische interventie.
Gedragstherapeutische interventies	Gedragstherapeutische interventies hebben een (essentiële) plaats bij de behandeling van ernstige chronische voedselweigeren. Alle gevonden studies rapporteren een verbetering van de orale intake van voedsel. De gedragstherapeutische interventie binnen het beoordeelde behandelprogramma is te beschouwen als een variant op de gebruikelijke behandeling en daarmee conform de stand van de wetenschap en praktijk.
Last resort	Het CVZ merkt op dat de behandeling zoals die in De Seyshuizen geboden wordt, geldt als een 'last resort' voor kinderen die lijden aan een ernstige vorm van voedselweigeren. De behandeling is altijd voorafgegaan door minder intensieve vormen van –veelal gedragstherapeutische– interventies, die onvoldoende effect hebben gesorteerd. Ook in de eerdere fasen van deze stepped care benadering kunnen meerdere disciplines betrokken zijn, echter niet op de gestructureerde en intensieve wijze die in De Seyshuizen wordt geboden.
Stepped care	De interventies die de basis vormen van de in De Seyshuizen geboden behandeling voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Kinderen met ernstige problematiek krijgen een intensief, op hun situatie toegesneden behandelplan.
Individuele beoordeling	Op welk (multidisciplinair) behandelplan en welke setting het individuele kind met chronische voedselweigeren is aange-wezen moet op individueel niveau worden vastgelegd.

3.d. Verblijf noodzakelijk

Artikel 2.10 van het Bzv geeft aan dat verblijf medisch noodzakelijk moet zijn in verband met geneeskundige zorg. In paragraaf 1b zijn drie redenen voor klinisch verblijf in De Seyshuizen genoemd.

Waarom klinische opname

De behandeling wordt in Nederland op slechts 2 locaties geboden (Nijmegen en Haarzuilens). Gezien de intensiteit van de behandeling zal klinische opname in veel gevallen onvermijdelijk zijn.

Medische en voedingsproblemen die vaak samen met voedselweigeren voorkomen kunnen monitoring in een meer gecontro-leerde omgeving zoals een klinische setting noodzakelijk maken. Ook de ernst van de aandoening of andere inhoudelijke redenen, zoals de noodzaak om het kind tijdelijk uit zijn thuisomgeving weg te halen om ongewenste patronen te doorbreken kunnen opname noodzakelijk maken.

4. Standpunt

Te verzekeren prestatie

Het CVZ stelt vast op basis van het literatuuronderzoek en de relevante wetgeving dat de multidisciplinaire klinische behandeling van kinderen met chronische voedselweigerings zoals geboden in De Seyshuizen/Pluryn een te verzekeren prestatie is op grond van de Zorgverzekeringswet. De behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De eindverantwoordelijkheid berust bij een medisch specialist, in casu de kinderarts.

Alleen voor de meest ernstige vormen van voedselweigerings

Het CVZ stelt vast dat de onderzochte behandeling is voorbehouden aan kinderen die de meest ernstige vormen van voedselweigerings hebben ontwikkeld en bij wie minder intensieve interventies onvoldoende resultaat hebben gehad. De interventie behelst de laatste trede in een stepped care behandeling en moet altijd vooraf zijn gegaan door behandeling in een voor het kind gebruikelijke setting. Op welk (multidisciplinair) behandelplan en welke setting het individuele kind met chronische voedselweigerings is aangewezen moet op individueel niveau worden vastgesteld.

Geen AWBZ-zorg

De behandeling is geen zorg die op grond van de aanspraken AWBZ kan worden vergoed.

5. Financiële gevolgen en uitvoerings-consequenties

Nu de Zvw het aangewezen wettelijk regime is voor de behandeling zoals De Seyshuizen/Pluryn die bieden voor kinderen met chronische voedselweigerings heeft dit consequenties voor de financiering, bekostiging en verdere uitvoering. Het CVZ heeft deze uitvoeringsconsequenties niet tot in detail uitgewerkt, maar komt op basis van een eerste verkenning tot de volgende bevindingen.

5.a. Algemeen

Voor een bekostigingsbasis in de Zvw moet een aantal stappen gezet worden. ZN, NZA, DBC-onderhoud en de aanbieder hebben aangegeven dat dit traject de nodige tijd gaat kosten en dat het waarschijnlijk pas in 2012 zijn beslag kan krijgen. Voor de tussentijd dient er een tijdelijke oplossing te worden gevonden.

5.b. Toelating

De Seyshuizen maken nu onderdeel uit van AWBZ-instelling Pluryn. Voor bekostiging op grond van de Zvw is een toelating voor medisch specialistische zorg nodig. Dat kan zijn als Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) of als onderdeel van een algemeen ziekenhuis

5.c. Financiële gevolgen

5.c.1. Aantal gebruikers

De behandeling vindt voor zover bekend slechts in één kliniek in Nederland plaats, namelijk bij De Seyshuizen/Pluryn. Sinds 1989 zijn ruim 140 kinderen behandeld. Hun gemiddelde verblijfsduur in de kliniek is 9 maanden. Er zijn 10 plaatsen in Nijmegen (8 klinisch, 2 dagbehandeling) en 6 in Haarzuilens (dagbehandeling).

Er is een zekere druk vanuit de wachtlijst op deze voorziening. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft in zijn reactie aangegeven dat het beroep op deze voorziening wat zou kunnen stijgen door de veranderende grens van levensvatbaarheid. Hierdoor lopen meer kinderen het risico op het ontstaan van chronische voedselweigerings. Over de eventuele omvang van deze stijging kan het CVZ in dit verband geen uitspraak doen.

Het CVZ benadrukt het belang van een zorgvuldige indicatiestelling. Voor de meeste vormen van chronische voedselweigerings zijn minder intensieve behandelvormen beschikbaar die ook effectief zijn. Een zorgvuldige indicatiestelling moet ervoor zorgen dat de behandeling zoals die in De Seyshuizen wordt geboden beperkt blijft tot de last-resort functie die het nu heeft.

**Kans op lichte
stijging**

**Belang
indicatiestelling**

5.c.2. Kosten per gebruiker

Tot op heden wordt de behandeling vanuit de AWBZ bekostigd. De kosten per klinische plaats bedragen gemiddeld € 110.000,- op jaarbasis, een dagbehandelingsplaats kost € 80.000,-.

5.c.3. Raming kostenconsequenties

1,7 miljoen

Indien de gespecialiseerde behandeling voor kinderen met chronische voedselweigerings voortaan zal worden vergoed op basis van de Zvw, raamt het CVZ de kosten in 2011 op €1,7 miljoen. Hierbij gaat het uit van de in 2010 betaalde vergoeding in de AWBZ en het verwachte aantal behandelplaatsen.

Groei mogelijk

Op middenlangtermijn verwacht het CVZ een stijgende vraag naar de aangeboden zorg. De toename van het aantal vroeg geborenen en de vatbaarheid van deze kinderen voor eetstoornissen zal mogelijk de vraag doen toenemen. De zorginstelling heeft al aangegeven het aantal behandelplaatsen/-locaties uit te willen breiden. Er is een wachtlijst van ongeveer 8 plaatsen. Voor de middellange termijn (2013) raamt het CVZ de kosten tussen de € 2,0 en € 3,0 miljoen, afhankelijk van eventuele uitbreidingen. Het CVZ wil daarom benadrukken dat een zorgvuldige indicatiestelling essentieel is voor het beheersen van de kosten. Indien DBC-financiering aan de orde is adviseert het CVZ om de bekostiging in het A-segment van de DBC-financiering te positioneren. De overheid heeft daar meer mogelijkheden tot kostenbeheersing.

5.d. Bekostiging

DBC

Het CVZ oordeelt in dit standpunt dat multidisciplinaire behandeling van voedselweigerings tot de zorg behoort die medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat de behandeling behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet en (waarschijnlijk via de DBC-systematiek) vergoed dient te worden vanuit het basispakket.

Het is aan DBC-onderhoud en de NZA om in overleg met betrokken partijen te bezien welke vergoeding passend is.

5.e. Polisvoorwaarden en indicatiestelling

**Polisaanpassing
niet noodzakelijk**

De medisch-specialistische zorg kent een open omschrijving als te verzekeren prestatie. Het feit dat het CVZ van oordeel is dat het gaat om zorg zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv) betekent dat aanpassing van de polisvoorwaarden van verzekeraars niet noodzakelijk is.

De verzekeraar kan een bepaling opnemen over de manier waarop de verwijzing dient plaats te vinden. Indien hij dit niet doet, is de reguliere verwijsprocedure van toepassing, namelijk verwijzing door de huisarts. Ook een medisch specialist of AVG-arts kan doorverwijzen. Zoals in 5.a.1. is aangegeven is een zorgvuldige indicatiestelling van belang om de omvang van deze dure voorziening beheersbaar te houden.

5.f. Risicoverevening

Het CVZ voorziet geen redenen om de risicoverevening aan te passen, gezien het beperkte aantal voorziene behandelingen. Mochten hier wijzigingen in optreden, dan moet dat opnieuw bezien worden.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 december 2010

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Rapport

Autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het kniegewricht: innovatieve DBC

Op 28 februari 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

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

Volgnummer

2010072996

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

dhr. H.M. Gaasbeek Janzen (arts), mw. drs. S. Kleijnen en
mw. drs. A.J. Link.

Telefoonnummer

Tel. (020) 797 8647

Samenvatting

DBC-systematiek	Dit beoordelingsrapport beschrijft het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ten aanzien van autologe kraakbeencelimplantatie bij een kraakbeendefect in het kniegewricht. Het CVZ is in het kader van het onderhoud van de diagnose behandeling combinatie (DBC) systematiek verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag of een innovatieve interventie, op te nemen in de DBC systematiek, behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Aandoening	Hyalinekraakbeen bevindt zich in gewrichtskraakbeen en speelt een belangrijke rol bij het reduceren van frictie en het homogeen verdelen van mechanische druk op gewrichten zoals de knie. Kraakbeendefecten worden meestal veroorzaakt door een (sport)letsel. De voornaamste klachten zijn mechanische pijn, zwellingen en knieblokkades. Kraakbeen heeft een beperkte capaciteit om te genezen.
Behandeling	Er bestaat geen algemeen aanvaarde (standaard)behandeling bij deze indicatie. Om die reden, heeft het CVZ de gebruikelijke (meest toegepaste) behandeling als vergelijkende behandeling genomen. Dit is microfractuurbehandeling (MF). Door middel van deze techniek wordt herstelweefsel gevormd. Dit is geen hyalinekraakbeen, maar meer fibreus kraakbeen. Deze behandeling is effectief gebleken bij defecten tot 4 cm ² maar is minder geschikt bij kraakbeendefecten >4 cm ² .
ACI	Bij autologe kraakbeencelimplantaties (ACI) worden autologe kraakbeencellen artroschopisch geoogst en vervolgens in vitro gekweekt. Het verkregen transplantaat wordt vervolgens tijdens een open knie operatie teruggeplaatst onder een in te hechten afsluitende laag. Met deze aanpak beoogt men hyalinekraakbeen te regenereren op de plaats van het defect.
Bewijs	Het CVZ heeft de beschikbare wetenschappelijke literatuur en de internationale en nationale standpunten en richtlijnen beoordeeld. De algemene conclusie van de systematische reviews is dat de behandeling met ACI tot een klinisch relevante verbetering leidt bij patiënten met kraakbeen-defecten op de korte en de middenlange termijn, maar dat er geen significant verschil is aangetoond wat betreft de effectiviteit tussen ACI en MF. Een potentiële meerwaarde van ACI zou het produceren van meer hyalinekraakbeen zijn, omdat dit zou kunnen leiden tot betere lange termijn resultaten en preventie van artrose. Om de echte klinische waarde hiervan te bepalen zijn meer lange termijngegevens noodzakelijk.
Conclusie	Ook al is slechts één wetenschappelijke studie opgezet om gelijkwaardigheid van ACI ten opzichte van MF aan te tonen, acht het CVZ het voldoende aangetoond dat (M)ACI/CCI op de korte en middenlange termijn ten minste een vergelijkbare

<i>Verzekerde zorg tot 4 cm²</i>	effectiviteit heeft als MF bij defecten tot 4 cm². De gevonden verbetering is een klinisch relevante verbetering. Het CVZ is van mening dat (M)ACI/CCI voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' bij volwassenen tot ongeveer 50 jaar met symptomatische '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen in de knie (<4 cm²) (ICRS III of IV), waarbij een conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Omdat de kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met de biologische leeftijd of toestand van het gewricht is geen absolute leeftijdsgrens opgenomen. Gezien de meerkosten van ACI ten opzichte van MF en het feit dat de meerwaarde van ACI niet is aangetoond, zijn er op dit moment geen redenen om aan behandeling met ACI een voorkeur te geven ten opzichte van MF.
<i>Geen verzekerde zorg >4 cm²</i>	Er zijn geen studies gevonden waarbij ACI is vergeleken met een conservatieve behandeling, sham-operatie of een effectieve behandeling bij defecten boven de 4 cm². Het CVZ komt dan ook tot de conclusie dat ACI bij defecten groter dan 4 cm² niet tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort. Het CVZ heeft ook ACI door middel van de chondron-methode beoordeeld en vindt de veiligheid en effectiviteit van ACI door middel van de Chondron-methode niet aangetoond. Deze vorm voldoet daarom op dit moment niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
<i>Nader onderzoek</i>	Nader onderzoek zal moeten aantonen of ACI op de langere termijn meerwaarde heeft ten opzichte van MF en zo ja, bij welke patiëntengroepen. Daarnaast zal onderzoek moeten uitwijzen of ACI een kosteneffectieve behandeling is in vergelijking met MF.
<i>Overige pakket-principes</i>	De beschikbare gegevens over de overige pakketprincipes (noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) leiden niet tot aanpassing van deze conclusies.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Dit beoordelingsrapport beschrijft het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ten aanzien van autologe kraakbeencelimplantatie (ACI) bij een kraakbeendefect in het kniegewricht.

Het CVZ is in het kader van het onderhoud van de diagnose behandeling combinatie (DBC) systematiek verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag of een innovatieve interventie, op te nemen in de DBC systematiek, behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De indiener van de innovatieaanvraag is het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

1.b. Beoordelingsprocedures CVZ

Open omschrijving

De te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals onder andere medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv)) is open omschreven. Dit betekent dat een nieuwe zorgvorm in principe behoort tot de te verzekeren prestaties als deze zorg is:

- zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
- conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze beoordeling

Het CVZ stelt eerst vast of sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Indien dit het geval is, beoordeelt het CVZ of de nieuwe zorgvorm conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' is. Indien ook aan dit wettelijke criterium is voldaan, behoort de zorgvorm tot de te verzekeren prestaties. Indien de zorgvorm niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' behoort het niet tot de te verzekeren prestaties en eindigt de beoordeling. Indien dit wel zo is, beoordeelt het CVZ voor *innovatieve* medisch-specialistische zorg ook de overige pakketprincipes: noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Afhankelijk van de uitkomst van de beoordeling van één of meerdere overige pakketprincipes kan het CVZ de minister adviseren een zorgvorm alsnog uit te sluiten of te beperken.

Inventarisatie

Tijdens de inventarisatie verzamelt het CVZ zoveel als mogelijk objectieve, kwantitatieve gegevens rond de pakketprincipes. Op basis hiervan stelt het CVZ vast of er nog aanvullend onderzoek nodig is naar de juistheid en volledigheid van de gegevens. Na deze inventarisatie vindt een externe inhoudelijke raadpleging van deskundigen plaats.

Raadpleging deskundigen

Tijdens de waarderingsfase beziet en weegt het CVZ de gegevens in onderlinge samenhang, om te komen tot een oordeel of de zorg een plaats verdient binnen de sociale

**Bestuurlijke
raadpleging**

ziekttekostenverzekering. Hierbij worden de inhoudelijke reacties van experts uit het veld meegenomen.

Na de waarderingsfase verstuurt het CVZ het conceptrapport voor bestuurlijke afstemming naar de relevante koepels. Vervolgens verwerkt het CVZ deze reactie in de eindrapportage en formuleert het CVZ een eindconclusie. Na het opstellen van dit rapport vindt afstemming van de beoordeling met de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) plaats. Vervolgens gaat de beoordeling naar de Raad van Bestuur van het CVZ ter vaststelling waarna het verzonden wordt aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.c. ChondroCelect®

Tijdens de beoordeling van deze innovatieve DBC, is bij de NZa het verzoek binnengekomen tot opname van het geneesmiddel ChondroCelect® op de beleidsregel dure geneesmiddelen. ChondroCelect® bevat gekarakteriseerde, levende autologe kraakbeencellen, ex vivo vermeerderd, met expressie van specifieke markereiwitten en is één van de toepassingsmethoden van autologe kraakbeencelimplantaties (ACI) zoals besproken in dit rapport.

Bij de beoordeling of een geneesmiddel wordt opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen adviseert het CVZ de NZa over of het geneesmiddel voor voorlopige opname in de beleidsregel in aanmerking komt. Het CVZ baseert zijn advies aan de NZa op het oordeel van zijn Commissie Farmaceutische Hulp (CFH). De CFH is een deskundigencommissie van het CVZ. Het oordeel van de CFH over het geneesmiddel omvat een beoordeling van de therapeutische waarde, de kostenprognose en de vraagstellig van de doelmatigheidstoets. Voor opname op de beleidsregel dure geneesmiddelen dient sprake te zijn van een meerwaarde ten opzichte van de standaardbehandeling/gebruikelijke behandeling. Een positief oordeel van de CFH leidt in beginsel tot een advies van het CVZ om het geneesmiddel voorlopig in de beleidsregel op te nemen. Naar verwachting zal het CVZ begin 2011 het advies uitbrengen aan de NZa.

1.d. Leeswijzer

Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. De relevante wet- en regelgeving is uitgeschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 besteedt het CVZ aandacht aan de medische achtergrond van de ACI en de verschillende behandelmogelijkheden. Hoofdstuk 4 beschrijft de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk (duidelijk pakket). In hoofdstuk 5 is de beoordeling van de overige pakketprincipes opgenomen (passend pakket). Hoofdstuk 6 beschrijft de voorlopige conclusie van het CVZ en de reacties uit de bestuurlijke consultatie. Het eindoordeel van het CVZ staat beschreven in hoofdstuk 7.

2. Relevante wet- en regelgeving

2.a. Te verzekeren risico's en prestaties

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid, Zvw, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering (Bzv).

2.a.1. Geneeskundige zorg

Plegen te bieden

Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Bzv).

2.a.2. Stand van de wetenschap en praktijk

Stand van de wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestatie in de wet zijn genoemd geldt het gestelde in artikel 2.1, lid 2, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten².

2.a.3. Redelijkerwijs aangewezen

Redelijkerwijs aangewezen

Verder bepaalt artikel 2.1, lid 3, Bzv dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit betekent dat gekeken moet worden naar de individuele omstandigheden (op individueel niveau). Heeft de verzekerde in het concrete geval een indicatie op grond waarvan hij redelijkerwijs op de gevraagde zorg is aangewezen? Daarbij kunnen zorgverzekeraars de kosten van de gevraagde behandeling afwegen tegen de waarde van de specifieke behandeling voor de verzekerde in vergelijking met andere behandelingen.

2.b. Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk

Evidence based medicine

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM) zoals vastgelegd in het rapport 'beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ 2007, rapportnummer. 254). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Naast internationale

² "Hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg " geldt alleen voor ziekenvervoer en enkele hulpmiddelen.

literatuur wordt er dus ook rekening gehouden met de gepubliceerde expertopinie.

***Wegen van
beschikbare
evidence***

De EBM-methode richt zich op “het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal”. Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van “levels of evidence”), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Level of evidence

***Beargumenteerd
afwijken***

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positief standpunt over de effectiviteit van een interventie medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

3. Medische achtergrond

3.a. Symptomatische kraakbeenschade in de knie

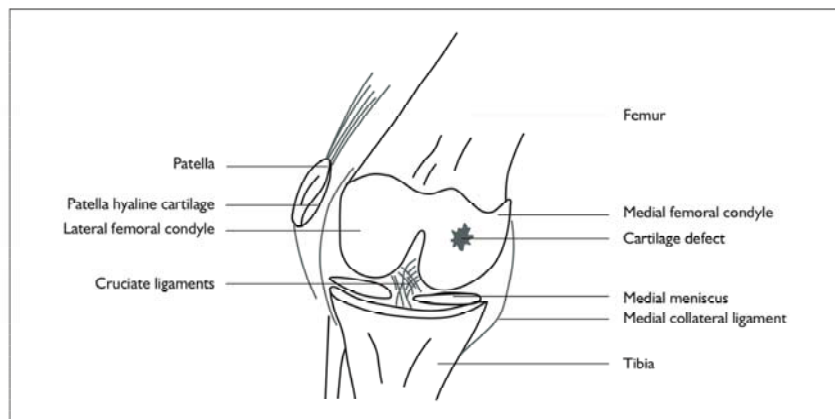
Chondropathie

Chondropathie betekent letterlijk ziekte van het kraakbeen. Kraakbeen bestaat uit twee hoofdbestanddelen: de kraakbeencellen (chondrocyten) en de zogenaamde extracellulaire matrix. Hyalinekraakbeen is de meest voorkomende soort kraakbeen in het lichaam. Het is sterk en opgebouwd uit collageen type II. Hyalinekraakbeen bevindt zich in een gewricht (ook wel articulaire kraakbeen) en speelt een belangrijke rol bij het reduceren van frictie en het homogeen verdelen van mechanische druk op gewrichten zoals de knie. Beschadiging of degeneratie van dit weefsel reduceert de mobiliteit, veroorzaakt vaak pijn bij bewegen en leidt in de ernstigste gevallen tot deformiteit en continue pijn¹.

Lokaal kraakbeen-defect

Het is van belang voor het bepalen van de behandeling om een inschatting te maken of het om een lokaal kraakbeendefect gaat of om een meer gegeneraliseerde slijtage van het kraakbeen (artrose). ACI is alleen geïndiceerd bij een lokaal kraakbeendefect.

Figuur 1. Anatomie van het kniegewricht



Bron: Clar et al. 2005²

Prevalentie

De prevalentie van hyalinekraakbeendefecten aan de knie is niet bekend, mede vanwege vele verschillende oorzaken. Een inhoudelijke deskundige geeft aan dat de incidentie ligt rondom de 2,6 patiënten per 1000 volwassenen.

Oorzaak

Meestal wordt een kraakbeendefect door een (sport)letsel veroorzaakt. Directe ongevallen kunnen de oorzaak zijn maar het kan ook maanden of jaren na een primair incident dat knieletsel veroorzaakte, ontstaan¹. Andere oorzaken kunnen zijn het partieel verwijderen van een meniscus of een kruisbandscheur, ontstekingen en reumatische aandoeningen. Curl et al. (1997)³ vermelden dat bij ruim 60% van de 31.516 artroscopieën kraakbeenlaesies worden gevonden.

	In bijna 20% van de artroscopieën betrof het een graad IV op de Outerbridge Scale ⁴³ . Volgens Curl et al. (1997) was er bij ongeveer 4% van de artroscopieën sprake van een ideale kandidaat voor behandeling van het kraakbeendefect door middel van autologe kraakbeencelimplantatie (ACI). Er was sprake van een ideale kandidaat wanneer het een enkelvoudig kraakbeendefect graad IV op de Outerbridge Scale betrof en de patiënt jonger was dan 40 jaar.
Klachten	De voornaamste klachten zijn mechanische pijn, zwellingen en knie blokkades ¹ .
Spontaan beloop	Herstel van beschadiging van musculoskeletale weefsels begint met een ontstekingsreactie. Beschadigde cellen en bloedplaatjes scheiden mediators uit die een vasculaire reactie activeren. Inflammatoire cellen helpen om necrotisch weefsel te verwijderen en stimuleren migratie en proliferatie van mesenchymale cellen. Het optreden van deze reacties is essentieel voor een effectief weefselherstel. Kraakbeen heeft een beperkte capaciteit om te genezen, omdat dit type weefsel a-vasculair is. Dit is de reden dat veel oppervlakkige kraakbeenbeschadigingen niet genezen. Alleen nadat de subchondrale botlaag geperforeerd is (full-thickness kraakbeendefecten) en contact met de beenmergholte bewerkstelligd is treedt er een herstelreactie op. Schade aan het kraakbeen kan op lange termijn tot artrose leiden.

3.b. Behandelmogelijkheden

3.b.1. Historie

In het verleden werd de behandeling van kraakbeendefecten in de knie beperkt doordat het niet mogelijk was deze defecten te detecteren. Meestal ontdekte een orthopeed een kraakbeendefect tijdens andere knieoperaties (bijvoorbeeld aan de meniscus of kniebanden)⁵. Magnetic Resonance Imaging (MRI) werd weliswaar de afgelopen 20 jaar veelvuldig gebruikt voor het vaststellen van kraakbeenproblemen, maar het is pas sinds kort dat door middel van MRI betrouwbaar kan worden vastgesteld dat er sprake is van een kraakbeendefect⁶. Sindsdien maakt de behandeling van kraakbeendefecten in de knie een snelle ontwikkeling door en is deze voortdurend aan verandering onderhevig. Met als gevolg dat het moeilijk is een standaardbehandeling te ontwikkelen⁵.

3.b.2. Standaardbehandeling

In de literatuur worden osteochondrale autologe transplantaties en beenmergstimulerende technieken frequent vermeld

³ Men onderscheidt 4 graden in de kraakbeenletsels (classificatie van Outerbridge):

* graad I : het letsel presenteert zich als 'en zachte plaats' - het kraakbeen is enkel wat verweekt

* graad II : er zijn oppervlakkige scheurtjes in het kraakbeen

* graad III : de scheuren zijn nu echte kloven

* graad IV : er zijn 'echte gaten' in het kraakbeen die doorlopen tot in het bot, liggend onder het kraakbeen.

als behandelmogelijkheden voor kraakbeendefecten in de knie^{1,7, 8}.

Osteochondrale autologe transplantatie

Een van de veel gerapporteerde behandelmogelijkheden is osteochondrale autologe transplantatie (OAT). Bij osteochondrale autologe transplantatie of ook wel mozaïekplastiek genoemd, worden door middel van een artroscopie of een artrotomie (chirurgische opening van een gewricht) één of meerdere osteochondrale pluggen van rond de trochlea naar de femur condyl getransplanteerd. Hangody et al. (2003)⁹ adviseren, gebaseerd op resultaten na 10 jaar klinische ervaring met OAT, de indicatie voor toepassing van de mozaïekplastiek te beperken tot defectgroottes < 4 cm². De American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)¹⁰ geeft aan dat mozaïekplastiek voornamelijk toegepast wordt bij kleinere defecten van femoral condyle (1,5-2 cm²). Het gebruik van autologe transplantaten heeft zijn beperkingen in termen van beschikbaar volume omdat het gezonde weefsel van dezelfde donorlocatie moet komen. OAT wordt in Nederland slechts beperkt toegepast.

Beenmergstimulerende technieken

Bij beenmergstimulerende technieken worden tijdens een artroscopie minuscule gaatjes gemaakt in het subchondrale bot waardoor er stamcellen kunnen migreren naar de plaats van het kraakbeendefect om daar herstelweefsel aan te maken. Dit herstelweefsel is voornamelijk opgebouwd uit fibrocartilage. In de regel bestaat dit herstelweefsel voornamelijk uit collageen type 1 en lijkt meer op fibreus (bindweefselachtig) kraakbeen dan op hyalinekraakbeen (collageen type II). De verschillende vormen van beenmergstimulerende technieken zijn abrasie (abrasie artroplastiek, shaving artroplastiek), microfractuurbehandeling (MF) en subchondraal boren. Waarbij MF de meest toegepaste vorm van beenmergstimulerende technieken is sinds die in 1980 werd ontwikkeld.

Er is in 2009 een consensus statement gepubliceerd door de AAOS¹⁰. Dit document is opgesteld op basis van praktijkervaring en wetenschappelijk literatuur. Ze geven aan dat MF door veel orthopeden beschouwd wordt als de 'first line' behandeling van kraakbeendefecten in de knie. Over het exacte indicatiegebied voor MF zijn de meningen verdeeld. Het loopt uiteen van eerste behandelkeuze voor alle kraakbeen-defecten in de knie tot slechts in gevallen waarbij het defect kleiner is dan 2 cm². De AAOS geeft aan dat het breed geaccepteerd is dat MF als eerste behandelmogelijkheid moet worden beschouwd voor 'near full thickness' of full-thickness kraakbeendefecten in de knie (outerbridge grade III of IV) kleiner dan 2 cm². Alhoewel 2 cm² de maximale grootte is die veel chirurgen met MF zullen behandelen zijn deze indicaties niet wereldwijd geaccepteerd, aldus de AAOS.

De Belgische vereniging voor orthopedie en traumatologie (BVOT)¹¹ stelde, op basis van een uitgebreid literatuur-onderzoek en expert opinions, aanbevelingen en een behandelalgoritme op voor de behandeling van kraakbeen-defecten in de knie met ACI. Zij komen tot de conclusie dat MF nog steeds de meest toegepaste behandeloptie is voor kraakbeendefecten tot 2 cm².

Op basis van bovenstaande komt het CVZ tot de conclusie dat er niet één algemeen geaccepteerde standaardbehandeling voor kraakbeendefecten in het kniegewricht bestaat.

3.b.3. Innovatieve behandeling: autologe kraakbeencelimplantatie (ACI)

ACI

Autologe kraakbeencelimplantatie (ACI) is de innovatieve behandeling die centraal staat in deze beoordeling. Bij ACI worden de autologe kraakbeencellen artroscoopisch geoogst en vervolgens in vitro gekweekt. Dit is noodzakelijk omdat het aantal cellen nodig voor vulling van een klinische relevant defect (ca 1 miljoen/cm²) niet uit het eigen lichaam geoogst kan worden. Bij de in vitro expansie zal na een aantal delingen de differentiatie van de kraakbeencellen optreden. Na de noodzakelijke vermenigvuldiging (welke niet te veel celdelingen mag omvatten) moeten de kraakbeencellen weer kraakbeenmatrix gaan vormen zodat zij een relevante rol in de genezing van het te behandelen defect kunnen gaan spelen. Het verkregen transplantaat wordt vervolgens tijdens een open knie operatie secundair teruggeplaatst onder een in te hechten afsluitende laag¹² (een periostflap of collageenmembraan) om het defect af te dekken). Met deze aanpak beoogt men hyalinekraakbeen (collageen type II) te regenereren op de plaats van het defect. Een orthopedisch chirurg heeft aangegeven dat het tegenwoordig ook mogelijk is om ACI via een artroscopie te doen in plaats van een open knie operatie. ACI is vooral bedoeld voor grotere kraakbeendefecten (> 4 cm²) omdat andere chirurgische behandelingen bij dergelijke grote defecten niet geschikt zijn.

CCI

Een verdere ontwikkeling is implantatie van gekarakteriseerde kraakbeencellen (characterised autologous chondrocyte implantation [CCI]). Hierbij worden middels DNA typering de gekweekte celpopulaties gekarakteriseerd waardoor een populatie wordt teruggeplaatst die een grotere kans heeft uit te groeien tot hyalinekraakbeen dan gedifferentieerde cellen in traditionele ACI. ChondroCelect® heeft in 2009 goedkeuring gekregen van de European Medicines Agency (EMA) om op de Europese markt als 'Advanced Therapy Medicinal Product' verkocht te worden.

MACI

Een andere ontwikkeling zijn de 'tissue-engineered' kraakbeenvervangers (matrix-induced chondrocyte implantation [MACI]). Bij deze techniek worden in vitro gekweekte kraakbeencellen in een driedimensionale matrix

	gezaaid. Deze matrix wordt in het letsel ingebracht en gefixeerd. De toegepaste matrices of steigers (scaffolds) kunnen worden onderverdeeld in natuurlijke, op basis van koolhydraten of eiwitten, en kunstmatige, op basis van copolymeren van polyglycol zuur ¹³ . Voor MACI® wordt ook gewerkt aan een indiening bij de EMA om als Advanced Therapy Medicinal Product goedkeuring te ontvangen ⁴ .
Chondron methode	Er bestaat nog een derde vorm van ACI, de chondron-methode ontwikkeld door Koreaanse onderzoekers. Het Gemini Ziekenhuis in Den Helder is op dit moment het enige ziekenhuis in Nederland dat patiënten behandelt door middel van de chondron-methode. Er is nog niet gepubliceerd over deze ACI-methode in Engelstalige peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften.
Geen standaard-behandeling	<i>3.b.4. Vergelijkende behandeling</i> Zoals in paragraaf 3.b.2. beschreven, bestaat er geen overeenstemming over een standaardbehandeling voor kraakbeendefecten in het kniegewricht. Op het moment dat er geen standaardbehandeling beschikbaar is, gebruikt het CVZ in zijn beoordeling de gebruikelijke behandeling als vergelijkende behandeling. Zoals aangegeven kent mozaïk-plastiek zijn beperkingen in termen van beschikbaar volume en wordt daardoor (in Nederland) niet veelvuldig toegepast. Uit de statement van de AAOS¹⁰ en de aanbevelingen van BVOT¹¹ blijkt dat MF in ieder geval de meest toegepaste behandelmethode is bij kraakbeendefecten onder de 2 cm². Daarbij geeft de AAOS aan dat over het indicatiegebied voor MF de meningen verdeeld zijn. Het indicatiegebied loopt uiteen van eerste behandelkeuze voor alle kraakbeendefecten tot slechts in gevallen waarbij het defect kleiner is dan 2 cm². Mithoefer et al. (2009)¹⁴ geeft aan dat hoewel er geen gevalideerd behandelalgoritme bestaat, MF over het algemeen ingezet wordt als de eerste behandeloptie en vaak ingezet wordt als de standaardtechniek waarmee andere behandelmethoden worden vergeleken.
MF vergelijkende behandeling?	Op basis hiervan komt het CVZ tot de conclusie dat MF de gebruikelijke behandeling is bij 'kleine' kraakbeendefecten in het kniegewricht. Doordat er geen richtlijnen bestaan die eenduidig weergeven tot welke defectgrootte MF effectief is, heeft het CVZ nader onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze behandeling bij de verschillende defectgroottes.
Effectiviteit MF	Mithoefer et al. (2009) ¹⁴ heeft door middel van een systematische analyse de literatuur over MF in kaart gebracht. Aanleiding hiervoor was dat MF weliswaar veelvuldig wordt toegepast, maar dat een systematische evaluatie van de wetenschappelijke literatuur ontbrak. De onderzoekers includeerden 28 studies (3122 patiënten), waarvan zes RCT's, 1 prospectieve cohort studie, 12 prospectieve case series en 9 retrospectieve case series. De studies kenden een

⁴ Persoonlijke communicatie met de aanvragers

	gemiddelde follow-up van 41 maanden (range 12-136) met een follow-up percentage van 91%. De gemiddelde Coleman Methodology Score was 58.2 +/- 3.6 (range 22-97), waarbij een score van 100 maximaal was. De meeste studies hadden een gemiddelde laesiegrootte van minder dan 4 cm² (range 0.1-20 cm²). Slechts vier studies betrof een laesiegrootte van groter dan 4 cm², 14 studies betrof laesiesgroottes tussen de 2 en 4 cm² en drie studies betrof een laesiegrootte kleiner dan 2 cm². Bij zeven studies werd de gemiddelde defectgrootte niet gespecificeerd. Verbeterde kniefunctie scores in vergelijking met baselinemeting werden gevonden in alle 24 studies die gebruik maakten van een kwantitatieve uitkomstmaat. Uit de literatuur bleek dat patiënten met een laesie kleiner dan 4 cm² betere kniefunctie scores lieten zien, dan patiënten met laesies groter dan 4 cm². Bij 'demanding athletics' werd echter alleen een betere kniefunctie in vergelijking met de baselinemeting gevonden bij laesies kleiner dan 2 cm². Een andere bevinding was dat er steeds meer bewijs komt voor het feit dat de initiële functionele verbetering na twee jaar afneemt, maar echter nog steeds wel beter is dan het niveau van voor de operatie. De onderzoekers concluderen dat MF een minimaal invasieve en veilige behandeling is voor kraakbeendefecten in de knie. Deze techniek leidt weliswaar niet tot hyalinekraakbeen, maar ondanks deze tekortkoming worden er consistent uitstekende korte termijn (ten minste 24 maanden) resultaten behaald. De onderzoekers geven wel aan dat het belangrijk is om te erkennen dat de kwaliteit van de studies beperkt is. Op basis van deze review is het CVZ van mening dat er voldoende bewijs is voor de effectiviteit van MF bij defectgroottes tot 4 cm². Deze grens van 4 cm² heeft het CVZ ook in andere wetenschappelijke literatuur aangetroffen^{5, 15, 16, 17}. Op basis van het feit dat MF de meest toegepast behandelwijze is en er voldoende bewijs is voor de effectiviteit bij defectgroottes tot 4 cm², is het CVZ van mening dat MF de vergelijkende behandeling is voor ACI bij defectgroottes tot 4 cm². Dat microfractuurbehandeling de gebruikelijke behandeling is, is tijdens de inhoudelijke consultatie ook niet tegengesproken door de inhoudelijk deskundigen.
MF vergelijkende behandeling tot 4 cm²	
MF boven de 4 cm² niet effectief	De effectiviteit van MF neemt af boven een defectgrootte van 4 cm². Om die reden zal ACI boven de 4 cm² vergeleken moeten worden met een conservatieve behandeling, sham-operatie of een andere behandeling die effectief is gebleken.

3.c. Toepassing van ACI

Wereldwijd	Vanlauwe et al. (2007) ¹¹ geven aan dat ACI wereldwijd tot 2007 bij ongeveer 15.000 patiënten is toegepast.
Nederland	ACI wordt in Nederland momenteel toegepast in een beperkt aantal centra zoals het UMC Utrecht (CCI & MACI), het Academisch ziekenhuis Maastricht (CCI & MACI), het St Elizabeth Gasthuis in Tilburg (CCI & MACI), het MC Haaglanden in Den Haag (CCI). Daarnaast bestaat in het UMC Groningen

ervaring met ACI en is er in de regio Nijmegen ervaring opgedaan en interesse vanuit de Sint Maartenskliniek Nijmegen en het Radboud Medisch Centrum. Alle in Nederland behandelde patiënten worden prospectief volgens internationale richtlijnen gevolgd. De commissie Biotechnologie van de Nederlandse Orthopedische Vereniging is beschikbaar als aanspreekpunt en klankbord voor de wetenschappelijke vraagstukken wat betreft ACI.

Er zijn geen gegevens gevonden over het aantal patiënten dat in Nederland reeds met een vorm van ACI is behandeld.

4. Duidelijk pakket

Duiden

Om de zorg te kunnen duiden als een te verzekeren prestatie, moeten de volgende vragen worden beantwoord. Valt de zorg onder de noemer geneeskundige zorg? En is de zorgvorm conform de stand van de wetenschap en praktijk?

Pakketprincipe effectiviteit

De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk is overigens dezelfde beoordeling als de beoordeling van het pakketprincipe effectiviteit.

4.a. Geneeskundige zorg

Plegen te bieden

Kraakbeencelimplantatie bij een lokaal kraakbeendefect in het kniegewricht kan worden aangemerkt als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Deze zorg valt onder de noemer 'geneeskundige zorg'. De zorg is echter pas een te verzekeren prestatie ingevolge de Zvw, indien tevens voldaan is aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In de volgende paragraaf gaat het CVZ na of hieraan is voldaan.

4.b. Stand van de wetenschap en praktijk

4.b.1. Methode

Literatuursearch

Het CVZ heeft op 5 januari 2010 een literatuursearch verricht met de zoektermen [(chondrocyte OR chondrocytes) AND (implantation OR transplantation OR graft*) AND knie]. De exacte zoektermen en de resultaten zijn in bijlage 1. weergegeven. De search is doorgevoerd in Medline (Pubmed) en de Cochrane Library. Daarnaast is gebruik gemaakt van de "related articles" functie- en citatieanalyse. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de doorzochte databases en websites van organisaties.

Beoordeling literatuur

In – en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van de abstracts door twee reviewers onafhankelijk van elkaar. Indien er geen consensus was, is deze in samenspraak bereikt. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn artikelen geheel bekeken.

Inclusie van artikelen is beperkt tot prospectieve vergelijkende studies en case series (n>50) met lange termijn data (>3 jaar) (in verband met het in kaart brengen van mogelijke bijwerkingen).

Afhankelijk van de defectgrootte en de vergelijkende behandeling is een onderzoek betrokken bij de beoordeling van defectgroottes tot 4 cm² of daarboven.

De beoordeling van de kwaliteit van de artikelen heeft plaatsgevonden volgens de EBRO-methode.

Classificeren literatuur

Op basis van de uiteindelijke beoordeling werd elke studie ingedeeld naar de mate van bewijs volgens onderstaande classificatie (hier alleen weergegeven voor therapeutische interventies):

- A1: systematische review van ten minste twee

onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau;

- A2: gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang;
- B: vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken van A2;
- C: niet-vergelijkend onderzoek;
- D: mening van deskundigen.

Ongeachte het niveau, moet het bewijs peer-reviewed gepubliceerd zijn.

Blindering

MF vindt plaats tijdens een artroscopie. Bij ACI is naast een artroscopie voor het oogsten van de kraakbeencellen, ook een artrotomie noodzakelijk voor het terugplaatsen van het transplantaat. Blindering van de patiënt door middel van een sham-operatie is theoretisch mogelijk. Maar dit zou op ethische bezwaren kunnen stuiten. Blindering van de proefpersonen is daarom niet vereist. Blindering van de behandelaar is niet mogelijk. Blindering van de beoordelaars is wel mogelijk. Doordat veel meetinstrumenten vragenlijsten zijn die door de patiënt zelf worden ingevuld, zijn klinische beoordelaars niet noodzakelijk.

Op basis van bovenstaande vindt het CVZ bewijs op niveau B acceptabel.

Relevante uitkomstmaten

Gezien de aard van de behandeling worden de volgende uitkomstmaten relevant geacht:

Primaire uitkomstmaten:

- Vermindering van klachten (pijn, zwelling).
- Functieverbetering (mobiliteit, stijfheid, dagelijkse fysieke activiteiten).
- Toename kwaliteit van leven.
- Vermindering van negatieve effecten. (trombose en zeldzame effecten zoals hypertrofie (sterke opzwellings), synovitis (gewrichtsvliesontsteking), hematoomvorming).

Secundaire uitkomstmaten:

- Verbetering van het aangedane gebied (MRI, histologische beoordeling, artroscopie).

De keuze van te gebruiken vragenlijsten voor het bepalen van het resultaat is groot. Hieronder worden de belangrijkste genoemd¹⁸:

- Medical Outcomes Study 36-Item Short Form: kwaliteit van level vragenlijst, een lijst met 36 vragen over de algemene gezondheidstoestand en het lichamelijke en sociale functioneren, verdeeld over 8 domeinen. De scores liepen van 0-100, waarbij een hogere score duidt op minder ernstige symptomen;
- Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)¹⁹: deze vragenlijst meet pijn (symptomen), dagelijks functioneren, sport en recreatieve functies en knie

	gerelateerd kwaliteit van leven (score 0-100 punten, 100 optimale score). • International Knee Documentation Committee (IKDC) Knee Examination²⁰: deze vragenlijst meet symptomen, functioneren en sportieve activiteiten (score 0-100 punten, 100 optimale score). • Lysholm Knee Score²¹: deze vragenlijst meet afwijkend looppatroon, steun, traplopen, hurkzit, zwelling, instabiliteit, pijn en blokkades en chronische instabiliteit (score 0-100 punten, 100 optimale score). • Tegner score²²: deze vragenlijst meet activiteiten (score 0-10, 10 optimale score). • Activity rating scale²³: Meet de patiënt (aan hardlopen gerelateerde) activiteiten aan de hand van vier vragen (0-100, 100 optimale score).
Standpunten	Om een overzicht van standpunten van organisaties te krijgen betreffende het onderwerp zijn de websites van de volgende organisaties doorzocht: CVZ, GR, KCE, CMS, AETNA, CIGNA, Medicaid, IQWiG, G-BA, Regence Group, NICE en de HTA-database (CRD).
Richtlijnen	Om een overzicht van richtlijnen te krijgen zijn de websites van de volgende organisaties doorzocht betreffende richtlijnen voor de behandeling met autologe kraakbeencelimplantatie in het kniegewricht: National Guideline Clearinghouse (NGC), TRIP-database, CBO, IQWiG, NICE.
Toetsing concept rapport	Het conceptrapport is ter toetsing voorgelegd aan zes inhoudelijke deskundigen in het veld. Hun commentaren zijn in het rapport verwerkt. Voor het selecteren van geschikte experts heeft het CVZ onder andere de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) benaderd. Hun aanbevelingen zijn opgevolgd.
Resultaten search effectiviteit	<i>4.b.2. Resultaten</i> De literatuursearch leverde 48 relevante abstracts op en drie standpunten (zie bijlage 1). Op basis van de 'related articles' kwamen nog twee RCT's en twee case series naar boven (totaal 52 studies). Uiteindelijk zijn 26 artikelen uitgesloten omdat het retrospectieve vergelijkende studies, geen vergelijkende studies, expert opinies waren, of ACI was vergeleken met MACI of ACI was vergeleken met mozaïekplastiek bij een defect-grootte onder de 4 cm². De overige 26 studies zijn geïncludeerd waarvan acht systematische reviews, elf randomised controlled trials (RCT's), twee prospectieve vergelijkende studies en vijf case series. In verband met het verzoek tot beoordeling van het geneesmiddel 'ChondroCelect' is op 21 mei 2010 een nieuwe search uitgevoerd. Dit bracht nog twee case series aan het licht. Deze zijn ook geïncludeerd (totaal 28 studies). De kenmerken en resultaten van de studies zijn weergegeven in bijlagen 3-6.

Kwaliteit SR

Voor alle acht systematische reviews geldt dat de kwaliteit beperkt is vanwege de onderliggende studies (level of evidence B/C). Meta-analyses waren niet mogelijk vanwege de heterogeniteit van gebruikte uitkomstmaten.

Kwaliteit RCT's

Er zijn drie primaire RCT's^{29,30,31} (zeven publicaties) gevonden waarbij het kraakbeendefecten betrof (deels) kleiner dan 4 cm². Vier publicaties^{24,25,26, 27} betroffen specifieke deel-onderwerpen of follow-up publicaties van een primaire RCT. Er zijn drie studies gevonden waarbij het een defectgrootte van groter dan 4 cm² betrof en ACI is vergeleken met MF. Daarnaast zijn er vier studies (3 RCT's en 1 prospectief vergelijkende studie) waarbij ACI is vergeleken met abrasie of mozaïkplastiek. De kwaliteit van de meeste gerandomiseerde studies is over het algemeen redelijk. Twee systematische reviews^{15,28} hebben de kwaliteit van de geïncludeerde studies bepaald door middel van de Coleman methodology score, waarbij een score van 100 punten de optimale score was. In tabel 1 zijn de scores opgenomen van de RCT's en de prospectieve vergelijkende studie die het CVZ in zijn beoordeling heeft meegenomen. Opvallend is dat de twee systematische reviews de kwaliteit van de studies op basis van hetzelfde instrument totaal verschillend beoordelen. Waarbij bij Bekkers et al. (2009)¹⁵ enkele studies een excellente score krijgen, terwijl bij Harris et al. (2010)²⁸ dezelfde studies een score redelijk meekrijgen. Wat wel overeenkomt is dat de studies van Saris (2008)²⁹ en Knutsen (2007)²⁷ de hoogste score kregen. Beide reviews concluderen dat de kwaliteit van de studies toeneemt met het jaar van publicatie.

	Harris et al. (2010)	Bekkers et al. (2009)
ACI vs. MF <4 cm²		
Basad 2004	36	x
Knutsen 2004	64	x
Knutsen 2007	62	89
Saris 2008	64	94
Saris 2009	58	x
Kon 2009	47	67
ACI >4 cm²		
Basad 2010	52	x
Horas 2003	44	79

Tabel 1: de kwaliteit van de studies beoordeeld door middel van Modified Coleman Methodology Score in twee systematische reviews.

De kwaliteit van de studies acht het CVZ beperkt vanwege:

- het aantal geïncludeerde patiënten per studie (40-116);
- de methode van randomisatie is niet of beperkt beschreven^{30,31,27, 32,33} of er is sprake van quasi-randomisatie³⁴.
- grote loss to follow up³⁰;
- beoordelaar uitkomstmaat niet geblindeerd^{30,33}
- geen blinding van clinical examiner (biopsies)³³

- selectieve weergave van resultaten^{30,33,29}

De follow-up periode varieert tussen één en vijf jaar. In de niet-gerandomiseerde studies is de follow-up twee en vijf jaar. De cases series zijn geïnccludeerd vanwege lange termijn data over effectiviteit en complicaties (follow-up tussen de 5 en 20 jaar).

4.b.3. Effectiviteit (defectgrootte <4 cm²)

Hieronder staan de RCT's en de prospectief vergelijkende studies waarbij ACI is vergeleken met MF bij defecten (deels) kleiner dan 4 cm².

MACI vs micro Basad 2004

MACI vs microfractuurbehandeling

In de RCT van Basad et al. (2004)³⁰ is MACI vergeleken met MF (n=46). De kwaliteit van deze RCT was slecht. Het onderzoek kende een follow-up duur van twee jaar en patiënten met een defectgrootte tussen de 2-10 cm² werden geïnccludeerd. Echter na twee jaar waren er nog maar vijf proefpersonen over. Er werden geen gegevens over significantie gerapporteerd. Na 1 jaar was de Meyers score +6,5 voor MACI en +1,9 voor MF in vergelijking met voor de operatie. De Lysholm-score was +27.4 voor MACI en +4.1 voor MF. De Tegner-score was +32.6 voor MACI en + 15.3 voor MF en de ICRS verbeterde in beide groepen in dezelfde mate. Na 12 maanden werd in de MACI-groep (nog steeds) verschil gevonden in het MRI signaal intensiteit, maar na 24 maanden werd een complete egalisatie van geregenereerd weefsel gevonden met een dikte van tussen de 1 en 1.8 mm. In MF-groep werd deels verschillende MRI signaal intensiteiten gevonden in vergelijking tot normaal kraakbeen.

CCI vs micro Saris 2008

CCI vs microfractuurbehandeling

De resultaten van één gerandomiseerde studie inclusief follow-up zijn gepubliceerd in vier artikelen. De studie van Saris et al. (2008)²⁹ (n=118) was opgezet met als doel superioriteit aan te tonen van ACI ten opzichte van MF op de kwaliteit van het structurele herstel na 12 maanden en ten minste een gelijke effectiviteit (non-inferioriteit) op de klinische uitkomstmaat KOOS na 12 tot 18 maanden na de behandeling. Proefpersonen met defecten tussen de 1 en 5 cm² werden geïnccludeerd (gemiddeld 2,6 cm²). Superioriteit na 12 maanden werd aangetoond wat betreft de kwaliteit van het structurele herstel (p=0.03 histomorphometrie en p=0.012 histologische assessment score). Na 12 tot 18 maanden werd een grotere verbetering op de overall KOOS gevonden bij de patiënten die een behandeling met ACI ondergingen. Dit verschil bleek echter niet statistisch significant. Het voldeed wel aan de vooraf gedefinieerde eis van non-inferioriteit. De EMA kwam op basis hiervan tot de conclusie dat werd voldaan aan de eis van non-inferioriteit en dat daarnaast de veranderingen klinisch relevant waren.

Van Assche

Bij de Nederlandse deelnemers uit het onderzoek van Saris et al. (2008)²⁹ werden enkele extra metingen uitgevoerd.

	Van Assche et al. (2009 I en II)^{25,26} rapporteerden geen significant verschil in fysiotherapeutische revalidatie uitkomsten na één en twee jaar en de objectieve uitkomstmaat 'overall functional recovery' na twee jaar.
Saris 2009	In de publicatie van Saris et al. (2009)²⁴ is door middel van twee statistische modellen bepaald of de gemiddelde verbetering op de overall KOOS-score na 36 maanden statistisch significant verschillend is tussen de ACI- en de MF-groep. Afhankelijk van het gekozen statistische model werd er een significant effect gevonden ($p=0.048$ versus $p=0.12$) in het voordeel van ACI. Na 36 maanden had behandeling bij respectievelijk 9.8% vs 15% (CCI vs microfractuurbehandeling) van de patiënten gefaald ($p=0.569$).
EMA	In het European Public Assessment Report (EPAR)³⁵ van de EMA zijn opnieuw de klinische data van Saris et al. (2008 & 2009)^{24,29} geanalyseerd, waarbij de volledige dataset tot 36 maanden en beschikbare data tot 60 maanden zijn meegenomen in het statistisch model. De EMA komt tot de conclusie dat de additionele mixed-model analyse met tijd als categorale variabele geen statistisch significant verschil geeft tussen beide groepen.
Tegenstrijdige conclusie EMA en Saris	Deze tegenstrijdige conclusies van de EMA en Saris et al. (2009)²⁴ roept de vraag op in hoeverre er werkelijk sprake is van een statisch significant verschil tussen CCI en MF. Op korte termijn worden de follow-up resultaten tot 60 maanden gepubliceerd in een peer-reviewed tijdschrift, aldus een inhoudelijk deskundige.
ACI vs micro Knutsen	<i>ACI vs microfractuurbehandeling</i> Knutsen et al. (2007)²⁷ vergelijkt ACI met MF bij 80 patiënten met defecten tussen de 2 en 10 cm² (gemiddeld 5,1 cm² (ACI en 4.5 (MF)). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen na vijf jaar voor de Lysholm-score ($p=0.227$) en de VAS-schaal ($p=0.078$). De MF-groep liet in vergelijking met de ACI-groep na twee jaar een grotere significante verbetering zien of de SF-36 fysieke component ($p=0.004$). Na vijf jaar was dit verschil echter niet meer significant ($p=0.054$). De ACI-groep liet geen significante verbetering zien op de SF-36 (fysieke component) na vijf jaar vergeleken met de baseline, maar de MF-groep wel ($p<0.001$). Na twee jaar is er een histologische evaluatie geweest (biopsie) bij 84% van de patiënten. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen in het percentage hyaline-kraakbeen of fibrocartilage ($p=0.08$). De onderzoekers geven aan dat een controlegroep die niet werd behandeld of lavage onderging de kwaliteit van de studie zou doen toenemen. Er is echter niet voor deze opzet gekozen, omdat het moeilijk zou zijn patiënt bereid te vinden deel te laten nemen aan een dergelijk onderzoek. Te meer de patiënten al langdurig pijn ervaren en de meeste patiënten al een operatie en/of een conservatieve behandeling (medicatie en oefentherapie) hebben ondergaan.

Kon

In een recente prospectieve vergelijkende studie (niet-gerandomiseerd) (n=80) van Kon et al. (2009 II)³⁶ was er significant meer verbetering van IKDC objectieve en subjectieve scores in ACI groep (p<0.001). Terugkeer naar sportactiviteiten na 2 jaar was vergelijkbaar, na 5 jaar was er sprake van verslechtering in MF-groep. De gemiddelde defectgrootte in deze studie was 2,5 cm² voor de ACI-groep en 2.2 cm² voor de MF-groep.

Systematische reviews

In de systematische reviews^{1,15,2,37,38,39,40,41} is ACI vergeleken met andere behandelvormen. De systematische reviews komen allen tot de conclusie dat de meerwaarde van ACI ten opzichte van de andere behandelmogelijkheden (MF, OAT, abrasie etc.) niet is aangetoond. De systematische reviews baseren zich hierbij grotendeels op dezelfde literatuur (zie bijlage 6). De systematische reviews maakten geen onderscheid in defectgroottes en namen alle behandelmethoden voor kraakbeendefecten mee in hun analyse. De systematische reviews doen geen uitspraak of er sprake is van gelijke waarde, ze geven echter niet aan dat er sprake is van minderwaarde.

4.b.4. Effectiviteit (defectgrootte >4 cm²)**Geen studies**

In de gevonden studies zijn geen studies aangetroffen waarbij ACI bij kraakbeendefecten >4 cm² is vergeleken met een conservatieve behandeling, sham-operatie of andere effectieve behandeling^{33,34,42,43,44}. De kenmerken en resultaten van deze studies zijn opgenomen in bijlage 4.

4.b.5. Lange termijn gegevens en complicatie**Lange termijn gegevens****Bhosale**

Bhosale et al. (2009)⁴⁵ hebben langetermijn gegevens gepubliceerd van een cohort van 80 jonge (mediaan 34,6 jaar) patiënten die ACI hebben ondergaan vanwege kraakbeendefecten. De mediane defectgrootte betrof 4,1 cm². Klinische uitkomsten blijken na gemiddeld 5 jaar bij 81% verbeterd en bij 19% slechter. De score stijgt met name in de eerste 15 maanden na operatie en blijft constant tot 9 jaar postoperatief. Leeftijd, geslacht, grootte van het defect, aantal eerdere operaties, Lysholm score preoperatief waren geen voorspellers van de klinische uitkomst.

Peterson

Peterson et al (2000, 2002, 2003 en 2010)^{46,47,48,49} rapporteerden in vier publicaties lange termijn gegevens tot twintig jaar (gemiddeld 12,8 jaar). Bij de laatste meting reageerden 224 van de 341 patiënten (65%). Na ACI was 92% van de respondenten tevreden en zou opnieuw ACI laten doen. Een verbetering ten opzichte van eerdere jaren werd zelfs gevonden bij 74% van de respondenten. Op de uitkomstmaten Lysholm-score (p=0.009), Tegner-score (p=0.002) en de Brittberg-Peterson score (p<0.001) werden allen een significante verbetering gevonden ten opzichte van de score

Moseley	voor de operatie. De grootte van het kraakbeendefect was gemiddeld 5,3 cm². Moseley et al. (2010)⁵⁰ komt bij een evaluatie van 72 patiënten na 6 tot 10 jaar tot de conclusie dat in de meerderheid van de patiënten het effect op de middellange termijn blijvend is. De gemiddelde grootte van het kraakbeendefect is 5,2 cm².
Niemeyer	Complicaties Niemeyer et al (2008)⁵¹ rapporteerde de complicaties van 309 patiënten na (M)ACI met een follow-up van 4,5 jaar. De gemiddelde defectgrootte was 4,6 cm². Herbehandeling was nodig in 17% van de patiënten en 89% van deze (17%) patiënten had één van de vier meest voorkomende complicaties: hypertrofie, malfusies, delaminatie en/of onvoldoende regeneratief kraakbeen.
Saris	De meeste studies rapporteerden geen verschil in bijwerkingen voor de verschillende behandelingmethoden. Saris et al (2008 & 2009)^{24,29} bijvoorbeeld rapporteerden minstens één bijwerking in 88% vs 82% (ns) in de groepen behandeld met CCI en microfractuur. De meest voorkomende bijwerkingen waren pijn in de knie, hypertrofie, gewrichtspijn en zwellingen. Minstens één ernstige bijwerking kwam voor in 25% in beide groepen. Er was sprake van interventiegerelateerde bijwerkingen in 70% vs 62% van de patiënten. Volgens de externe deskundigen zijn de meeste bijwerkingen gerelateerd aan de uitgebreide artrotomie⁵ en het gebruik van een periostbedekking. Met de huidige moderne drager materialen zou de incidentie lager zijn.
Standpunten	<i>4.b.6. Standpunten en richtlijnen</i> De standpunten van kenniscentra zijn weergegeven in bijlage 7. Er zijn zeven standpunten gevonden. Hieronder volgt een beknopte beschrijving.
HAS, NICE, LBI	In 2005 hebben de Haute Autorité de santé (HAS)⁵² en National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷ beide een standpunt uitgebracht waarin de behandeling experimenteel wordt genoemd. Het Ludwig Boltzmann Institute (LBI)⁵³ instituut heeft in 2009 een standpunt uitgebracht met eenzelfde conclusie. Ondanks dat autologe kraakbeen-celimplantatie veel wordt toegepast moet het volgens het LBI worden gezien als een experimentele behandeling.
G-BA	De Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)⁵⁴ heeft MACI in 2009 beoordeeld en aan de hand van deze beoordeling besluitvorming uitgesteld tot 30 juni 2014. Het wordt gezien als een veelbelovende behandeling waar nog niet voldoende bewijs voor beschikbaar is.
AETNA & CIGNA	AETNA (2009)⁵⁵ en CIGNA (2009)⁵⁶ vergoeden autologe kraakbeencelimplantatie bij patiënten met kraakbeendefecten van de knie indien de patiënt aan specifieke criteria voldoet waaronder aanwezigheid van aanhoudende symptomen en het

⁵ Het openen van een gewricht

falen van conservatieve behandeling en conventionele chirurgische behandelingen. Voor andere indicaties wordt de behandeling als experimenteel gezien.

Richtlijnen

In bijlage 8 is opgenomen in welke nationale en internationale richtlijnen is gezocht naar conclusies en aanbevelingen over ACI. Er zijn geen Nederlandse/internationale richtlijnen gevonden waarin ACI wordt vermeld.

Consensus

Er zijn wel enkele consensus statements gevonden waarin ACI wordt genoemd. Deze worden hieronder besproken.

Gillogly

Gillogly et al (2006)⁵⁷ geven, naast een samenvatting van de klinische uitkomsten, een overzicht van de patiëntselectie voor ACI, chirurgische technieken, inclusief de behandeling van bijkomende pathologie van de knie, en de postoperatieve revalidatie. Primaire indicatie voor ACI zijn symptomatische, grote (in het algemeen groter dan 2 cm²) 'full-thickness' kraakbeenlaesies in het kniegewricht bij patiënten vanaf de adolescentie leeftijd tot in de vijftig. Patiënten moeten bereid en in staat zijn een revalidatieprotocol te volgen. Bij ernstige osteoartritis is ACI niet geïndiceerd. Een actieve ontsteking of infectie is een contra-indicatie. De intra-articulaire omgeving moet zo 'normaal' mogelijk zijn. De aanwezigheid van bijkomende pathologie van de knie, zoals langdurende instabiliteit van de ligamenten, malignment of meniscus deficiëntie, heeft een negatief effect op de uitkomsten van ACI. Zo mogelijk moet deze problematiek voor of tijdens de ACI worden behandeld.

België

De BVOT¹¹ stelde, op basis van een literatuuronderzoek en expert opinions, aanbevelingen en een behandelalgoritme op voor de behandeling van kraakbeendefecten in de knie met ACI. Algemene criteria voor ACI:

- Niet toepassen voor radiologische sluiting van de epifyse. Bovenste leeftijdsgrens is ongeveer 50 jaar. Omdat de kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met de biologische leeftijd of de toestand van het gewricht (er is geen absolute leeftijdsgrens);
- Een totale omvang van het defect van 2 cm² tot 12 cm²;
- Onderzoek naar de toestand van het kniegewricht (MRI, artroscopie).

ACI is geïndiceerd als reconstructie van posttraumatische kraakbeendefecten in de knie als het gewricht voldoet aan de volgende criteria:

- Intact corresponderend gewrichtsoppervlak (maximaal ICRS graad 2 beschadiging)⁶;

⁶ ICRS Grade 0 - Normal

ICRS Grade 1 - Nearly Normal - Superficial lesions. Soft indentation (A) and/or superficial fissures and cracks (B)

ICRS Grade 2 - Abnormal- Lesions extending down to <50% of cartilage depth

ICRS Grade 3 - Severely Abnormal- Cartilage defects extending down >50% of cartilage depth (A) as well as down to calcified layer (B) and down to but not through the subchondral bone (C). Blisters are included in this Grade (D)

- Intacte 'load bearing' capaciteit omringend kraakbeen;
- Functionele meniscus (partiële resectie tot maximaal 50% van het totale volume);
- Maximaal twee separate defecten;
- Volledige 'range of motion';
- Intacte (gerepareerde) ligamenten, fysiologische (gecorrigeerde) beenas.

Een periode van ten minste 6 maanden na eerdere chirurgie aan het kraakbeen.

VS

De AAOS¹⁰ heeft in 2009 op basis van een literatuur studie een consensusachtige statement gepubliceerd. Ze geven aan dat algemeen erkend is dat ACI geïndiceerd is bij '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen (Outerbridge graad III of IV) van 2 cm² of groter. Maar er wordt ook gemeld dat er controversies bestaan wat betreft het gebruik van ACI bij de behandeling van kraakbeendefecten. Sommigen vinden dat ACI beperkt moet blijven tot patiënten waarbij andere (primaire) interventies gefaald hebben terwijl anderen geloven dat de resultaten beter zijn als ACI als primaire behandeling wordt toegepast. Er is een trend naar het primair met ACI behandelen van kleinere laesies.

4.b.1. Lopende klinische studies

In bijlage 9 is een overzicht weergegeven van lopende klinische studies over ACI of waarbij ACI is vergeleken met MF (bron: <http://clinicaltrials.gov> geraadpleegd op 19 oktober 2010). In totaal werden tien lopende studies geïdentificeerd waarvan zes RCT's. Veel van deze studies worden gefinancierd door fabrikanten.

4.b.2. Raadpleging externe deskundigen

NOV

Voor inhoudelijke consultatie zijn experts op het gebied van orthopedie benaderd. Voor het selecteren van geschikte experts heeft het CVZ onder andere de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) benaderd. Hun voorstel van te raadplegen deskundigen is opgevolgd en aangevuld met een Belgische deskundige (orthopeed), een orthopeed uit Maastricht en één specialist op het gebied van tissue engineering. In totaal hebben zes inhoudelijk deskundigen het conceptrapport bekeken. De commentaren van de deskundigen zijn in het rapport verwerkt. De inhoudelijke reacties van één orthopeed en de specialist op het gebied van tissue engineering zijn in bijlage 12 weergegeven. Verder zijn aanvullende commentaren hieronder weergegeven. Het CVZ wil opmerken dat de geconsulteerde deskundigen niet altijd even kritisch leken in hun waarnemingen. De raadpleging door externe deskundigen betrof de inleiding, de medische achtergrond, duidelijk pakket en de kosteneffectiviteit. Ten tijde van de consultatie bestond het hoofdstuk 'Duidelijk

ICRS Grade 4 – Severely Abnormal- International cartilage repair society www.cartilage.org
benaderd 29-01-2010

pakket' nog uit alle onderzoeken waarbij ACI was vergeleken met een andere behandelmethode en was er geen onderscheid gemaakt naar defectgrootte. Na de inhoudelijke consultatie is besloten de beoordeling te knippen in een beoordeling bij defectgroottes $<4\text{ cm}^2$ en $>4\text{ cm}^2$. In het eerste geval is alleen literatuur bij de beoordeling betrokken waarbij ACI is vergeleken met MF. In het tweede geval is alle literatuur meegenomen mits het defectgroottes boven de 4 cm^2 betrof. Na de raadpleging door externe deskundigen zijn er nog enkele recente artikelen toegevoegd.

De geraadpleegde leden van de Biotechnologie commissie geven aan dat ze histologie en artroscoopie beschouwen als zeer relevante uitkomstmaten omdat het deel is van het door de FDA en EMEA relevant geachte uitkomstmaten die een predictor van klinische functie kan zijn. De deskundigen geven aan dat het falen van een implantaat, de kwaliteit van weefselherstel en mate van herstel van het gewrichtsvlak essentiële gegevens zijn die in alle kwalitatieve trials als uitkomstparameter zijn gehanteerd.

Reactie CVZ

Het CVZ heeft op basis van deze reactie de uitkomstmaat 'verbetering van het aangedane gebied (MRI, histologische beoordeling, artroscoopie)' toegevoegd als secundaire uitkomstmaat. Ter nuancering wil CVZ wel de volgende kanttekening plaatsen. De CHMP⁵⁸ heeft bij de pivotal trial voor ChondroCelect geadviseerd dat additioneel aan verbetering in structuur een klinische relevante uitkomstmaat zou worden geïncorporeerd in de primaire uitkomstmaten⁵⁹. In het oorspronkelijke protocol was alleen verbetering in structuur opgenomen als primaire uitkomstmaat. Naar aanleiding van het commentaar van de CHMP is KOOS toegevoegd. Verder heeft de CHMP aangegeven dat het wenselijk is dat superioriteit van ACI ten opzichte van microfractuurbehandeling wordt aangetoond vanwege de volgende drie redenen:

- het gecompliceerdere karakter van ACI ten opzichte van microfractuurbehandeling en de daarmee verbonden veiligheidsrisico's;
- het beperkte aantal data beschikbaar over de effectiviteit van microfractuurbehandeling (in het bijzonder lange termijn gegevens);
- het feit dat de relevantie van verbetering in structuur (op korte en lange termijn) nog niet is bepaald.

Het CVZ is dan ook van mening dat zolang de relevantie van verbetering in structuur niet is bepaald, verbetering van de structuur niet als essentiële uitkomstmaat moet worden meegenomen binnen dit dossier.

De geraadpleegde leden van de Biotechnologie commissie geven aan dat de standpunten van NICE (2005)⁷, HAS (2005)⁵² het LBI (2009)⁵³ naar hun mening achterhaald zijn. Ze geven

aan dat in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland een zeer groot aantal biotech bedrijven een enorme diversiteit van celtherapie oplossingen op de markt brachten waarbij zeker voorzichtigheid geboden was omdat geen van deze als medicinaal product geregistreerd werd.

De NOV heeft in zijn reactie aangegeven dat er een concepttekst beschikbaar is van de NOV consensus statement kraakbeenchirurgie. Deze zal na validatie door de NOV worden gezien als leidraad voor kraakbeenchirurgie in Nederland.

Reactie CVZ: Bij het bepalen van een standpunt ten aanzien van wel/niet verzekerde zorg kan een dergelijk statement alleen worden betrokken in de oordeelsvorming indien het gepubliceerd, en daarmee toegankelijk voor derden, is.

4.b.3. Conclusie stand van de wetenschap en praktijk

Conclusie stand van de W&P bij defecten tot 4 cm²

Kwaliteit studies

In totaal zijn 16 studies betrokken bij de beoordeling, waaronder drie RCT's (zeven publicaties) en één prospectief vergelijkende studie. De kwaliteit van de geïncludeerde studies was matig tot redelijk.

RCT's

De RCT met de hoogste kwaliteit²⁹ beschrijft voor CCI ten opzichte van MF:

- een betere histologische structuur na 12 maanden;
- een ten minste vergelijkbaar functioneel resultaat na 12 tot 18 maanden (non-inferioriteits-studie); en
- een trend naar beter functioneel resultaat na 36 maanden bij defecten tussen de 1 en 5 cm².

De andere RCT²⁷ met eveneens een redelijke kwaliteit vindt na vijf jaar geen significante verschillen tussen ACI en MF bij defecten tussen de 2 en 10 cm² (gemiddeld 4,8 cm²).

De slechtst uitgevoerde RCT³⁰ vindt grote verschillen op de verschillende uitkomstmaten in het voordeel van ACI, maar rapporteren echter geen statistische gegevens. Het betrof hier defecten tussen de 2 en 10 cm².

Vergelijkende studie

De prospectieve vergelijkende studie³⁶ bij defecten tussen de 1,4 en 4,4 cm² laten significant grotere verbetering zien op de objectieve en subjectieve IKDC in de ACI-groep na vijf jaar. Terugkeer naar sportactiviteiten na twee jaar was vergelijkbaar, echter na 5 jaar werd er een verslechtering in de MF-groep waargenomen.

Lange termijn

Een potentiële meerwaarde van (M)ACI/CCI boven MF zou het produceren van meer hyalinekraakbeen kunnen zijn, omdat dit zou kunnen leiden tot betere lange termijn resultaten en preventie van artrose. Uit de observationele studies van Peterson⁴⁹ en Moseley⁵⁰ blijkt dat klinische en functionele uitkomsten blijvend zijn bij een follow-up van tussen de respectievelijk 10-20 jaar en 6-10 jaar. Er zijn echter nog geen gegevens bekend of ACI op de lange termijn ook leidt tot minder artrose.

Factoren van invloed

Uit de studies blijkt dat een aantal factoren van invloed kan zijn op de uitkomst. Toename van leeftijd, grotere laesies en een minder actief levenspatroon zijn geassocieerd met een minder goed resultaat, hoewel dit niet in lange termijn gegevens is bevestigd.

Veiligheid

De behandeling lijkt veilig te zijn. De meest voorkomende bijwerkingen zijn pijn in de knie, hypertrofie, gewrichtspijn en zwellingen. Er worden weinig ernstige bijwerkingen als het gevolg van behandeling met (M)ACI/CCI gerapporteerd. Orthopeden zijn internationaal overtuigd van de veiligheid en effectiviteit van ACI¹¹. Hierbij is het wel belangrijk dat een kwalitatief goed omschreven cel therapeutisch product wordt toegepast. Over de veiligheid en effectiviteit van de Chondron-methode is nog niet gepubliceerd in Engelstalige wetenschappelijke peer-reviewed tijdschriften.

Consensus statements

Hoewel behandeling met (M)ACI/CCI nog niet is opgenomen in (inter)nationale richtlijnen zijn er wel al verschillende artikelen gepubliceerd vanuit orthopedische wetenschappelijke verenigingen waaruit blijkt dat het als een gangbare behandeling wordt gezien bij '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen (Outerbridge graad III of IV) van 2 cm² of groter. Echter, er bestaat ook controversie over de toepassing. Sommigen vinden dat ACI beperkt moet blijven tot patiënten waarbij andere (primaire) interventies gefaald hebben, terwijl anderen geloven dat de resultaten beter zijn als ACI als primaire behandeling wordt toegepast. Er is een trend naar het primair met ACI behandelen van kleinere laesies.

Gelijke waarde?

Op basis van de gevonden literatuur kan geconcludeerd worden dat de meerwaarde van ACI in vergelijking met MF op dit moment niet is aangetoond bij defectgroottes tot 4 cm². Om voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking te komen, dient de innovatieve behandeling ten minste een vergelijkbare effectiviteit te hebben als de standaardbehandeling of de gebruikelijke behandeling. Eén studie is opgezet om de gelijke waarde van ACI ten opzichte van MF aan te tonen (defectgrootte tussen de 1 en 5 cm²). In dit onderzoek wordt voldaan aan de eis van non-inferioriteit van de EMA. In deze studie wordt na 36 maanden een trend naar een significante functionele verbetering gevonden in het voordeel van ACI. Omdat het hier slechts één studie betreft, heeft het CVZ een nadere analyse van de relevante studies gedaan, waarbij is gekeken of er na de operatie voor zowel MF als ACI significante (en klinisch relevante) verbeteringen zijn gevonden *in vergelijking met de baselinemeting*. Hieronder staan de resultaten beschreven van deze nadere analyse. Het betreft hierbij dus een overzicht van de resultaten waarbij voor beide behandelingen is gekeken of

er ten opzichte van de baselinemeting een significante verbetering is gevonden.

Saris	Saris et al. (2009) ²⁴ vergeleek CCI met MF. Na 36 maanden was de gemiddelde verbetering op de KOOS ten opzichte van de baselinescore voor de CCI-groep 21.25 (sd 3.60) punten en in de MF-groep 15.83 (sd 3.48) punten.
Van Assche	Bij de Nederlandse deelnemers uit het onderzoek van Saris et al. (2008) ²⁹ werden enkele extra metingen uitgevoerd ^{25,26} . De MF-groep liet een significante verslechtering na één en twee jaar zien op de ARS-score in vergelijking met de baselinescore. De CCI-groep liet geen significante verandering zien. Beide groepen lieten een significante verslechtering zien na 6 maanden op de objectieve uitkomstmaat 'overall functional recovery'. Beide groepen laten een kleine maar significante verbetering zien tussen de 12 en 24 maanden op de overall functional recovery, waarbij de MF-groep een verbetering van 6% liet zien en ACI een verbetering van 5%.
Knutsen	Knutsen et al. (2007) ²⁷ vindt voor zowel de ACI-groep als de MF-groep significante verbeteringen na twee en vijf jaar in vergelijking met de baselinescore. De VAS verbeterde in beide groepen van ongeveer 55 naar ongeveer 25. De Lysholm-score liet voor beide groepen een significante verbetering zien (beide van ongeveer 60 naar ongeveer 75). Ook op de Tegner-score werd er voor beide groepen een significante verbetering gevonden. De ACI-groep ging van 3.28 naar 4.05 en de MF-groep ging van 3.16 naar 4.35. Op de SF-36 physical component score behaalde de MF-groep wel een significante verbetering in vergelijking met de baseline, maar de ACI-groep niet (wel een verbetering).
Kon	Kon et al. (2009 II) ³⁶ rapporteert dat beide groepen significante verbeteringen lieten zien op alle klinische uitkomstmaten (IKDC objectief en subjectief, Tegner score) bij een vergelijking tussen baseline en vijf jaar. De IKDC objectief ging bij ACI-groep van 15% normaal of bijna normale knie voor de operatie tot 90% na de operatie. Voor MF werd een verbetering van 2,5% naar 70% gevonden. De IKDC subjectief ging bij ACI van 40.5 naar 80.2 en MF ging van 41.1 naar 70.2. De Tegner-score ging bij ACI van 1 naar 6 en bij MF van 3 naar 6 (2 jaar), maar na vijf jaar naar 5.
Verzekerde zorg	Op basis van bovenstaande resultaten en het feit dat er inmiddels twee observationele studies met lange termijn resultaten zijn die aantonen dat het klinisch effect ten minste 10 jaar aanhoudt, acht het CVZ voldoende aangetoond dat (M)ACI/CCI op de korte en middenlange termijn ten minste een vergelijkbare effectiviteit heeft als microfractuurbehandeling bij defecten tot 4 cm ² . Het CVZ is van mening dat (M)ACI/CCI voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' bij volwassenen tot ongeveer 50 jaar met symptomatische '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen in de knie (ICRS III of IV), waarbij een

conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Omdat de kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met de biologische leeftijd of toestand van het gewricht is geen absolute leeftijdsgrens opgenomen.

Het CVZ vindt de veiligheid en effectiviteit van ACI door middel van de Chondron-methode onvoldoende aangetoond. Deze vorm van ACI voldoet daarom op dit moment nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Geen studies

Conclusie stand van de W&P bij defecten groter dan 4 cm²
Omdat er geen studies zijn gevonden waarbij ACI (bij defecten groter dan 4 cm²) is vergeleken met een conservatieve behandeling, een sham-operatie of een effectieve behandeling, voldoet ACI op dit moment bij defecten groter dan 4 cm² niet aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk.

5. Passend pakket

5.a. Noodzakelijkheid

5.a.1. Inleiding

Bij de beoordeling van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' gaat het om twee verschillende aspecten:

- om de ernst van de ziekte (ziektelast);
- noodzaak om een behandeling te verzekeren.

5.a.2. Ziektelast/kwaliteit van leven

Ziektelast

Ziektelast wordt gedefinieerd als de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden. In de berekening van de ziektelast wordt de hoeveelheid verloren QALY's (Quality Adjusted Life Years) afgezet tegen de normale hoeveelheid QALY's. De ziektelast kan in deze formule maximaal 1 zijn (wanneer alle normaal resterende QALY's verloren gaan) en minimaal 0 (wanneer geen QALY's verloren gaan). Om de ziektelast van een aandoening te kunnen berekenen zijn meer gegevens nodig, namelijk de gemiddelde leeftijd waarop mensen een kraakbeendefect in het kniegewricht krijgen, de kwaliteit van leven in de verschillende stadia van de aandoening en de levensverwachting. Het CVZ heeft niet alle gegevens kunnen achterhalen. Het CVZ heeft in de literatuur wel gegevens gevonden over de generieke kwaliteit van leven van deze doelgroep.

Kwaliteit van leven

Derret et al. (2005)⁶⁰ heeft de generieke kwaliteit van leven gemeten door middel van de EQ-5D bij 22 patiënten met een kraakbeendefect in het kniegewricht die op de wachtlijst voor een operatie stonden. De onderzoekers vonden een utiliteit van 0.41 (SD 0.35), waarbij 1 een 'perfecte gezondheid' aangeeft en 0 'dood'.

Minas et al. (1998)⁶¹ heeft eveneens de generieke kwaliteit van leven gemeten bij 44 patiënten met een kraakbeendefect in het kniegewricht. Minas et al. (1998) gebruikten hiervoor de SF-36. Dit instrument bestaat uit 8 dimensies, zowel fysieke als mentaal. Minas et al. (1998) rapporteert een score van afgerond 33 voor de fysieke dimensies en een score van afgerond 49 voor de mentale dimensies, waarbij een score 0 staat voor de slechts mogelijke toestand en een score van 100 voor de best mogelijke.

Conclusie

Ondanks dat het met bovenstaande gegevens niet mogelijk was de ziektelast exact te bepalen is het CVZ van mening dat er sprake is van een aandoening met een aanzienlijke ziektelast. Het betreft immers een aandoening met een generieke kwaliteit van leven van 0.41 (EQ-5D) en 33 (score SF-36 fysieke dimensies).

Het CVZ zal de minister in dit geval dan ook niet adviseren interventies bij deze aandoening op basis van het pakketcriterium ziektelast uit te sluiten van vergoedingen.

5.a.3. Noodzakelijk te verzekeren

Een belangrijk aspect bij de vraag of een zorgvorm noodzakelijk is om te verzekeren is de financiële toegankelijkheid van de betreffende zorgvorm.

De kosten van de behandeling ACI lopen in de literatuur nogal uiteen. Dit komt onder andere door:

- de verschillende gezondheidszorgsystemen in de verschillende landen;
- de verschillende vormen van ACI;
- niet altijd alle stadia van de behandeling in de kosten zijn meegenomen zijn;
- niet duidelijk is welke kosten zijn meegenomen.

Voor het pakketcriterium 'financieel toegankelijk' zijn de exacte kosten van een behandeling niet relevant. De literatuur geeft namelijk wel een indicatie van de orde van grootte van de kosten van deze behandeling.

Derret et al. (2005)⁶⁰ geeft aan dat de kosten van de behandeling met ACI ongeveer 10.600 pond (12.834 euro) bedragen. Hierin waren de operatiekosten, ziekenhuiskosten, out-patient kosten en onderzoekskosten meegenomen. Lindahl et al. (2001)⁶² komt tot de conclusie dat de behandeling ACI 12.500 dollar (10.408 euro) kost en de revalidatieperiode volgend op de behandeling nog eens ruim 10.000 dollar.

Bij Jobanputra et al. (2001)⁶³ lopen de kosten van ACI (cellen, operatie en revalidatie) uiteen tussen de 4063 (4.919 euro) en 8547 pond (10.349 euro).

NICE⁷ geeft aan dat de prijzen van de ACI services verkregen van de commerciële bedrijven uiteenlopen van 3.200 (3.875 euro) tot 5.000 pond (6.054 euro), waarbij de kosten van het in-house cell culture service nog eens ongeveer 2.000 pond (2.422 euro) per patiënt kost.

Conclusie

De kosten van de behandeling ACI zijn hoog en zijn om die reden niet voor iedereen financieel toegankelijk en kunnen om die reden niet voor eigen rekening komen.

5.a.4. Conclusie noodzakelijkheid

Op basis van de pakketcriteria ziektelast en financiële toegankelijkheid komt het CVZ tot de conclusie dat bij de behandeling van kraakbeendefecten door middel van ACI sprake is noodzakelijke zorg en noodzakelijk te verzekeren zorg. Het CVZ ziet dan ook geen redenen om op basis van dit pakketprincipe de minister te adviseren om ACI niet te vergoeden bij deze indicatie.

5.b. Kosteneffectiviteit

Doel	Het doel van dit onderdeel is een overzicht geven van de gegevens die in literatuur beschikbaar zijn over de kosteneffectiviteit van ACI.
Literatuursearch	Om te achterhalen welke kosteneffectiviteitsgegevens beschikbaar zijn voor ACI heeft het CVZ in januari 2010 een relatief brede literatuursearch verricht. De exacte zoektermen, databases en artikelen waarvan de samenvatting als relevant werden aangemerkt staan weergegeven in bijlage 10.
Resultaten search	De search resulteerde in 56 relevante abstracts. Hiervan werden uiteindelijk zes studies geïncludeerd. De rest werd geëxcludeerd omdat deze studies geen kostengegevens bevatten. De kenmerken er resultaten van deze studies zijn weergegeven in bijlage 11. De zes studies betreffen twee kostenanalyses, drie economische evaluaties (twee kosteneffectiviteitsanalyses en een kostenutiliteitsanalyse) en een systematische review.
Review	De meest recente studie is de systematische review van Vavken et al. (2008) ⁶⁴ en bestaat uit een beknopte beschrijving van eerder gepubliceerde studies. Ondanks dat de oorspronkelijke studies aangeven dat resultaten van de analyses niet betrouwbaar zijn, worden dezelfde resultaten in dit artikel gepresenteerd als voldongen feiten. De auteurs concluderen dat ondanks de initiële hogere kosten ACI de voorkeur zou moeten hebben vanwege positieve langetermijn effecten ten opzichte van mozaïekplastiek en microfractuurbehandeling. Voor dit laatste wordt geen bewijs aangedragen.
Kwaliteit van studies gebrekkig	De twee kostenanalyses en de drie economische evaluaties geven zeer beperkt inzicht in de kosten en de kosteneffectiviteit van behandeling met ACI versus geen behandeling of alternatieve behandelingen, zoals mozaïekplastiek. Deze studies, die zijn uitgevoerd voor het Verenigd Koninkrijk en Zweden, zijn allen in belangrijke mate gebaseerd op aannames aangezien lange termijn effectiviteitsgegevens ontbreken, en ook kwaliteit van leven gegevens ten behoeve van het vaststellen van de QALY in veel gevallen niet beschikbaar zijn. De auteurs concluderen terecht dat deze studies verkennende analyses betreffen, van robuuste kosteneffectiviteitsgegevens is geen sprake. De belangrijkste bevindingen van de studies worden hieronder kort besproken.
Kostenanalyses	Uit de Zweedse studie van Lindahl et al. (2001) ⁶² waarin de kosten van ACI behandeling ten opzichte van geen behandeling vanuit het maatschappelijk perspectief berekend zijn, blijkt dat ACI behandeling kostenbesparend is. Over een tijdspanne van 10 jaar resulteerde ACI behandeling in een besparing van SEK 705.166 (ongeveer 68.000 euro) ten

gevolge van minder noodzakelijke chirurgische interventies en minder dagen arbeidsverzuim (productiviteitsverliezen). In de Engelse kostenstudie van Jobanputra et al. (2001) varieerden de incrementele kosten voor ACI behandeling ten opzichte van opereren van £3771 (4.150 euro) tot £7271 (8.000 euro), afhankelijk van het type cellen dat werd gebruikt, doorgerekend voor 2 jaar. In de modelstudie werd uitgegaan van vergelijkbare klinische effectiviteit tussen de behandelingen.

Kosteneffectiviteitsanalysen

In de Engelse studie van Derret et al. (2005)⁶⁰ zijn de directe kosten en de gezondheidswinst van ACI behandeling vergeleken met die van mozaïekplastiek. De retrospectieve analyse voor een relatief kleine groep patiënten liet zien dat behandeling met ACI duurder was dan die voor mozaïekplastiek, £10.600 (11.650 euro) versus £7.948 (8.740 euro) respectievelijk, maar wel resulteerde in een grotere gezondheidswinst, een utiliteit van 0,64 versus 0,47 (gemeten via de generieke EQ-5D vragenlijst). Behandeling met ACI is kosteneffectief ten opzichte van mozaïekplastiek met incrementele kosten van £16,349 (18.000 euro) per QALY over een analyseperiode van 2 jaar. De auteurs merken op dat deze incrementele ICER niet geheel robuust is, de gegevens komen uit een retrospectieve gegevensverzameling en zijn gebaseerd op weinig patiënten.

Clar et al. (2005)² berekenden dat in hun economische model, met een analyseperiode van twee jaar de gewonnen kwaliteit van leven, waarvoor geen betrouwbare gegevens waren, middels ACI 70-100% groter zou moeten zijn ten opzichte van microfractuurbehandeling om de ACI kosteneffectief te laten zijn, uitgaande van een kosteneffectiviteitsdrempel van £20.000-30.000.

NICE

In de Technology Appraisal van NICE naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van autologe kraakbeen transplantatie in het kniegewricht concludeert NICE dat er niet voldoende 'evidence' is om een robuuste kosten/QALY voor ACI behandeling vast te stellen.

Op basis van het door NICE Assessment Group opgestelde model werden de volgende schattingen gegeven: voor microfractuurbehandeling waren de incrementele kosten £1.060 tot £1.349 per QALY ten opzichte van debridement, en voor ACI behandeling waren de incrementele kosten £3.200 tot £3.650 per QALY ten opzichte van MF.

Conclusie

5.b.1. Conclusie kosteneffectiviteit

Uit de kosteneffectiviteitsmodellen valt op te maken dat ACI kosteneffectief kan zijn als ACI tot betere langetermijn resultaten leidt ten opzichte van mozaïekplastiek en MF door meer hyalinekraakbeen vorming. Dit zou kunnen leiden tot betere langetermijn resultaten en preventie van artrose en een betere kwaliteit van leven. Gegevens ter onderbouwing hiervan ontbreken vooralsnog.

Robuuste kosteneffectiviteitsstudies gebaseerd op langetermijn gegevens uit solide klinische studies zijn wenselijk voordat er een uitspraak kan worden gedaan over de kosteneffectiviteit van (M)ACI of CCI. De kosten van de individuele producten die gebruikt worden voor (M)ACI of CCI spelen hierbij ook een belangrijke rol. Op dit moment is de kosteneffectiviteit van ACI behandeling niet onderbouwd.

5.c. Uitvoerbaarheid

Bij dit pakketprincipe bekijkt het CVZ of een nieuwe zorgvorm in het pakket nu en in de toekomst haalbaar en houdbaar is. Elementen die bij dit principe een rol kunnen spelen zijn: financiële haalbaarheid op macroniveau, administratieve belasting en praktische uitvoerbaarheid.

ACI wordt in Nederland momenteel toegepast in een beperkt aantal centra zoals het UMC Utrecht (CCI & MACI), het Academisch ziekenhuis Maastricht (CCI & MACI), het St Elizabeth Gasthuis in Tilburg (CCI & MACI), het MC Haaglanden in Den Haag (CCI). Daarnaast bestaat in het UMC Groningen ervaring met ACI en is er in de regio Nijmegen ervaring opgedaan en interesse vanuit de Sint Maartenskliniek Nijmegen en het Radboud Medisch Centrum.

Alle in Nederland behandelde patiënten worden prospectief volgens internationale richtlijnen gevolgd.

In Nederland worden er ongeveer 12.000 artroscopieën uitgevoerd. Naar schatting van een inhoudelijk deskundige komen daarvan 2.400-3.000 patiënten in Nederland in aanmerking voor behandeling van kraakbeendefecten door middel van enige vorm van chirurgische behandeling.

Er zijn weinig gegevens bekend over de kosten van de verschillende vormen van ACI. De kosten van ACI verschilt per fabrikant, maar liggen hoger dan de kosten MF. Naast de kosten van het product zelf, bedragen de ziekenhuiskosten ook nog eens ruim 6.000 euro. De totale kosten van MF bedragen slechts 2.800 euro.

Aangezien het CVZ van mening is dat ACI op dit moment vergelijkbaar is met MF en de meerkosten van ACI aanzienlijk zijn, adviseert het CVZ de zorgverzekeraars om terughoudend te zijn met het vergoeden van ACI. Indien zorgverzekeraars dit advies opvolgen zullen de meerkosten op macroniveau beperkt blijven.

5.c.1. Conclusie uitvoerbaarheid

Conclusie

Het CVZ verwacht geen problemen ten aanzien van het pakketcriterium uitvoerbaarheid mits zorgverzekeraars terughoudend zijn met het vergoeden van ACI. In dat geval zullen de meerkosten op macroniveau beperkt blijven.

5.d. Consequenties uitvoeringspraktijk

5.d.1. Bekostiging

Het CVZ oordeelt in dit rapport dat ACI bij defectgroottes tot 4 cm² behoort tot de te verzekeren prestaties indien de conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Omdat hier sprake is van een behandeling in het kader van de geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, dient deze zorg in de DBC-systematiek te worden opgenomen. Opname DBC-systematiek is complex doordat deze zorg bestaat uit twee operatieve ingrepen en in het ene geval de toepassing van een duur geneesmiddel (in geval van ChondroCelect®) en in het andere geval zonder de toepassing van een duur geneesmiddel (traditionele ACI). DBC Onderhoud is al bezig met opname van deze zorg in de DBC-systematiek (DOT). DBC Onderhoud heeft aangegeven dat deze zorg zal vallen onder het A-segment. Dit houdt in dat de Nederlandse Zorgautoriteit een prijs zal vaststellen. DBC Onderhoud verwacht dat de zorg in januari 2012 zal zijn ingebouwd in de DBC-systematiek.

5.d.2. Polisvoorwaarden

De medisch-specialistische zorg kent een open omschrijving als te verzekeren prestatie. Om die reden is aanpassing van de polisvoorwaarden van verzekeraars niet nodig. Desgewenst kunnen verzekeraars de behandeling ACI in de polisvoorwaarden opnemen.

5.e. Conclusie passend pakket

Het CVZ concludeert dat er sprake is van noodzakelijke zorg en noodzakelijk te verzekeren zorg (pakketprincipe noodzakelijkheid). Ook komt het CVZ tot de conclusie dat opname in het pakket nu en in de toekomst haalbaar is (pakketprincipe uitvoerbaarheid). Op dit moment heeft MF de voorkeur boven ACI omdat beide behandelingen een gelijke effectiviteit kennen en de behandeling van ACI duurder is dan MF (pakketprincipe kosteneffectiviteit). Om die reden adviseert het CVZ zorgverzekeraars om terughoudend te zijn met het vergoeden van ACI. Zorgverzekeraars hebben voldoende mogelijkheden om dit advies op te volgen door deze zorg beperkt in te kopen en een machtiging te vereisen. Op deze manier kunnen zorgverzekeraars een bijdrage leveren aan gepast gebruik van deze zorg.

Gepast gebruik

6. Voorlopige conclusie CVZ

6.a. Kraakbeendefecten <4 cm²

Verzekerde zorg

Ook al is slechts één wetenschappelijke studie opgezet om gelijkwaardigheid van ACI ten opzichte van MF aan te tonen, acht het CVZ het voldoende aangetoond dat (M)ACI/CCI op de korte en middenlange termijn ten minste een vergelijkbare effectiviteit heeft als MF bij defecten tot 4 cm². De gevonden verbetering is eveneens een klinisch relevante verbetering. Het CVZ is van mening dat (M)ACI/CCI voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' bij volwassenen tot ongeveer 50 jaar met symptomatische '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen in de knie (maximaal 4 cm²)(ICRS III of IV), waarbij een conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Omdat de kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met de biologische leeftijd of toestand van het gewricht is geen absolute leeftijdsgrens opgenomen. Gezien de meerkosten van ACI ten opzichte van MF en het feit dat de meerwaarde van ACI niet is aangetoond, zijn er op dit moment geen redenen om behandeling met ACI een voorkeur te geven ten opzichte van MF.

6.b. Kraakbeendefecten >4 cm²

Geen verzekerde zorg

Omdat er geen studies zijn gevonden waarbij ACI (bij defecten groter dan 4 cm²) is vergeleken met een conservatieve behandeling, een sham-operatie of een effectieve behandeling, voldoet ACI op dit moment niet aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk. Behandeling van kraakbeendefecten >4 cm² door middel van ACI is dus geen te verzekeren zorg.

6.c. Chondron-methode

Er is op dit moment nog niet in peer-reviewed Engelstalige tijdschriften over deze ACI-methode gepubliceerd. Het CVZ vindt om die reden de veiligheid en effectiviteit van ACI door middel van de Chondron-methode onvoldoende aangetoond. Deze vorm voldoet daarom op dit moment nog niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

6.d. Nader onderzoek

Nader onderzoek zal moeten aantonen of ACI op de langere termijn meerwaarde heeft ten opzichte van MF en zo ja bij welke patiëntengroepen. Daarnaast zal onderzoek moeten uitwijzen of ACI een kosteneffectieve behandeling is in vergelijking met MF.

6.e. Reactie bestuurlijke consultatie

Voor de bestuurlijke raadpleging is het rapport voorgelegd aan de Orde van medisch specialisten (OMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Twee partijen hebben gereageerd, waarbij de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) een reactie heeft gestuurd als lid van de OMS.

Zorgverzekeraars Nederland

ZN kan zich vinden in de conclusie dat het bij de autologe kraakbeenimplantatietechnieken (M)ACI/CCI gaat om een veelbelovende innovatie, maar acht toelating tot het verzekerde pakket prematuur. Het is duidelijk dat er nog veel evidence development nodig is om de plaats van de nieuwe behandeling te bepalen. ZN is van mening dat de toepassing alleen moet plaatsvinden in een bepaald aantal centra die deelnemen aan gestructureerde dataverzameling onder begeleiding van de commissie biotechnologie van de NOV. Door de toelating tot het A-segment beschikken zorgverzekeraars echter niet over de mogelijkheid om te voorkomen dat het ook elders wordt toegepast en de indicaties worden opgerekt. ZN kan zich vinden in de conclusie dat ACI door middel van de Chondron-methode niet voldoet aan het wettelijke criterium voor verzekerde zorg.

Reactie CVZ

Het CVZ heeft geen zeggenschap over voorwaarden/spreiding ten aanzien van het zorgaanbod. Het CVZ zou kunnen adviseren de uitvoering van deze behandeling omwille van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te beperken tot een aantal gespecialiseerde centra in Nederland. Dit doet het CVZ in dit geval echter niet. De reden hiervoor is dat het CVZ een dergelijk advies niet aangewezen vindt, nu het CVZ zorgverzekeraars al adviseert terughoudend te zijn met het vergoeden van deze behandeling vanwege de gelijke effectiviteit maar hogere kosten. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracteerbeleid echter ook invloed uitoefenen op het zorgaanbod, door slechts in bepaalde ziekenhuizen deze zorg in te kopen en een machtiging te vereisen.

NOV

De NOV heeft een algemene reactie gestuurd en betreurt het dat alle door het CVZ voorgelegde rapporten dezelfde richting uitwijzen, namelijk dat de nieuwe behandelmethode nog onvoldoende is uitgekristaliseerd om aan alle eisen van evidence base medicine te voldoen. Het bestuur van de NOV wil het CVZ er attent op maken dat het CVZ hiermee potentieel zinvolle behandelingsmethoden aan burgers ontzegt. De NOV blijft pleiten voor een genuanceerde benadering, waarin meer experimenteerruimte ontstaat in een gecontroleerde wetenschappelijke setting.

Reactie CVZ

Het CVZ concludeert hieruit dat de NOV de wetenschappelijke evaluatie van het CVZ inhoudelijk onderschrijft en het er mee eens is dat de zorg (bij defecten > 4cm²) niet als effectief kan

worden beschouwd. Toepassing van de Zorgverzekeringswet en de onderliggende wet- en regelgeving leiden dan tot de conclusie dat de zorg niet onder de dekking van de basisverzekering valt. Een andere conclusie is op basis van de huidige regelgeving niet mogelijk. Het CVZ heeft de minister van VWS in 2009 wel geadviseerd een regeling te treffen waardoor (innovatieve) zorg tijdelijk gefinancierd kan worden (CVZ-rapport 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket'). Doel van deze regeling is om zorg die veelbelovend is, maar waarvoor onvoldoende gegevens bestaan, tijdelijk te financieren. Deze financiering geschiedt onder de voorwaarde dat de ontbrekende gegevens worden verzameld. Op deze wijze kan tijdige beschikbaarheid van verantwoorde zorg worden gerealiseerd, en definitieve besluitvorming worden bespoedigd over al dan niet verzekerde zorg. In het Pakketadvies 2011 zal het CVZ hier nader op ingaan.

7. Eindoordeel CVZ

Verzekerde zorg tot 4 cm²

Het CVZ is van mening dat de effectiviteit van de behandeling met ACI bij volwassenen tot ongeveer 50 jaar met symptomatische '(near) full thickness' laesies van het gewrichtskraakbeen in de knie (maximaal 4 cm²) (ICRS III of IV), waarbij een conservatieve behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, gelijkwaardig is aan de gebruikelijke behandeling (microfractuurbehandeling). Hiermee voldoet ACI bij dit indicatiegebied tot de basisverzekering. Echter, gezien de meerkosten van ACI ten opzichte van microfractuurbehandeling en het feit dat de meerwaarde van ACI niet is aangetoond, zijn er op dit moment geen redenen om behandeling met ACI een voorkeur te geven ten opzichte van MF. Om die reden adviseert het CVZ de zorgverzekeraars terughoudend te zijn met het vergoeden van ACI.

Geen verzekerde zorg boven de 4 cm²

Omdat er geen studies zijn gevonden waarbij ACI bij defecten groter dan 4 cm² is vergeleken met een conservatieve behandeling, een sham-operatie of een effectieve behandeling, voldoet ACI op dit moment niet aan het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk. Behandeling van kraakbeendefecten >4 cm² door middel van ACI is dus geen te verzekeren zorg.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

mw. H.B.M. Grobbink CCMM

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Literatuurlijst

- ¹ Wasiak J, Clar C, Villanueva E. Autologous cartilage implantation for full thickness articular cartilage defects of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD003323.
- ² Clar C, Cummins E, McIntyre L, et al. Clinical and cost-effectiveness of autologous chondrocyte implantation for cartilage defects in knee joints: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2005; 9(47): iii-x, 1.
- ³ Curl WW, Krome J, Gordon ES et al. Cartilage injuries: a review of 31.516 knee arthroscopies. *Arthroscopy* 1997; 13: 456-60.
- ⁴ Men onderscheidt 4 graden in de kraakbeenletsels (classificatie van Outerbridge):
 * graad I : het letsel presenteert zich als 'en zachte plaats - het kraakbeen is enkel wat verweekt
 * graad II : er zijn oppervlakkige scheurtjes in het kraakbeen
 * graad III : de scheuren zijn nu echte kloven
 * graad IV : er zijn 'echte gaten' in het kraakbeen die doorlopen tot in het bot, liggend onder het kraakbeen.
- ⁵ Williams R. Articular Cartilage Repair: Clinical Approach and Decision Making. *Oper Tech Orthop* 2006; 16:218-26.
- ⁶ Potter H, Chong le R. Magnetic resonance imaging assessment of chondral lesions and repair. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91 Suppl 1:126-31.
- ⁷ NICE. Autologous chondrocyte implantation (ACI) for the treatment of cartilage injury (review of existing guidance TA16). Technology appraisals TA89. May 2005.
- ⁸ Salzmann G, Niemeyer P, Steinwachs M et al. Cartilage repair approach and treatment characteristics across the knee joint: a European survey. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2010 Jan 16.
- ⁹ Hangody L, Fules P. Autologous osteochondral mosaicplasty for the treatment of full-thickness defects of weight-bearing joints: ten years of experimental and clinical experience. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85(suppl. 2):25-32.
- ¹⁰ AAOS committee on biological implants. Articular cartilage restoration: a review of currently available methods for repair of articular cartilage defects. AAOS 76th annual meeting February 25-28, 2009.
- ¹¹ Vanlauwe J, Almqvist F, Bellemans J, et al. Repair of symptomatic cartilage lesions of the knee: The place of autologous chondrocyte implantation. *Acta Orthop Belg* 2007;73:145-58.
- ¹² Ned Tijdschr Traum 2009;5:145
- ¹³ Ahmed TA and Hincke MT. Strategies for Articular Cartilage Lesion Repair and Functional Restoration. *Tissue Eng Part B Rev* 2009. aheadofprint, Dec 21
- ¹⁴ Mithoefer K, McAdams T, Williams R et al. Clinical Efficacy of the Microfracture Technique for Articular Cartilage Repair in the Knee: An Evidence-Based Systematic Analysis. *Am J Sports Med* 2009; 37:2053-63.
- ¹⁵ Bekkers JEJ, Inklaar M, Saris DBF. Treatment selection in articular cartilage lesions of the knee: a systematic review. *Am J Sports Med* 2009; 37 Suppl 1, 148S-55S
- ¹⁶ Bajaj S, Petrera M, Cole B. Lower Extremity-Articular Cartilage Injuries. *Orthopedic Sports Medicine*. Springer-Verlag Italia 2010
- ¹⁷ Mithoefer K, Williams R, Warren R et al. Chondral Resurfacing of Articular Cartilage Defects in the Knee with Microfracture Technique. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88:294-304.
- ¹⁸ Wright RW. Knee injury outcomes measures. *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Jan;17(1):31-9
- ¹⁹ Vragenlijst met 42 items gebaseerd op de WOMAC osteoarthritis index met subschalen (0-100) pijnsymptomen, ADL, sport en recreatieve functies. <http://www.koos.nu>
- ²⁰ Irrgang JJ, Anderson AF, Boland AL, et al. Development and validation of the international knee documentation committee subjective knee form. *Am J Sports Med* 2001;29:600-13
- ²¹ Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. *Am J Sports Med* 1982;10:150-4
- ²² Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries. *Clin Orthop Relat Res* 1985;198:43-9
- ²³ Marx et al. Development and Evaluation of an Activity Rating Scale for Disorders of the Knee. *Am J Sports Med* 2001;29(2):213-18
- ²⁴ Saris DBF, VanLauwe J, Victor J, et al. Treatment of symptomatic cartilage defects of the knee: characterized chondrocyte implantation results in better clinical outcome at 36 months in a randomized trial compared to microfracture. *AM J Sports Med* 2009; 37 Suppl 1, 10S-9S.
- ²⁵ Van Assche D, Van Caspel D, Vanlauwe J, et al. Physical activity levels after characterized chondrocyte implantation versus microfracture in the knee and the relationship to objective functional outcome with 2-year follow-up. *Am J Sports Med* 2009; 37 Suppl 1, 42S-9S
- ²⁶ Van Assche D, Staes F, Van Caspel D, et al. Autologous chondrocyte implantation versus microfracture for knee cartilage injury: a prospective randomized trial, with 2-year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2009; aheadofprint(Oct 10):

- ²⁷ Knutsen G, Drogset JO, Engebretsen L, et al. A randomized trial comparing autologous chondrocyte implantation with microfracture. Findings at five years. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89(10): 2105
- ²⁸ Harris J, Siston R, Pan X et al. Autologous Chondrocyte Implantation: A Systematic Review. *J Bone Joint Surg Am*. 2010; 92: 2220-33.
- ²⁹ Saris DBF, Vanlauwe J, Victor J, et al. Characterized chondrocyte implantation results in better structural repair when treating symptomatic cartilage defects of the knee in a randomized controlled trial versus microfracture. *Am J Sports Med* 2008; 36(2): 235-46.
- ³⁰ Basad E, Stürz H, Steinmeyer J. Treatment of chondral defects with MACI or microfracture. First results of a comparative clinical study [die behandlung chondraler defekte mit MACI oder microfracture – erste Ergebnisse einer vergleichenden klinischen Studie]. *Orthopädische Praxis* 2004; 40: 6-10.
- ³¹ Knutsen G, Engebretsen L, Ludvigsen TC, et al. Autologous chondrocyte implantation compared with microfracture in the knee. A randomized trial. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(3): 455-64.
- ³² Bartlett W, Skinner JA, Gooding CR, et al. Autologous chondrocyte implantation versus matrix-induced autologous chondrocyte implantation for osteochondral defects of the knee: a prospective, randomised study. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87(5): 640-5.
- ³³ Bentley G, Biant LC, Carrington RWJ, et al. A prospective, randomised comparison of autologous chondrocyte implantation versus mosaicplasty for osteochondral defects in the knee. *J Bone Joint Surg Br* 2003; 85(2): 223-30.
- ³⁴ Horas U, Pelinkovic D, Herr G, et al. Autologous chondrocyte implantation and osteochondral cylinder transplantation in cartilage repair of the knee joint. A prospective, comparative trial. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A(2): 185-92.
- ³⁵ EPAR ChondroCelect®. EMEA/H/C000878
<http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/ChondroCelect/H-878-en6.pdf>
- ³⁶ Kon E, Gobbi A, Filardo G, et al. Arthroscopic second-generation autologous chondrocyte implantation compared with microfracture for chondral lesions of the knee: prospective nonrandomized study at 5 years. *Am J Sports Med* 2009; 37(1): 33-41
- ³⁷ Brittberg M. Cell Carriers as the Next Generation of Cell Therapy for Cartilage Repair: A Review of the Matrix-Induced Autologous Chondrocyte Implantation Procedure. *Am J Sports Med* 2009; aheadofprint, Dec 4.
- ³⁸ Kon E, Verdonk P, Condello V, et al. Matrix-assisted autologous chondrocyte transplantation for the repair of cartilage defects of the knee: systematic clinical data review and study quality analysis. *Am J Sports Med* 2009; 37 Suppl 1, 156S-66S
- ³⁹ Nakamura N, Miyama T, Engebretsen L, et al. Cell-based therapy in articular cartilage lesions of the knee. *Arthroscopy* 2009; 25(5): 531-52
- ⁴⁰ Magnussen RA, Dunn WR, Carey JL, et al. Treatment of focal articular cartilage defects in the knee: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2008; 466(4): 952-62
- ⁴¹ Ruano-Ravina A and Jato Diaz M. Autologous chondrocyte implantation: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2006; 14(1): 47-51
- ⁴² Basad E, Ishaque B, Bachmann G, et al. Matrix-induced autologous chondrocyte implantation versus microfracture in the treatment of cartilage defects of the knee: a 2-year randomised study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2010 Jan 9
- ⁴³ Visna P, Pasa L, Cizmar I, et al. Treatment of deep cartilage defects of the knee using autologous chondrograft transplantation and by abrasive techniques--a randomized controlled study. *Acta Chir Belg* 2004; 104(6): 709-14.
- ⁴⁴ Horas U, Schnettler R, Pelinkovic D, et al. Knorpelknochen transplantation versus autogene Chondrocytentransplantation. Eine prospektive vergleichende klinische Studie. *Chirurg* 2000; 71(9): 1090-7.
- ⁴⁵ Bhosale AM, Kuiper JH, Johnson WE, et al. Midterm to long-term longitudinal outcome of autologous chondrocyte implantation in the knee joint: a multilevel analysis. *Am J Sports Med* 2009; 37 Suppl 1, 131S-8S.
- ⁴⁶ Peterson L, Minas T, Brittberg M et al. Two- to 9-Year Outcome After Autologous Chondrocyte Transplantation of the Knee. *Clinical Orthopaedics and related research* 2000; 374:212-34.
- ⁴⁷ Peterson L, Brittberg M, Kiviranta I, et al. Autologous chondrocyte transplantation. Biomechanics and long-term durability. *Am J Sports Med*. 2002 Jan-Feb;30(1):2-12
- ⁴⁸ Peterson L, Minas T, Brittberg M, et al. Treatment of osteochondritis dissecans of the knee with autologous chondrocyte transplantation: results at two to ten years. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A Suppl 2, 17-24.
- ⁴⁹ Peterson L, Vasiliadis H, Brittberg M et al. Autologous Chondrocyte implantation: a long-term follow-up. *Am J Sports Med* 2010; 38:1117-24.
- ⁵⁰ Moseley JB, Anderson AF, Browne JE et al. Long-Term Durability of Autologous Chondrocyte Implantation: a multicenter, observational study in US patients. *Am J Sports Med* 2010; 38(2): 238-46
- ⁵¹ Niemeyer P, Pestka JM, Kreuz PC, et al. Characteristic complications after autologous chondrocyte implantation for cartilage defects of the knee joint. *Am J Sports Med* 2008; 36(11): 2091-9

-
- ⁵² HAS. Autologous chondrocyte implantation in the knee joint. Saint-Denis La Plaine. 2005
- ⁵³ LBI. Autologous Chondrocyte Implantation. Systematic Review. Decision Support Document 34. 2009
- ⁵⁴ GBA. Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk. 2009. 3.
- ⁵⁵ AETNA. Autologous Chondrocyte Implantation. 2009.
- ⁵⁶ CIGNA. CIGNA MEDICAL COVERAGE POLICY. Autologous chondrocyte implantation. June 2009
- ⁵⁷ Gillogly SD, Myers TH, Reinold MM. Treatment of full-thickness chondral defects in the knee with autologous chondrocyte implantation. J Orthop Sports Phys Ther 2006;36(10):751-64
- ⁵⁸ Committee for Medicinal Products for Human Use van de EMEA (European Medicines Agency)
- ⁵⁹ European Medicines Agency. Assessment Report for ChondroCelect. EMEA/724428/2009
- ⁶⁰ Derrett S, Stokes EA, James M, et al. Cost and health status analysis after autologous chondrocyte implantation and mosaicplasty: a retrospective comparison. Int J Technol Assess Health Care 2005; 21(3): 359-67.
- ⁶¹ Minas T. Chondrocyte Implantation in the Repair of Chondral Lesions of the Knee: economics and Quality of Life. The American Journal of Orthopedics 1998; 27:739-44.
- ⁶² Lindahl A, Brittberg M, Peterson L. Health economics benefits following autologous chondrocyte transplantation for patients with focal chondral lesions of the knee. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2001 Nov;9(6):358-63. Epub 2001 Jun 29
- ⁶³ Jobanputra P, Parry D, Meads C, Burls A. Autologous chondrocyte transplantation for cartilage defects in the knee joint. West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, 2001; DPHE Report No. 20: 88
- ⁶⁴ Vavken P, Gruber M, Dorotka R. [Tissue engineering in orthopaedic surgery--clinical effectiveness and cost effectiveness of autologous chondrocyte transplantation]. Z Orthop Unfall. 2008 Jan-Feb;146(1):26-30. Review. German.

Standpunt

Casemanagement

<i>Volgnummer</i>	2010136155
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	drs. A.M. Hopman
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

Uit het Landelijk Dementie Programma blijkt dat veel regio's casemanagement als een belangrijk onderdeel van de zorg zien. De NZa en VWS hebben het CVZ gevraagd te beoordelen of casemanagement bij dementie behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ.

Omdat casemanagement ook bij andere aandoeningen een rol speelt, heeft het CVZ de duiding breder uitgevoerd dan alleen bij dementie.

Er is geen eenduidige definitie van casemanagement. De inhoud en het doel ervan varieert in de praktijk sterk. Dat geldt ook voor de vorm waarin het wordt aangeboden. Het CVZ heeft de elementen geïnventariseerd die als onderdeel van casemanagement voorkomen, en heeft daarvan beoordeeld of die tot de te verzekeren prestaties behoren. Van een aantal elementen is direct duidelijk of die tot de te verzekeren prestaties horen of niet.

Casefinding, bemoeizorg en zorgtoeleiding in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) zijn geen te verzekeren prestaties. Ook belangenbehartiging is geen verzekerde zorg voor zover die verder gaat dan het actief mobiliseren van de noodzakelijke zorg- en dienstverlening.

De feitelijke levering van zorg komt ten laste van het reguliere domein. Diagnostiek en behandeling in het kader van de Zvw is Zvw-zorg. AWBZ-zorg en diensten uit andere domeinen (wonen, welzijn) komen ten laste van het betreffende domein. De eigenlijke duiding in dit rapport gaat over de kern van casemanagement, namelijk zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie.

Casemanagement is meer dan de som der delen. De meerwaarde ligt in het integrale aanbod en het hebben van één aanspreekpunt voor de verzekerde. Van casemanagement als verzekerde zorg is alleen sprake, als het voldoet aan een aantal randvoorwaarden. De werkwijze, taakverdeling, communicatie en afstemming, onderlinge taakverdeling en dergelijke moeten zijn uitgewerkt. De bereikbaarheid en huisvesting moeten zijn geregeld. Er moet een ondersteunende infrastructuur zijn, de personele invulling en dergelijke moet zijn geregeld.

In een eerder rapport heeft het CVZ geoordeeld dat samenhangbevorderende elementen tot de verzekerde prestaties horen¹. De extra investeringen die nodig zijn horen dus tot de te verzekeren prestaties.

Het CVZ duidt eerst tot welke te verzekeren prestatie casemanagement hoort. Het gaat meestal om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het kan ook gaan om casemanagement in het kader van medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld bij chronische psychiatrie. Dan gaat het om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het kan dan ook gaan om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. In al deze gevallen gaat het om te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

Het CVZ is ook nagegaan of casemanagement voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een gedegen organisatie, met goede protocollen, indicatiecriteria en een door partijen gedragen geformaliseerde samenwerking is een voorwaarde voor effectief casemanagement. Er zijn aanwijzingen dat integralere vormen effectiever zijn dan alleen zorgcoördinatie.

De conclusie is dat het alleen onderdeel is van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw is, als aan die voorwaarden is voldaan.

Op grond van artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken is er geen aanspraak op de AWBZ als de zorg ten laste van de Zvw kan komen. Omdat casemanagement is te duiden als Zvw-zorg, behoort het op grond van dat artikel niet tot de AWBZ-aanspraken.

Een verzekerde is alleen aangewezen op casemanagement als eenvoudigere vormen van coördinatie tekortschieten. De indicatiecriteria moeten zijn vastgelegd in de prestatie die de verzekeraar inkoopt.

Het CVZ gaat tenslotte in op enkele praktische knelpunten. Casemanagement is in de praktijk alleen goed ontwikkeld bij psychiatrische zorg en dementie, en enkele niet- geneeskundige zorgvormen zoals jeugdzorg. In de eerstelijnszorg gaat het vooral om projecten die apart worden gefinancierd. Structurele bekostiging ontbreekt.

Casemanagement vereist extra investeringen en personele kosten. Ook is verder onderzoek nodig over de manier waarop het goed is vorm te geven.

¹ Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen, en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitgebracht aan de minister van VWS.

Verdere stimulering en investering in innovatie is nodig, en ook moet er een structurele bekostiging zijn, op grond waarvan partijen de nodige investeringen aandurven. Casemanagement komt niet vanzelf tot stand.

1. Inleiding

Uit het Landelijk Dementie Programma blijkt dat veel van de betrokken regio's een vorm van "casemanagement" als oplossing zien voor een aantal probleemvelden, zoals onduidelijkheid bij cliënten over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte, overbelasting van mantelzorgers en miscommunicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en cliënt². Uit een onderzoek naar de toekomst van de geriatrische zorg dat het CVZ in 2007 heeft laten doen door Regioplan³ kwam een zelfde conclusie.

WVS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht een prestatiebeschrijving voor casemanagement bij dementie vast te stellen en te tarifieren. De NZa heeft daarvoor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd of casemanagement tot een van de AWBZ-aanspraken behoort, en om welke functie het dan gaat. De activiteiten die de NZa in zijn brief noemt, zijn een uiteenlopende reeks activiteiten, waarin onvoldoende samenhang is te ontdekken om daarover een uitspraak te doen.

Casemanagement is geen zorgvorm die specifiek is voor dementie. Ook bij andere problematiek vindt casemanagement plaats. Daarom heeft het CVZ voor een bredere invalshoek gekozen. Het wil in dit rapport een algemene duiding geven of casemanagement tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of AWBZ behoort.

In dit rapport geeft het CVZ in Hoofdstuk 2 een kort overzicht van de achtergrond en ontwikkeling van casemanagement. In Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag wat in de praktijk zoal onder het begrip casemanagement wordt verstaan. In hoofdstuk 4 beschrijft het CVZ wat de kern van casemanagement is: het onderwerp van deze duiding. In Hoofdstuk 5 duidt het CVZ of casemanagement tot een te verzekeren prestatie is in het kader van de Zvw of AWBZ behoort. Het beoordeelt of deze zorg voldoet aan het criterium 'plegen te bieden' en het criterium van stand van de wetenschap en praktijk. Ook gaat het na wat te zeggen is over het criterium 'redelijkerwijs zijn aangewezen op'. Hoofdstuk 6 gaat over de uitvoeringsconsequenties, zoals de bekostiging en zorginkoop.

² Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.

³ Koning CC en Plochg-Holtman M, Geriatrische zorg, Regioplan Beleidsonderzoek, juli 2007

In de tekst verwijst het CVZ waar nodig naar de relevante regelgeving. Die is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 8. Hoofdstuk 9 geeft de gebruikte literatuur weer. Als bijlage is een overzicht van definities van casemanagement bijgevoegd.

2. Achtergrond en ontwikkeling

Casemanagement is aan het eind van de jaren zeventig in de Verenigde Staten ontstaan als een specifieke behandel- en begeleidingsvorm van chronisch psychiatrische patiënten. Deze ontwikkeling moet worden gezien tegen de achtergrond van de toenmalige dehospitalisatie die de overheid voorstond. Casemanagement werd gezien als substitutie voor het langdurig opnemen van patiënten.

Basisfuncties van dit casemanagement waren: systematische diagnostiek en inschatting van de zorgbehoeften, de vaststelling van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan, het regelen van de benodigde hulpverlening, het bewaken van de geleverde hulpverlening en de evaluatie daarvan en aangeven van het vervolg⁴.

Ook in Nederland zijn in het kielzog van de modernisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vormen van casemanagement ontstaan⁵. Maar ook in andere zorgvormen is sprake van een dergelijke ontwikkeling. Er zijn voorbeelden van casemanagement bij dementiezorg, zorg voor chronisch zieken, jeugdzorg, palliatieve zorg, verslaafdenzorg en allerlei andere zorgvormen.

De toename van de behoefte aan een dergelijke functie komt voort uit de volgende maatschappelijke ontwikkelingen:

- Extramuralisering van complexere zorg;
- Toename van chronische ziekten (vergrijzing);
- Een versnipperd zorgaanbod;
- Toename van de autonomie van verzekerden;
- Verminderde kracht van het eigen netwerk (mantelzorg).

De problemen van chronisch zieken hebben vaak niet alleen betrekking op de gezondheidszorg, maar ook op andere levensgebieden. Zeker als er sprake is van comorbiditeit. Het is dan onvermijdelijk dat verschillende instanties en hulpverleners samen moeten werken. De paradox is, dat naarmate het eigen regelvermogen van verzekerden afneemt, de noodzaak van coördinatie meestal toeneemt. De vraag is hoe een afgestemde zorgverlening is te organiseren, wie dat zou moeten doen, en hoe. En niet in de laatste plaats wie dat betaalt.

⁴ van der Velden en Hassing, Casemanagement: een functionele organisatievorm van de zorg voor de chronische patiënt, Tijdschrift voor Psychiatrie 35 (1993) 7:

⁵ Wolf J. cs Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, GGZ-N, J. juli 2002

3. Het begrip casemanagement

3.a. Definities

Casemanagement is geen duidelijk gedefinieerd begrip. Uit een literatuursearch die het CVZ heeft uitgevoerd, komt een veelheid aan definities naar voren. In verschillende settingen heeft het verschillende betekenissen. In Bijlage 1 zijn een aantal (maar niet alle) definities verzameld.

De definities zijn heel divers, en hebben verschillende invalshoeken:

- Organisatie;
- Proces;
- cliëntbelang (focus op persoonlijke omstandigheden, totaalbeeld);
- inhoud.

Allereerst kan casemanagement worden gezien als een vorm van organisatieontwikkeling om versplintering in het zorgaanbod tegen te gaan. In andere definities staat de beheersing van het (keten)proces voorop (Atosorigin). In veel definities komt bevordering van de autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt als specifieke doelstelling naar voren.

Vaak staat bij de definitie de inhoud van het casemanagement voorop. In het rapport Casemanagement bij Dementie⁶ zijn de basiskennmerken als volgt samengevat;

- zorgdiagnostiek;
- planning, opstellen individueel zorgplan;
- uitvoering en coördinatie van het zorgplan;
- monitoring en evaluatie van de uitvoering, eventueel bijstellen zorgplan;
- belangenbehartiging.

In sommige definities staan ook casefinding (het opsporen van patiënten) en bemoeizorg als functies van casemanagement genoemd.

3.b. Vormen van casemanagement

Casemanagement wordt op veel verschillende manieren vormgegeven en aangeboden. De uitwerking en vormgeving in de praktijk is afhankelijk van de doelgroep en bestaande lokale structuren. Toch is het mogelijk die verschillende vormen te rubriceren.

⁶ Casemanagement bij dementie, 26 september 2006, Radboud Universiteit Nijmegen, Suzanne A. Ligthart.

Mueser e.a. (1998)⁷ onderscheiden de volgende (vooral in de psychiatrie ontwikkelde) modellen:

- het makelaarsmodel (zorgcoördinator). Dit model is bedoeld om verbindingen te leggen tussen zorgverleners onderling en cliënten;
- clinical case management (cliëntmentorschap). In dit model verleent de casemanager zelf ook hulp;
- assertive community treatment (betreft outreachend werkende teams). Dit model is ontwikkeld voor complexe problemen; het overstijgt de reikwijdte van eerdere modellen en gaat uit van multidisciplinaire teams. In de praktijk bestaan er flinke verschillen in de uitwerking als gevolg van aanpassing aan de lokale situatie en de karakteristieken van de cliënten;
- intensive case management (bemoeizorg). Dit model is bedoeld voor cliënten met een hoge zorgconsumptie; er wordt uitgegaan van een lage caseload bij de hulpverleners, assertive outreach en dienstverlening in de directe omgeving van de cliënt;
- strength model. In dit model ligt de focus op individuele potenties in plaats op pathologie; de cliënt bepaalt zelf in welke richting de samenwerking zich ontwikkelt; de sociale omgeving wordt gezien als een bron van steun; contacten met de hulpverlener vinden plaats buiten de kantoren van de zorginstelling;
- het rehabilitatiemodel. Dit model komt overeen met het strength model doordat het de uitgesproken behoeften en doelen van de cliënt boven die van het zorgsysteem stelt; in dit model ligt het accent op het leren van sociale vaardigheden opdat de cliënt zich maatschappelijk kan integreren.

Ook andere indelingen van modellen komen voor, zoals die van Banks⁸:

- intensive case management model. In dit model worden diensten voor cliënten met complexe problematiek gecoördineerd. De juiste zorg wordt langdurig gecoördineerd en bijgesteld, naar behoeften van de cliënt. Het casemanagement wordt aangeboden vanuit één organisatie of samenwerkingsverband;

⁷ De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Praecox, nr 34, december 2002, J. van der Stel.

⁸ Banks P Casemanagement. In: Nies, H, Berman PC (Ed.). Integrating services for older people- a resource book for managers. EHMA 2004; 101-112. Bron: Suzanne A. Ligthart, Casemanagement bij dementie; Radboud Universiteit Nijmegen, 2006.

- shared core task model. Er is geen echte casemanager aan te wijzen in dit model, maar er zijn organisatorische procedures die ervoor moeten zorgen dat de zorg goed uitgevoerd wordt. Dit kan door meer dan één persoon gedaan worden. Dit model wordt minder geschikt gevonden voor cliënten met complexe behoeften;
- joint agency model. Hier wordt het casemanagement ondersteund door een multidisciplinair team, met hulpverleners van verschillende organisaties. Een van hen is de casemanager of sleutelfiguur;
- brokerage model. In dit model worden casemanagers geleverd door een onafhankelijke organisatie, van waaruit zij zorg bemiddelen. Deze casemanagers hebben minder voeling met de doelgroep en diensten op zich en hebben minder invloed op hulpverlenende organisaties. Zij voorzien de cliënt hoofdzakelijk van advies en informatie;
- case management agency model. Een casemanagement bureau contracteert diensten die de cliënt aanvraagt. Het bureau beperkt de kosten door selectief contracten aan te gaan met zorgaanbieders.

3.c. Voorbeelden

Ter illustratie beschrijft het CVZ hieronder enkele voorbeelden uit de Nederlandse praktijk.

3.c.1. DOC-teams van Geriant

Geriant werkt met een model, dat in Nederland gezien wordt als een best-practice bij dementiezorg⁹. Er zijn zogenaamde DOC-teams (Dementie Onderzoek en Casemanagementteams) in het leven geroepen, die de zorg leveren. Geriant typeert de werkwijze als "clinical casemanagement". Praktische zorg en persoonlijke begeleiding gaan hand in hand. Het DOC-team en het casemanagement richten zich niet alleen op de patiënt, maar ook op zijn directe omgeving. Er is uitdrukkelijk aandacht voor comorbiditeit. Daarom zitten in het DOC team ook een psychiater, gz-psycholoog en specialist ouderengeneeskunde.

Het uitgangspunt bij de zorg is de patiënt en zijn omgeving zo zelfredzaam mogelijk te houden (empowerment), in plaats van de zorg en hulp over te nemen.

⁹ www.ggz-nhn.nl

Geriant heeft ketenafspraken gemaakt met andere aanbieders in de regio. Het DOC-team kan zo ook andere deskundigheden en diensten inroepen¹⁰.

3.c.2. Casemanagement bij palliatieve zorg bij kinderen

Het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam heeft in de regio Rotterdam een coördinerende rol in de palliatieve zorg voor kinderen. Twee verpleegkundig consultants hebben de rol van casemanager. Zij worden binnen het ziekenhuis betrokken bij het multidisciplinaire overleg, en regelen de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Incidenteel wordt een huisbezoek afgelegd. Ouders kunnen de casemanager bellen als ze vragen hebben of als het contact met hulpverleners niet goed verloopt¹¹.

3.c.3. BinG: Bemoeizorg in Groningen¹²

De werkwijze van BinG berust op ACT, Assertive Community Treatment. Dit is een vorm van bemoeizorg en casemanagement die psychiatrische zorg, verslavingszorg, praktische hulp, woonondersteuning en maatschappelijke hulp met elkaar combineert op plaatsen waar de cliënt zich bevindt.

BinG is bedoeld voor cliënten met langdurige verslavings- en psychiatrische problemen die daarvan op verschillende levensgebieden problemen ondervinden. Deze zogenaamde Dubbel Diagnose cliënten zijn zeer moeilijk in zorg te krijgen of te houden. Er is voor hen geen passend aanbod binnen een van de reguliere instellingen en de cliënten vallen voortdurend tussen wal en schip.

Binnen het ACT model is vooral van belang om een relatie met de cliënt aan te gaan en in stand te houden, met als uiteindelijk doel om een stabiel leven van voldoende kwaliteit te leiden in de maatschappij (rehabilitatie naast bemoeizorg). Het gaat om een integrale vorm van hulpverlening, waarbij BinG een bijdrage levert aan vroeghulp, verdere diagnostiek, indicatiestelling en verdere behandeling/begeleiding. Het ACT model wordt gekenmerkt door intensieve zorg. De uitvoering van de behandeling ligt in handen van het gehele ACT team. Er wordt hulp geboden op alle levensgebieden. De begeleiding zal zoveel mogelijk bij de cliënt thuis, op straat, of bij de dagopvang plaatsvinden. Ook wordt gebruik gemaakt van andere betrokken instellingen.

¹⁰ Zie ook <http://www.tplz.nl/duurzaambeeter/11/2/get.aspx>

¹¹ Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen, een exploratieve studie; Huizinga, UMCG, februari 2009.

¹² Bron: <http://www.vnn.nl/index.cfm?pid=340>

Een ACT team bestaat uit verschillende deskundigheden, waardoor een integrale vorm van hulpverlening gerealiseerd kan worden. In het team BinG werken een psychiater, een verslavingsarts, een nurse practitioner, verpleegkundigen, een SPV'er en woon/traject- begeleiders nauw met elkaar samen.

3.c.4. Wijkteams GGZ Noord-Holland-Noord

GGZ Noord-Holland- Noord zet sterk in op extramuralisering van de zorg voor chronische psychiatrische cliënten. De organisatie is daarop ingericht.

Wijkteams coördineren de hulpverlening en bieden behandeling en begeleiding aan de cliënten die wonen in hun zorggebied. Dit wijkgericht werken zorgt ervoor dat ook mensen die langdurig behandeling nodig hebben, kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven. De instelling biedt hierbij ondersteuning en begeleiding.

Ieder wijkteam beschikt over een psychiater, een psycholoog, één of meer sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een IPS (arbeidsbegeleiding) en een ervaringsdeskundige die zorgen voor de behandeling.

Iedere cliënt heeft een vast aanspreekpunt binnen een wijkteam: een casemanager of persoonlijke begeleider. Casemanagers zijn er vooral voor cliënten die zelfstandig wonen, persoonlijk begeleiders voor cliënten op afdelingen. Zij coördineren de behandeling rondom de cliënt en bieden ondersteuning op verschillende vlakken zoals wonen en dagbesteding. Een wijkteam kan een compleet behandelpakket aanbieden afgestemd op elke afzonderlijke cliënt.

In periodes dat het minder goed gaat kan intensieve hulp en behandeling worden geboden. Dit kan betekenen dat een cliënt tijdelijk meer contact heeft met de leden van het wijkteam. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de FACT-methodiek. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Dit houdt in dat er, indien noodzakelijk, meer zorg geboden kan worden. Meerdere leden van het wijkteam kunnen dan bij een cliënt thuis langskomen.

3.d. Casemanagement als zorgvorm

Afhankelijk van de gekozen werkvorm (model), het doel dat men nastreeft en de doelgroep, maken meer of minder activiteiten deel uit van het casemanagement. Hieronder inventariseert het CVZ heel breed de activiteiten die in de verschillende modellen plaats kunnen vinden.

Het gaat om de volgende activiteiten:

- Casefinding;
- Bemoeizorg;
- Zorgtoeleiding;
- Diagnostiek en behandeling;
- Zorgdiagnostiek;
- Coördinatie;
- Zorgmakelaar;
- Uitvoering van het zorgbehandelplan;
- Dienstverlening;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;
- Belangenbehartiging.

Het zou de functie casemanagement tekort doen het daarbij te laten. De meerwaarde van casemanagement is juist gelegen in het feit dat de verzekerde die elementen als integraal pakket krijgt aangeboden, met één aanspreekpunt, alsof de zorg- en dienstverlening vanuit één organisatie plaatsvindt. Juist in de (pro)actieve opstelling van de casemanager, en in de integrale aanpak, ligt de meerwaarde.

Casemanagement is meer dan de som der delen. Verschillende organisatorische elementen spelen een belangrijke rol. Daarbij valt te denken aan het ontwikkelen van organisatiestructuren, waaronder structurele afstemming tussen betrokken organisaties en instanties, het ontwikkelen van protocollen, bevoegdheids- en taakverdeling, informatiesystemen en dossiervorming, multidisciplinair overleg etc.

Er is geen sprake van één beste manier van casemanagement. Casemanagement is altijd een mix van een aantal van de hiervoor genoemde elementen. Welke elementen zijn samengebracht, wie de uitvoerder is, en hoe de functie is ingebed in de zorgstructuur hangt af van de doelgroep, bestaande ondersteuningsstructuren en de lokale zorginfrastructuur.

3.e. Inperken van de duiding

Het doel van dit rapport is na te gaan in hoeverre de elementen van casemanagement behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw en/of AWBZ. Van een aantal elementen is dat op voorhand duidelijk. Op die elementen gaat het CVZ hieronder eerst in. In het volgende hoofdstuk behandelt het de overige elementen, die de kern van deze duiding vormen.

3.e.1. Casefinding, bemoeizorg en zorgtoeleiding

Om van casemanagement te spreken, moet er eerst sprake zijn van een "case". Er moet een diagnose zijn gesteld, en een behandelplan zijn opgesteld.

Casefinding in de zin van het outreachend opsporen en contact zoeken met dak- en thuislozen met (mogelijke) psychiatrische en verslavingsproblematiek behoort niet tot het domein van de wettelijke zorgverzekeringen.

De openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder het "bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen", en collectief verslavingsbeleid zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) taken van de gemeente¹³.

De verzekerde moet de zorg vervolgens ook willen ontvangen. Het ongevraagd bieden van zorg past niet in een verzekeringsstelsel¹⁴. Het gaat dan niet om zorg die is verzekerd in de Zvw of AWBZ. Bemoeizorg in de zin van ongevraagde zorg, is ook onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg, en onderdeel van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten¹⁵.

Zorgtoeleiding is het zorgen voor een snelle toeleiding naar hulp, met een vlotte indicatiestelling en een soepele 'routing' voor plaatsing en overdracht.

Ook deze term komt vooral voor in de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het gaat er dan om de persoon in kwestie te motiveren en open te laten staan voor formele zorg. Zolang deze persoon geen formele zorg wil ontvangen, is zorgtoeleiding onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg, en dus een gemeentelijke taak¹⁶.

¹³ Wet maatschappelijke ondersteuning, artikel 1, lid 1, onderdelen e en f.

¹⁴ Op dit uitgangspunt kan alleen op grond van een wettelijke bepaling worden afgeweken, zoals bij forensische zorg en de Wet BOPZ.

¹⁵ Artikel 1 lid 1 onderdelen e en f Wet maatschappelijke ondersteuning.

¹⁶ Artikel 1 lid 1 onderdelen e en f Wet maatschappelijke ondersteuning.

Casefinding kent ook een andere definitie: het zoeken door de hulpverlener of arts naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij mensen die om andere redenen een hulpverlener of arts bezoeken; het doel is vroegtijdig kunnen behandelen of erger voorkomen¹⁷. Die vorm van casefinding is onderdeel van de reguliere zorg. Een goed hulpverlener signaleert mogelijke problemen en wijst de verzekerde daarop.

Het gaat bijvoorbeeld om het signaleren van hoge bloeddruk of overgewicht bij iemand die voor een kalknagel bij de huisarts komt. Of het constateren van overbelasting en dreigende ontsparing van het informele hulpsysteem door de verzorgende die bij een dementerende persoonlijke verzorging levert.

Casefinding kan ook structurele vormen aannemen. Zo kan de huisarts op grond van een risicoanalyse patiënten actief benaderen voor een screening. Op verschillende plaatsen in het land gebeurt dat al.

Zorgtoeleiding kan ook slaan op de organisatie van de ketenzorg: een adequaat proces van doorverwijzen en regelen van zorg nadat een probleem is gesignaleerd. Dat is onderdeel van het reguliere zorgproces van iedere aanbieder, en is een vorm van reguliere overhead.

3.e.2. Diagnostiek en behandeling

Medische diagnostiek en behandeling zijn verzekerd in de Zvw voor zover het valt onder zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plagen te bieden¹⁸. Ook paramedische zorg is geregeld in de Zvw.

Behandeling is ook verzekerde zorg in het kader van de AWBZ¹⁹. Het gaat om specifieke behandeling gericht op de doelgroepen binnen de AWBZ. Die (specifieke) doelgroepen worden getypeerd door de zogenoemde grondslagen.

Het gaat in de AWBZ niet om de primaire diagnostiek en behandeling. Behandeling in de AWBZ omvat²⁰:

- Consultatie aan andere hulpverleners
- Medebehandeling
- Functionele diagnostiek
- Kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag
- Continue, Systematische, Langdurige en

¹⁷ <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/cas>

¹⁸ Artikel 2.4. Besluit zorgverzekering

¹⁹ Artikel 8 Besluit zorgaanpak AWBZ

²⁰ AWBZ-Kompas College voor zorgverzekeringen.

<http://www.cvz.nl/zorgpakket/awbz-kompas/behandeling/behandeling.html>

Multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg).

3.e.3. Uitvoering van het zorgbehandelplan

Afhankelijk van het ziektebeeld en van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde kan het zorgbehandelplan verschillende levensterreinen betreffen, en kan het heel verschillende zorgvormen en vormen van dienstverlening omvatten.

Een van de kernfuncties van het casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat.

Het feit dat bepaalde zorg of een bepaalde dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst zelf meteen onder de Zvw of AWBZ valt.

Schuldsanering en hulp bij het zoeken van werk of passende activiteiten zijn bijvoorbeeld geen verzekerde zorg, net zomin als maatschappelijke participatie. De casemanager brengt de domeinen bij elkaar en zorgt voor afstemming, maar de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de zorg en diensten zelf blijft zoals die wettelijk is bepaald.

3.e.4. Dienstverlening

Dienstverlening kan allerlei zaken betreffen.

Van boodschappendienst tot boekhouding. Tot welk domein een bepaalde dienst behoort, en of die dienst ten laste van een collectieve voorziening kan komen, hangt af van de aard van de dienst.

3.e.5. Zorgmakelaar

De term zorgmakelaar heeft verschillende betekenissen.

Vaak wordt die term gebruikt als degene die de verschillende zorgvormen coördineert, zoals in de indeling van Mueser (paragraaf 3b). Het gaat dan puur om de coördinatie van zorg. Het CVZ vat dat niet onder het begrip zorgmakelaar, maar onder het begrip zorgcoördinatie. In het volgende hoofdstuk gaat het CVZ hier verder op in.

In het brokerage-model van Banks (paragraaf 3b) staat de zorgcoördinator op afstand van de zorgverleners. Zolang dat niet meer is dan een organisatorische invulling van de zorgcoördinatie maakt dat geen verschil. Het blijft ook dan gaan om zorgcoördinatie.

Het casemanagement agency model (Banks, paragraaf 3b), is een heel andere invulling van het begrip zorgmakelaar. Het gaat in dat model om een zorginkoopfunctie. Dat is geen zorg die is verzekerd in de wettelijke zorgverzekeringen, omdat die leveren in natura of alleen de kosten van de zorg zelf restitueert (Zvw). Zorginkoop is de taak van de zorgverzekeraar.

3.e.6. Belangenbehartiging

In verschillende modellen wordt belangenbehartiging genoemd als onderdeel van het casemanagement.

In het algemeen is belangenbehartiging niet verzekerd in het kader van de Zvw of de AWBZ. Het organiseren van de nodige zorg kan inhouden dat de noodzaak van interventies wordt aangekaart bij de bij de zorgsituatie betrokken instellingen, en dat daarover overleg plaatsvindt. Bijvoorbeeld over huisvesting, arbeidstoeleiding en dergelijke. Dat valt nog onder de term zorgcoördinatie. Verdergaande bemoeienis om zaken buiten de zorgverlening te realiseren, is echter geen onderdeel van de te verzekeren prestaties van de Zvw of AWBZ.

4. Kern van casemanagement

Uit de definities die in de literatuur zijn gevonden, blijkt dat de kern van casemanagement bestaat uit:

- Zorgdiagnostiek;
- Coördinatie;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;

Het gaat echter niet alleen om het uitvoeren van activiteiten. De organisatorische aspecten van casemanagement blijken van groot belang.

In dit hoofdstuk gaat het CVZ eerst verder op de afzonderlijke onderdelen van casemanagement in.

4.a. Zorgdiagnostiek

Zorgdiagnostiek is het onderzoeken en vaststellen van de problemen van de verzekerde op verschillende levensterreinen, de mogelijkheden en belastbaarheid van het informele systeem, en andere oplossingen. De zorgdiagnostiek mondt uit in een zorgbehandelplan, waarin de te behalen doelen, de middelen en maatregelen die daarvoor nodig zijn, en de manier waarop de doelen zijn te bereiken.

Zorgdiagnostiek richt zich niet alleen op de medische problematiek, maar op het functioneren van de verzekerde in zijn totaliteit.

4.b. Coördinatie

Bij de uitvoering van het zorgbehandelplan is coördinatie van belang, als het nodig is dat de verzekerde de zorg in samenhang ontvangt. Daarvoor is lang niet altijd een opgetuigd systeem van casemanagement nodig.

Van elke hulpverlener mag worden verwacht dat die verantwoorde zorg levert. Dat houdt in dat elke zorgverlener de nodige inspanning levert om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, maar ook deelname aan cliëntgericht overleg, als dat nodig is. Dat maakt integraal onderdeel uit van de reguliere zorg. Van aanbieders van zorg- en diensten uit andere domeinen mag eenzelfde inspanning worden gevraagd. Die inspanning komt dan niet ten laste van de Zvw of AWBZ, maar van het betreffende domein.

Als voorbeeld een verzekerde die verpleging en verzorging in het kader van de AWBZ ontvangt, en enkele keren per week naar de dagverzorging van de gemeente gaat. Uiteraard moet er onderlinge afstemming plaatsvinden wanneer welke zorgverlener aanwezig is, wie welke taken uitvoert, en moeten hulpverleners elkaar informeren over de voortgang. Dat is integraal onderdeel van verantwoorde zorg. In dit soort situaties gaat het niet om casemanagement.

Als een breed overleg nodig is waarbij de woningbouwcorporatie, maatschappelijk werk en de wijkverpleegkundige aanwezig zijn, komt de inspanning van elke deelnemer ten laste van hun eigen organisatie. Deelname aan het overleg is gewoon onderdeel van hun werk.

Coördinatie kan ook een verdergaande inhoud hebben. In complexere en instabieler situaties kan het nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren. Daarbij neemt één partij of functionaris het voortouw, en is eerste aanspreekpunt voor de verzekerde. Als dat nodig is, benadert die andere hulpverleners, regelt actief de onderlinge afstemming (organiseren van overleg, plannen van de zorgverlening en dergelijke). Naast het vrijwel continu monitoren, plannen en bijsturen van de zorg, kan ook een periodieke evaluatie nodig zijn, aan de hand waarvan het (behandel)zorgplan wordt bijgesteld. Het gaat vooral om intensievere zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld, en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden (monitoring).

Het gaat bijvoorbeeld om chronisch psychiatrische patiënten die thuis wonen, onvoldoende zelfredzaam zijn en soms terugvallen. Een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige bezoekt de verzekerde regelmatig, en past (in overleg met de behandelaar) zonodig het zorgplan aan. Daarbij kan het ook zijn dat de SPV-er contact opneemt met andere hulpverleners of instanties en hen zonodig inschakelt bij de zorgverlening.

Van casemanagement is alleen sprake als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel onderling overleg, tekortschieten, en een (pro)actieve benadering nodig is.

4.c. Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan

In dergelijke complexere gevallen kan het ook nodig zijn de situatie actief te monitoren, en te evalueren. Actieve monitoring houdt in dat de casemanager de situatie niet alleen in het oog houdt, maar ook intervenueert als dat nodig is, of in ieder geval de passende interventie in gang zet. Het gaat feitelijk om periodiek herhaalde zorgdiagnostiek. Net als de primair uitgevoerde zorgdiagnostiek valt dit onder het zorgdomein. Daarbij geldt hetzelfde als bij coördinatie. Zolang eenvoudige manieren van onderlinge afstemming volstaan, is geen sprake van casemanagement.

Van elk van de betrokken hulpverleners mag worden verwacht dat ze alert zijn op wijzigingen in de situatie en op complicaties en dat signaleren. Ze moeten ook de nodige inspanning leveren om hun zorg- en dienstverlening op elkaar af te stemmen en te zorgen voor adequate informatievoorziening tussen de verschillende hulpverleners. Dat is onderdeel van hun zorg. In complexe en instabiele situaties kan dit onvoldoende zijn, en is de inzet van een casemanager nodig.

4.d. Organisatie van casemanagement

Casemanagement is niet mogelijk zonder een aantal organisatorische randvoorwaarden. De werkwijze, taakverdeling, communicatie en afstemming, onderlinge taakverdeling en dergelijke moeten zijn uitgewerkt. De bereikbaarheid en huisvesting moeten zijn geregeld. Er moet een ondersteunende infrastructuur zijn. Enzovoort.

Zonder een goede organisatorische inbedding in de (eerstelijns) zorg, en duidelijke ketenafspraken is casemanagement niet goed uit te voeren.

5. Duiding te verzekeren prestatie

In de literatuur is een veelheid aan definities te vinden. In deze duiding verstaat het CVZ onder casemanagement het volgende:

- het functioneren als eerste aanspreekpunt voor de verzekerde;
- het uitvoeren van zorgdiagnostiek (multiprobleemanalyse) en het opstellen van een zorgbehandelplan;
- monitoring, evaluatie en bijstellen van het zorgbehandelplan;
- de (pro)actieve organisatie van de samenhang en afstemming;
- het in stand houden van de organisatorische aspecten van casemanagement, zoals procedures en protocollen, ketenafspraken, communicatie en dergelijke.

Voor die duiding van deze zorg is artikel 2 lid 1 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) belangrijk. Dat artikel bepaalt dat er geen aanspraak op AWBZ-zorg bestaat, als die zorg op grond van een andere wettelijke regeling of van de Zvw kan worden bekostigd. Daarom gaat het CVZ eerst na of de zorg ten laste van de Zvw kan komen. Als dat zo is, komt de zorg niet ten laste van de AWBZ.

Als casemanagement ten laste van de Zvw komt, kan het gaan om:

- geneeskundige zorg zoals die is beschreven in artikel 2.4. Bzv: zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden zo;
- verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Die verpleegkundige zorg is in de Zvw beperkt tot de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;

Het eerste criterium dat het CVZ hanteert om te beoordelen of het gaat om zorg die tot een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw behoort, is het criterium 'plegen te bieden'. In paragraaf 5.a. toetst het CVZ of casemanagement aan dat criterium voldoet.

De zorg en diensten die ten laste van de Zvw worden geboden, moeten ook voldoen aan het criterium van stand van de wetenschap en praktijk²¹. Dat houdt in dat voldoende vast moet staan dat de zorg effectief is²². Dat toetst het CVZ in paragraaf 5.b.

Op grond van artikel 2.1. lid 3 van het Besluit zorgverzekering heeft de verzekerde alleen recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Casemanagement is niet de oplossing voor alle problemen. In paragraaf 5.c. gaat het CVZ daar verder op in.

5.a. Criterium plegen te bieden

5.a.1. Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsgerelateerde problematiek. Zijn rol is in het KNMG-Standpunt over ouderenzorg²³ uitgewerkt. Het maken van een multi-domein-probleemanalyse, het opstellen van een zorgbehandelplan en het zonodig instellen van trajectbegeleiding horen tot zijn taak.

Het KNMG-standpunt over geneeskundige zorg voor kwetsbare ouderen²⁴ maakt een onderscheid tussen het opstellen van een multidomeinprobleemanalyse en het op grond daarvan een zorgbehandelplan maken, en het 'instellen van trajectbegeleiding'. Het is onduidelijk in hoeverre de KNMG het casemanagement ziet als onderdeel van de huisartsgeneeskunde. De huisarts zal hier volgens de KNMG vooral een regisseursfunctie vervullen. De uitvoering van de 'trajectbegeleiding' laat hij veelal over aan een verpleegkundige of een andere discipline.

Maakt die uitvoering onderdeel uit van de huisartsenzorg?

Het standpunt over huisartsgeneeskunde voor ouderen²⁵ dat het NHG op 31 mei 2007 heeft ingenomen geeft daarop antwoord. In het standpunt staat een aantal passages die belangrijk zijn voor de interpretatie van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

²¹ Artikel 2.1. onderdeel 2 Besluit zorgverzekering

²² Zie voor de benadering die het CVZ voor dit criterium kiest het Rapport "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, CVZ, 5 november 2007, publicatienummer 254.
http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0711+stand+wetenschap+en+praktijk.pdf

²³ Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, Standpunt van de KNMG, 25 maart 2010.

²⁴ Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG-standpunt, vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 25 maart 2010

²⁵ Huisartsgeneeskunde voor ouderen 'Er komt steeds meer bij...', Nederlands Huisartsen Genootschap, vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 31 mei 2007

Een uitgangspunt is:

'De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en dient daarom gegeven te worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht een regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen, en andere hulpverleners. De huisarts houdt die regie (op de achtergrond) ook wanneer hij de patiënt in een fase overdraagt voor intensieve zorg in het ziekenhuis of wanneer een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een verpleegkundige) de zorgcoördinatie op zich neemt.'

Over samenwerking binnen samenhangende zorg geeft het standpunt de volgende aanbevelingen:

- *'De huisarts biedt samen met verpleegkundigen en verzorgenden een samenhangend zorgaanbod van cure en care thuis en in het verzorgingshuis, gebaseerd op het medisch behandelplan en een gezamenlijk gedragen zorgplan.*
- *De huisarts bepaalt de aan de praktijkverpleegkundige te delegeren taken.*
- *De huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over toepassing van nieuwe manieren van monitoring van zorg (zorg op afstand, telemonitoring).*
- *Bij sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefvendheid werkt de huisarts samen met het algemeen maatschappelijk werk, de wijkzorg, mantelzorg en vrijwilligers.*
- *De huisarts werkt bij ouderen met voedingsproblemen nauw samen met de diëtiste.'*

Ten aanzien van de huisartsenvoorziening (de huisartsenpraktijk) beveelt het standpunt het volgende aan:

'Wanneer er regionaal geen goede samenwerking is tussen de huisartsen en zelfstandig werkende thuiszorgorganisaties, dienen de huisartsen dat vanuit hun medisch-inhoudelijke regierol aan te kaarten en te pogen bij te sturen. De huisartsvoorziening/-groep kan ook zelf verpleegkundige zorg aanbieden door (wijk)verpleegkundigen en anderen (SPV-er, etc.) in dienst te nemen.'

Onder het thema ‘maatschappelijk handelen’:

‘De huisartsenvoorziening brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het praktijkgebied in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in het gebied actief zijn en maakt, zo mogelijk samen met hen, een plan van aanpak voor de opzet en uitvoering van beleid voor ouderen.

Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het – binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg- versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).’

Het NHG ziet de huisarts als de spil in de zorg voor ouderen met complexe problematiek. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de zorg houdt niet op bij de puur medische aspecten, maar omvat ook aanpalende problematiek. Zijn regierol is ook gericht op de onderlinge afstemming van andere hulpverleners. Daarbij betreft hij ook sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefte. De huisarts onderneemt actief stappen om de samenwerking met andere hulpverleners te verbeteren²⁶, waarbij zijn betrokkenheid zich ook uitstrekt tot het maatschappelijk domein.

Gezien deze centrale rol van huisartsen in de eerstelijnszorg is casemanagement bij gezondheidsgerelateerde problematiek onderdeel van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In ieder geval voor de ouderen met complexe zorg. Het CVZ ziet niet in dat dit voor andere groepen met medisch gerelateerde problematiek anders zou zijn. Het is logisch dat de beroepsgroep primair inzet op de zorg aan ouderen, omdat daar de problematiek nu eenmaal het meest manifest is.

Uit het standpunt komt ook duidelijk naar voren dat de huisarts het casemanagement niet persé zelf uitvoert. Hij vervult de regiefunctie en delegeert het feitelijke casemanagement zoveel mogelijk aan (praktijk- of wijk-) verpleegkundigen. Of aan casemanagers met een specifieke opleiding. Dat is een vorm van taakherschikking die vanuit het oogpunt van doelmatigheid heel wenselijk is. Ondanks dat de huisarts die taken delegeert, blijven die onderdeel van de te verzekeren prestatie ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Dat is inherent aan de functiegerichte benadering in de Zvw.

In paragraaf 5.d. gaat het CVZ in op de grenzen van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en de afbakening met andere domeinen.

²⁶ Die verantwoordelijkheid spreekt sterk uit de suggestie dat de huisartsenvoorziening desnoods zelf in de verpleegkundige zorg kan voorzien.

5.a.2. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden

Uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige²⁷ blijkt dat onder andere het vaststellen en plannen van de benodigde zorg, het observeren en signaleren, begeleiden en coördineren tot de taakgebieden van de verpleegkundige horen. Ook het evalueren van het zorgproces valt onder het verpleegkundig domein. Er is dus een overlap tussen de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In de praktijk zal de mate waarin medische aspecten een rol spelen, danwel care-activiteiten van belang zijn, bepalend zijn voor de mate waarin de huisarts deze zorg zelf biedt, of dat hij dat overlaat aan de verpleegkundige.

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden is in de Zw alleen een op zichzelf staande te verzekeren prestatie voor zover het gaat om verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, uitgezonderd palliatief-terminale zorg en thuisbeademing.

Het gaat vaak om vormen van "ziekenhuisverplaatste zorg", waarbij de medisch specialist de medische eind-verantwoordelijkheid houdt. Bijvoorbeeld bij het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam (zie paragraaf 3c).

5.a.3. Zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden

Casemanagement kan ook zorg zijn zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij chronisch psychiatrische zorg die thuis wordt geboden onder directe aansturing door een psychiater.

Overigens wordt het casemanagement bij psychiatrische zorg vaak door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige geboden of een specifiek daarvoor opgeleide casemanager. De zorg valt dan onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg'. Ook dan gaat het om Zw-zorg.

5.a.4. AWBZ-zorg

Hierboven is vastgesteld dat casemanagement onderdeel is van de te verzekeren prestaties van artikel 2.4 en 2.11 Bzv. Op grond van artikel 2 lid 1 Bza is er dan geen aanspraak op AWBZ-zorg. Dat betekent echter niet dat in de AWBZ geen enkele vorm van coördinatie plaatsvindt.

²⁷ Leistra E ea, Beroepsprofiel van de verpleegkundige, Elsevier Gezondheidszorg/LEVV, 1999

Maar niet in alle gevallen waarbij onderlinge afstemming nodig is, is er sprake van casemanagement. Casemanagement veronderstelt een gestructureerd samenwerkingsverband. De dagelijkse afstemming van zorg is onderdeel van de reguliere zorg van iedere afzonderlijke hulpverlener. Zolang met onderlinge afstemming een stabiele situatie is te realiseren, is er dan ook geen sprake van casemanagement, maar van normale samenwerking tussen hulpverleners. Daartoe hoort onderlinge afstemming en informatievoorziening. Ook het incidenteel invoeren van andere hulpverleners hoort daartoe.

Verpleging

De functie verpleging in de AWBZ is in de beleidsregels voor de indicatiestelling vooral instrumenteel uitgewerkt in concrete (technisch)verpleegkundige handelingen²⁸. Casemanagement maakt daar geen deel van uit.

Binnen een thuiszorgteam heeft een verpleegkundige vaak een coachende rol en zorgt zij voor de onderlinge afstemming. Dit is een overheadtaak in het kader van kwaliteitsbewaking van de instelling.

Begeleiding

De AWBZ-functie Begeleiding is gericht op de zelfredzaamheid van verzekerden door het bieden van toezicht, structuur, en ondersteuning bij praktische handelingen. Uiteraard kan van de begeleider worden verwacht dat die de verzekerde op tijd naar zorgverleners, bijvoorbeeld de huisarts stuurt, en zonodig met andere hulpverleners afstemt. Maar in essentie is de begeleiding face-to face zorgverlening. Bij casemanagement is de structurele afstemming tussen verschillende disciplines een essentieel kenmerk.

Als naast AWBZ-begeleiding ook andere disciplines betrokken zijn, en casemanagement nodig is, ligt het voor de hand dat de casemanager ook de begeleiding coördineert. Het kan zelfs zijn dat degene die de AWBZ-begeleiding uitvoert, ook de taak van casemanager uitvoert. Dat maakt nog niet dat die zorg dan begeleiding wordt. Het gaat in een functiegerichte zorgverzekering primair om de vraag wat de aard van de zorg is, niet wie die zorg uitvoert. De aard van casemanagement is zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

²⁸ Standpunt CVZ 'Verpleging in de eigen omgeving', 25 augustus 2009, http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp0908+verpleging+in+de+eigen+omgeving.pdf

AWBZ-behandeling

Het is mogelijk dat AWBZ-behandeling extramuraal wordt geboden. AWBZ-behandeling is specifiek gericht op de AWBZ-problematiek, en omvat niet de algemene medische zorg²⁹ of de coördinatie met andere levensterreinen. In de thuissituatie is de huisarts eindverantwoordelijk. Als de AWBZ-behandeling onderdeel uitmaakt van een totaal zorgplan, waarbij casemanagement nodig is, coördineert de casemanager ook de AWBZ-zorg.

5.a.5. Individueel en/of systeemgericht

De zorg aan verzekerden met regieverlies en/of comorbiditeit is vaak niet alleen direct op het individu gericht, maar omvat ook onderdelen van diens directe omgeving. Vaak is de rol van mantelzorgers van doorslaggevend belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Zorg die indirect, via de mantelzorger wordt geboden om het systeem in stand te houden, hoort voor een belangrijk deel tot de zorg zoals huisartsen en/of verpleegkundigen die plegen te bieden. Het gaat dan om de zorg die op het specifieke individuele geval is gericht. Het gaat bijvoorbeeld om adviezen hoe om te gaan met de verzekerde. Of het bespreken van de belastbaarheid en mogelijkheden van de mantelzorger en de mantelzorger wijzen op ondersteuningsmogelijkheden.

Over coping en rouwverwerking heeft het CVZ in een eerder advies³⁰ een standpunt ingenomen. Verlies en rouwverwerking horen tot het normale leven. Als de rouwverwerking is verstoord, kan professionele hulp noodzakelijk zijn. Het kan dan, afhankelijk van de problematiek, gaan om zorg zoals verpleegkundigen en/of huisartsen die plegen te bieden, of om zorg zoals eerstelijnspsychologen die plegen te bieden.

Gemeenten hebben op grond van de Wmo ook de taak om mantelzorgers te ondersteunen. Het gaat dan niet zozeer om de professionele zorg die is gericht op de specifieke individuele situatie, maar om collectievere ondersteuningsvormen, zoals mogelijkheden tot lotgenotencontact, recreatie, informatievoorziening over de lokale mogelijkheden, in stand houden van vrijwilligerswerk, etc.

5.a.6. Organisatie van het casemanagement

In het rapport over zorgstandaarden en ketenzorg³¹ dat het CVZ eerder uitbracht, kwam het tot de conclusie dat dergelijke 'samenhang bevorderende elementen' tot de te verzekeren prestaties behoren. Het CVZ stelt in dat rapport vast dat voor

²⁹ Algemene medische zorg komt alleen bij intramurale zorg ten laste van de AWBZ. Er moet dan sprake zijn van verblijf en AWBZ-behandeling in dezelfde instelling.

³⁰ Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, CVZ, op 13 juli 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS.

³¹ Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen, en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitgebracht aan de minister van VWS.

ketenzorg een aantal organisatorische zaken noodzakelijk is. Het rapport toetst deze aspecten van zorgverlening aan de criteria voor de term “plegen te bieden” die het CVZ heeft vastgesteld³². Het criterium ‘plegen te bieden’ bepaalt de inhoud en omvang van de zorg. Het criterium heeft twee aspecten, namelijk ‘soorten zorg’ en een ‘professioneel juiste wijze’.

Over dat laatste criterium stelt het CVZ:

Het aspect ‘op professioneel juiste wijze’ kan betrekking hebben op specifieke kenmerken of specifieke organisatorische aspecten van de zorg. Het gaat dan om kenmerken of aspecten die zodanig bepalend zijn voor de inhoud of omvang van de zorg, dat alleen als aan deze kenmerken/aspecten is voldaan, er sprake kan zijn van ‘professioneel juiste zorg’.

Het CVZ leidt uit de zorgstandaarden af dat multidisciplinaire zorg in samenhang georganiseerd (als ketenzorg) in de opvatting van de beroepsbeoefenaren een toegevoegde waarde heeft voor de patiënt, het totaal is meer dan de som der individuele (zorg)delen.’

Bij casemanagement past eenzelfde benadering. Ook bij casemanagement ligt immers de meerwaarde juist in de samenhang die tussen de verschillende zorgvormen wordt gecreëerd. Daarnaast het bestaan van één aanspreekpunt voor de verzekerde. Zonder een goede inbedding in de (eerstelijns)zorgstructuur is casemanagement niet op professioneel verantwoorde wijze uit te voeren. Om die elementen samenhangend en proactief aan te bieden, is meer nodig dan de afzonderlijke onderdelen. Er moet het een en ander worden georganiseerd.

³² Betekenis en beoordeling ‘plegen te bieden’, CVZ, publicatienummer 268, op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van VWS

Het gaat om vergelijkbare voorwaarden als die bij ketenzorg aan de orde zijn. In het rapport over ketenzorg constateert het CVZ dat de volgende punten essentieel zijn:

- De structuur van het proces moet voor een ieder helder en overzichtelijk zijn (wat zich bijvoorbeeld uit in de aanwezigheid van een individueel behandelplan en het opleveren van relevante uitkomstmaten);
- De beheersing van het proces moet duidelijk zijn, (bijvoorbeeld via duidelijkheid over de regie- en coördinatiefunctie van de zorg en protocollering van de zorgverlening);
- Beschikbaarheid van ondersteunende (informatie) systemen met het oog op de structuur en beheersing van het proces.

Voor casemanagement geldt dat behalve de structuur ook de betrokkenheid van de benodigde hulpverleners en instanties moet zijn vastgelegd en hun inbreng moet zijn geborgd.³³ Ook is het nodig dat het aanbod voldoende breed is: het moet eenvoudig mogelijk zijn te schakelen tussen verschillende probleemvelden. Als aan die eisen niet is voldaan, is casemanagement niet effectief, en gaat het dus niet om doelmatige zorg.

Bij casemanagement in verband met verslavingszorg bijvoorbeeld, moet de casemanager eenvoudig toegang hebben (bijvoorbeeld een vast aanspreekpunt hebben) tot relevante instanties zoals woningbouwvereniging, gemeentelijke sociale dienst, schuldhulpverlening en dergelijke. Er moeten afspraken zijn wat van alle betrokken instanties mag worden verwacht. Als dat niet het geval is, kan er geen sprake zijn van effectief casemanagement.

In het rapport over ketenzorg beoordeelde het CVZ de zorgstandaarden voor een aantal chronische ziekten. Voor casemanagement ontbreken landelijk geldende standaarden, maar er zijn wel best-practices voorhanden hoe casemanagement voor verschillende soorten zorg is vorm te geven, zoals de voorbeelden die in paragraaf 3 c zijn genoemd. Die voorbeelden zijn ter illustratie. Het voert te ver om in dit rapport in te gaan op specifieke doelgroepen.

Voor dementie zijn er ook landelijke afspraken gemaakt tussen de meest relevante beroepsgroepen over de zorgverlening aan dementerenden, de zogenoemde LESA Dementie³⁴. Dit document is opgesteld om als basis te dienen voor regionale werkafspraken.

³³ Zie de constatering in paragraaf 5b dat bij betrokken instanties voldoende system readiness³³ aanwezig moet zijn.

³⁴ Boomsma LJ cs Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Dementie (LESA Dementie), Huisarts Wet 2009: 52(3):S1-S5.

De brochure 'Samenwerken in de eerste lijn'³⁵ geeft allerlei handvatten om de eerstelijnszorg verder te ontwikkelen.

5.b. Criterium stand van wetenschap en praktijk

In deze paragraaf gaat het CVZ na of casemanagement voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk van artikel 2.1. lid 2 Bzv. De zorg moet voldoende bewezen effectief zijn.

5.b.1. Effectiviteit van casemanagement

Het CVZ beoordeelt de effectiviteit van interventies aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM). Die criteria zijn gericht op de inhoudelijke effectiviteit van afzonderlijke interventies. Voor de beoordeling van een zorgvorm als casemanagement zijn ze minder geschikt. De effectiviteit van dit soort zorg is moeilijk te onderzoeken, en een eenduidige effectmaat ontbreekt. Daarom is het niet zinvol om de EBM-criteria toe te passen op dit onderwerp. Wel is het CVZ nagegaan wat er in de literatuur over de effectiviteit van casemanagement bekend is.

Er is een veelheid aan (vaak buitenlandse) literatuur te vinden over de effectiviteit van casemanagement. Vaak ook met een vergelijking van de interventie met de gebruikelijke interventie (care as usual). In beperkte mate zijn er ook Nederlandse studies, vooral ten aanzien van psychiatrische problematiek en dementie.

Effectiviteitsstudies ten aanzien van casemanagement hebben de nodige beperkingen:

- Casemanagement is geen eenduidig begrip. Zoals in paragraaf 3.b. is beschreven, zijn er verschillende vormen, die op essentiële punten van elkaar verschillen;
- Het toepassingsgebied (indicatiegebied) is heel divers. Er zijn voorbeelden van casemanagement voor palliatieve zorg voor kinderen, verslavingszorg, jeugdzorg, dementie, psychiatrie, chronische somatische zorg etc.;
- In de literatuur omvat casemanagement meestal ook elementen van reguliere zorgverlening;
- Een goede uitkomstmaat is moeilijk vast te stellen. Casemanagement heeft kwaliteitsaspecten in zich (zoals één aanspreekpunt voor de verzekerde), maar kan ook effecten hebben op het functioneren van de verzekerde, op de mantelzorger, op de kosten binnen de gezondheidszorg of op de maatschappelijke kosten.

³⁵ Konings J cs, Samenwerken in de eerste lijn, Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), 2010

De veelheid aan vormen van casemanagement en doelgroepen, maakt algemene uitspraken over de effectiviteit van casemanagement onmogelijk. Idealiter moet de effectiviteitsbeoordeling per interventie en doelgroep plaats vinden.

Er zijn studies waaruit blijkt dat assertive community treatment en clinical (intensive) casemanagement effectiever zijn dan traditionelere vormen als het brokaragemodel of (geïsoleerde) zorgcoördinatie³⁶. In dat geval is casemanagement als op zichzelfstaande zorgvorm niet aangewezen, maar moet het onderdeel uitmaken van een breder aanbod. In ieder geval is er consensus over de effectiviteit van casemanagement ten aanzien van dementie³⁷ en psychiatrische problematiek³⁸, waaronder hulp aan langdurig verslaafden.

Op grond van deze informatie komt het CVZ tot het oordeel dat er voldoende grond is om aan te nemen dat casemanagement effectief is, mits dit aan een aantal randvoorwaarden voldoet.

5.b.2. Organisatorische eisen aan casemanagement

Enkele van de hierboven genoemde studies gaan in op de succes- en faalfactoren van casemanagement. Organisatieaspecten zijn van groot belang voor de effectiviteit van casemanagement. Een belangrijke observatie die Wolf cs in hun studie³⁹ doen, is dat er bij de betrokken instanties een zekere 'system readiness' moet zijn: bij betrokken instanties moet het nodige draagvlak zijn tot samenwerking, en zij moeten overtuigd zijn van de noodzaak van een goed samenhangend netwerk van voorzieningen. Ook moeten zij zich committeren aan hun medewerking. Dezelfde auteurs pleiten ook voor een inventarisatie van hiaten in de voorzieningen. Het is onvoldoende als een min of meer toevallige groep organisaties een gezamenlijk aanbod creëert. Het aanbod moet alle relevante zorg omvatten. Zij gaan ook in op de voorwaarden vooraf. Belangrijke punten zijn:

- een goede analyse waarom reguliere zorg geen oplossing kan bieden, en casemanagement wel;
- een goede analyse van het beschikbare aanbod van

³⁶ Stel van der J, De effectiviteit van case management voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, Praecox, nr 34, december 2002;

Stichting Geriant, Hoofdzaken, factsheet DOC-team en casemanagement dementie

³⁷ Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit, september 2006; De casemanager geketend, E. Rijken, Radboud Universiteit, 2010-09-2;

Consensus over casemanagement bij dementie, P.J. Verkade, UMC Utrecht, 2009;

³⁸ De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, van der Stel c.s. De Geestgronden, oktober 2002;

Wolf J c.s., Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, Trimbos Instituut, 2002

³⁹ Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, J. Wolf c.s., Trimbos Instituut, 2002;., blz. 22.

- voorzieningen en diensten;
- een door betrokken partijen gedragen doelstelling en succesindicatoren;
- zorgvuldige implementatie met aandacht voor mogelijke onbedoelde effecten;
- periodieke evaluatie;
- duidelijkheid over de financiering;
- kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel;
- duidelijke werkwijze en organisatie van de werkzaamheden.

Rijken⁴⁰ komt op basis van literatuuronderzoek en interviews bij betrokkenen bij casemanagement bij dementie in Nederland tot tien succesfactoren. Naast inhoudelijke factoren gaat het om duidelijke structuren voor communicatie en samenwerking, structurele financiering, ICT-toepassingen, betrokkenheid en draagvlak bij de benodigde organisaties en gemotiveerde bestuurders (vgl. 'system readiness' bij Wolf cs). Het belang van draagvlak en onderling vertrouwen, de opbouw van een netwerk en structurele financiering blijkt ook uit de studie van Ligthart. Zij benadrukt ook het belang van een goede inbedding van casemanagement in de keten, en de noodzaak van gestructureerde werkwijzen.

In ieder geval is casemanagement zonder goede organisatorische inbedding geen effectieve zorg. De organisatorische eisen die voor effectief casemanagement gelden, kunnen worden ontleend aan de literatuur en de standpunten van de beroepsverenigingen⁴¹.

5.b.3. Conclusie stand van wetenschap en praktijk

Casemanagement is alleen effectief (en dus alleen onderdeel van de te verzekeren prestaties van de Zvw) als er sprake is van een geformaliseerde en gestructureerde samenwerking, waaraan alle relevante organisaties en instanties zich hebben verbonden. De onderlinge taken en verantwoordelijkheden (protocollen) moeten vastliggen, en de betrokken partijen moeten zich daaraan committeren: de bijdrage is niet vrijblijvend. De werkprocessen en onderlinge communicatie moeten zijn vastgelegd, en de financiële verhoudingen moeten zijn geregeld. Het beschikbare personeel en (ICT) infrastructuur moeten kwalitatief en kwantitatief voldoende zijn.

Hoe de organisatie verder is vormgegeven, bijvoorbeeld of het gaat om een geformaliseerd samenwerkingsverband, een aparte organisatie of dat alle zorg door één organisatie wordt geleverd, lijkt minder van belang. Er is enige evidence dat assertive community treatment en clinical (intensive) case

⁴⁰ Rijken E, De casemanager geketend, Radboud Universiteit Nijmegen, januari 2010

⁴¹ Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit, september 2006;

treatment effectiever zijn dan een traditioneel aanbod⁴².

5.c. Redelijkerwijs aangewezen op

Er is alleen recht op zorg voor zover de verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen⁴³.

De veelheid aan verschijningsvormen van 'casemanagement' brengt het risico met zich mee dat het gezien wordt als panacee voor alle vragen voor zorg, ondersteuning en afstemming. De oplossing voor het complexe probleem wordt dan de standaard voor alle zorg. Dat is ondoelmatig. Hier geldt het gezegde van Goethe: 'In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister'; in de beperking toont zich pas de meester.

Die beperking geldt zowel voor de vraag wanneer casemanagement noodzakelijk is (indicatiestelling) als voor de inhoud ervan.

5.c.1. Indicatiestelling

Het onderling afstemmen van zorg, het elkaar informeren over de voortgang van de zorg, hoort tot de reguliere taak van de individuele zorgverlener. Ook van de verzekerde of diens directe omgeving mag worden verwacht dat die actief meewerkt aan een goede planning. Van verzekerden mag ook zelfmanagement worden verwacht, voor zover ze daartoe in staat zijn. Over zelfmanagement heeft het CVZ een apart rapport uitgebracht⁴⁴.

Zolang andere, eenvoudigere coördinatiemechanismen mogelijk zijn, zoals zelfmanagement van de verzekerde of diens directe omgeving, of het incidenteel onderling afstemmen van hulpverleners, is casemanagement niet aangewezen. De inzet van professionele hulp moet proportioneel zijn met de problematiek die het oplost. Een van de voorwaarden om van effectief casemanagement te spreken is dat de werkwijzen en taakverdeling zijn vastgelegd. (zie paragraaf 5.a.3.).

Het moet duidelijk zijn wanneer casemanagement als aparte activiteit aan de orde is, en wanneer minder vergaande vormen van coördinatie zijn aangewezen. Dat vereist goede protocollen, waarin staat beschreven wanneer casemanagement nodig is (indicatiecriteria), en wanneer en op welke manier de intensiteit van de zorg wordt opgeschaald. Die criteria verschillen per doelgroep en zijn ook afhankelijk van de lokale context. Zorgverzekeraar en aanbieder moeten

⁴² Stel van der J, De effectiviteit van case management voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, Praecox, nr. 34, december 2002; Stichting Geriant, Hoofdzaken, factsheet DOC-team en casemanagement dementie.

⁴³ Artikel 2.1. onderdeel 3 Besluit zorgverzekering

⁴⁴ http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+zelfmanagement+chronische+ziekten.pdf

daarover specifieke afspraken maken. Een denkkader voor het opschalen van de intensiteit van de zorg is het “integrated care model” dat Kaiser Permanente in de Verenigde Staten heeft ontwikkeld. Afhankelijk van de complexiteit van de zorg en de risico's die de verzekerde loopt, schaaft het niveau van zorg op.

5.c.2. Conclusie indicatiestelling

Zolang eenvoudigere coördinatiemechanismen, zoals zelfmanagement of incidentele onderlinge afstemming tussen zorgverleners voldoende zijn, is casemanagement niet aangewezen. Er zijn concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op een bepaalde vorm van casemanagement is aangewezen. De criteria zijn afhankelijk van de doelgroep en de lokale context. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten daarover specifieke afspraken maken.

5.d. Afbakening met andere domeinen

Casemanagement op zich is geen te verzekeren prestatie. In paragraaf 5.a. is aangegeven dat het onder voorwaarden onderdeel is van de te verzekeren prestaties “zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden” of “zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg”.

Er moet primair sprake zijn van een zorgvraag, waarvoor de zorg onder de te verzekeren prestaties valt. Vervolgens kan casemanagement aangewezen zijn, als de aard en de omvang van de zorg dit nodig maakt. Ook het casemanagement dat ten laste van de Zvw komt, wordt begrensd door de omschrijving “zorg zoals plegen te bieden”.

Zoals in paragraaf 5.a.1. is uitgelegd, zijn het actief signaleren van complexe problematiek (casefinding), het maken van een multidomeinprobleemanalyse, het opstellen van een zorgbehandelplan en het vervullen van de regiefunctie, activiteiten die op zichzelf al vallen onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Daarbij betreft de huisarts ook sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefte.

Het NHG-standpunt over kwetsbare ouderen⁴⁵ stelt: ‘Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het – binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg- versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).’

⁴⁵ Huisartsgeneeskunde voor ouderen ‘Er komt steeds meer bij...’, Nederlands Huisartsen Genootschap, vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 31 mei 2007

De vraag is hoever die betrokkenheid gaat, zeker als er voorzieningen, zorg of diensten uit een ander domein nodig zijn om tot een verantwoorde thuissituatie te komen. Voorzover kan worden volstaan met een verwijzing naar de betrokken instanties, zoals gemeentelijk Wmo-loket of wooncorporatie, valt dit onder de reguliere verwijs- en informatietaak van de eerstelijns hulpverlener. Van casemanagement is dan echter nog geen sprake.

Als er sprake is van een complexe en kwetsbare situatie met problematiek op verschillende domeinen kan overleg en afstemming met andere domeinen nodig zijn. Dan speelt de vraag wie daartoe het initiatief neemt. Gezien de regie- en spilfunctie die de huisarts in de eerstelijnszorg inneemt, is het CVZ van oordeel dat dit tot de taak van de huisarts hoort, voorzover de problematiek samenhangt met een zorgvraag waarvoor de zorg primair binnen het domein van de Zvw valt.

5.d.1. Randvoorwaarde: structurele organisatie

Dat is echter niet onvoorwaardelijk het geval. In paragraaf 5.b. gaat het CVZ in op de organisatorische voorwaarden van casemanagement. Er moet sprake zijn van een geformaliseerde en gestructureerde organisatie, waaraan alle betrokken instanties zich hebben geconformeerd, en die is ingebed in de lokale eerstelijnsstructuur. Op voorhand moet duidelijk zijn wat van de verschillende betrokken organisaties (gemeentelijke Wmo-loket, woningcorporatie etc.) concreet mag worden verwacht. Ook de overlegstructuren en andere organisatorische randvoorwaarden moeten zijn geregeld.

In de praktijk zal het erop neer komen dat de huisarts de verzekerde kan laten instromen in een georganiseerde structuur voor casemanagement. De casemanager onderneemt de nodige activiteiten die op zichzelf vallen onder de Zvw, en legt zonodig contact met instanties uit andere domeinen, en organiseert het overleg en de afstemming daarmee.

Als er niet is voorzien in een dergelijke organisatorische setting, kan van de huisarts niet meer worden verwacht dan de verzekerde te informeren over de mogelijkheden en de verzekerde te verwijzen naar de instantie die de benodigde voorziening, zorg of dienstverlening moet bieden.

5.d.2. Verantwoordelijkheden van betrokken instanties

Een onderdeel van de organisatie van casemanagement bestaat uit geformaliseerde afspraken met relevante instanties over hun aandeel om bepaalde problematiek op te lossen, en hun commitment daarvoor. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken domeinen zelf om de voorziening, zorg of dienst te leveren die noodzakelijk is, en waarover zij in het overleg afspraken hebben gemaakt.

De zorgvraag van een dementerende verzekerde ligt primair binnen het domein van de sociale ziektekostenverzekering. Het casemanagement komt dan ook ten laste van de zorgverzekering. De dementie kan ook tot zorg leiden binnen andere domeinen, bijvoorbeeld in verband met eenzaamheid, behoefte aan dagstructuur en woonsituatie. De casemanager neemt dan wel het initiatief om ook deze problematiek het hoofd te bieden, bijvoorbeeld door het inschakelen van welzijnszorg, maar lost deze problematiek niet zelf op.

De casemanager heeft daar verder geen taak in dan de coördinatie bij de verzekerde thuis.

5.d.3. Geen primair geneeskundige zorgvraag

Als de problematiek niet primair leidt tot een zorgvraag die valt onder de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw, maakt ook het casemanagement geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dat is bijvoorbeeld het geval als sociaal-maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen, huisvestingsproblemen en dergelijke op de voorgrond staan. Het kan heel goed zijn dat die maatschappelijke problematiek zo ernstig en complex is, dat een vorm van casemanagement is aangewezen. Maar het casemanagement is dan de verantwoordelijkheid van de gemeente of van jeugdzorg. Als daarbij ook geneeskundige aspecten een rol spelen en de directe betrokkenheid van de huisarts of een andere zorgverlener nodig is, komt die betrokkenheid ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt als het gaat om justitiële problemen, onderwijs of arbeid.

Bij multiprobleemgezinnen waarbij jeugdhulpverlening nodig is, is bijvoorbeeld vaak sprake van casemanagement. De betrokkenheid van de GGZ, politie en justitie, onderwijs en eerstelijnsgezondheidszorg kan daarbij noodzakelijk zijn. De (pro)actieve mobilisatie van het netwerk is dan onderdeel van de jeugdzorg. Van iedere betrokken hulpverlener mag inbreng vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid worden verwacht.

Welzijnsgerelateerde problematiek (zonder medische oorzaak) kan ook aanleiding zijn om een vorm van casemanagement in te zetten. Het kan bijvoorbeeld gaan om (combinaties van) eenzaamheidsproblematiek, relatieproblemen, financiële problemen, huisvestingsproblemen of andere sociaal-maatschappelijke of sociaaleconomische problematiek. Dergelijk casemanagement valt niet onder het domein van de zorgverzekeringen (Zvw of AWBZ). Voorzover de betrokkenheid van huisarts of wijkverpleegkundige nodig is, kan dat onderdeel zijn van hun reguliere zorg.

Als de medische problematiek niet op de voorgrond staat,

maar het vooral gaat om welzijnsgerelateerde problematiek, is casemanagement vanuit de huisartsengeneeskundige zorg niet aangewezen. Collectief preventieve en ondersteunende activiteiten om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, zoals de seniorenadviseur, zijn onderdeel van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten. Als in individuele gevallen afstemming en coördinatie nodig is tussen de verschillende gemeentelijke activiteiten, is dat de verantwoordelijkheid van de gemeente.

5.e. Duiding

In deze paragraaf vat het CVZ de conclusies uit het voorgaande samen.

Casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Dat is alleen het geval als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Casemanagement voor problematiek die niet primair geneeskundig van aard is, zoals bij sociaal-maatschappelijke problematiek, of opvoedingsproblemen, valt buiten de te verzekeren prestaties.

Omdat er geen aanspraak bestaat op de AWBZ als zorg ten laste van de Zvw kan komen, is er geen aanspraak op AWBZ-verpleging voor casemanagement.

Casemanagement is alleen effectief als er sprake is van een gestructureerde samenwerking, waaraan alle relevante organisaties en instanties zich hebben verbonden. De onderlinge taken en verantwoordelijkheden (protocollen) moeten vastliggen, en de betrokken partijen moeten zich daaraan committeren: de bijdrage is niet vrijblijvend. De werkprocessen en onderlinge communicatie moeten zijn vastgelegd, en de financiële verhoudingen moeten zijn geregeld. Het beschikbare personeel en (ICT) infrastructuur moeten kwalitatief en kwantitatief voldoende zijn.

Een goede organisatie die is ingebed in de lokale infrastructuur is noodzakelijk om casemanagement te kunnen leveren. Die organisatorische schil is onderdeel van de te verzekeren prestatie.

Hoe de organisatie verder is vormgegeven, bijvoorbeeld of het gaat om een geformaliseerd samenwerkingsverband, een aparte organisatie of dat alle zorg vanuit één organisatie wordt geleverd, lijkt minder van belang. Er is enige evidence dat assertive community treatment en clinical (intensive) case

treatment effectiever zijn dan een traditioneel aanbod.

Er zijn concrete en toetsbare indicatiecriteria nodig om te bepalen of een verzekerde op casemanagement is aangewezen. De criteria zijn afhankelijk van de doelgroep en de lokale context. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten daarover specifieke afspraken maken.

6. Consequenties voor de uitvoering

Casemanagement is nog geen ingeburgerd fenomeen. In de bestaande praktijk komt casemanagement als specifieke zorgvorm vooral voor in de psychiatrische zorg, en in niet-geneeskundige domeinen zoals jeugdzorg. In de eerstelijnszorg gaat het vooral om projecten die apart gefinancierd worden, zoals de projecten in het kader van het Landelijk Dementieprogramma.

Om casemanagement verder te implementeren in de praktijk van alledag is nog heel veel werk te verzetten. Het concept casemanagement moet inhoudelijk nog verder worden ontwikkeld, de implementatie verdient veel aandacht, en de bekostiging en zorginkoop moeten nog vorm krijgen.

Deze duiding is in dit licht een eerste stap. Het verduidelijkt dat casemanagement onder bepaalde voorwaarden onderdeel is van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw maar daarmee zijn nog lang niet alle vragen beantwoord.

Hieronder gaat het CVZ in op een aantal uitvoeringskwesties.

6.a. Doorontwikkeling casemanagement

Er zijn veel initiatieven om casemanagement tot stand te brengen. Daarin zijn de nodige overeenkomsten, maar ook zijn er grote verschillen. Er is veel creativiteit, doorzettingsvermogen en persoonlijke betrokkenheid nodig om casemanagement goed van de grond te krijgen. Het is nog steeds pionieren.

Diseasemanagement, integrale zorg en casemanagement zijn veelgehoorde antwoorden op de vraag hoe om te gaan met komende problemen in de zorg.

In paragraaf 5.a.2. is beschreven dat casemanagement alleen effectief is als aan een aantal zorginhoudelijke en organisatorische voorwaarden is voldaan. Vormen van assertive communitytreatment en clinical (intensive) casemanagement zijn waarschijnlijk effectiever dan andere vormen.

In ieder geval vereist casemanagement een specifieke organisatie die is ingebed in de lokale zorginfrastructuur, met goede protocollering en indicatiecriteria.

Hoewel de vormgeving van casemanagement ook afhangt van lokale factoren, en eenheidsworst niet wenselijk is, is het nodig de opgedane ervaring en kennis te verspreiden. Het is belangrijk lering te trekken uit de bestaande initiatieven om de effectiviteit en doelmatigheid van casemanagement verder te verbeteren.

Daarvoor is stimulering en investering in innovatie nodig, zoals in het Landelijk Dementie Programma of het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het is denkbaar dat ook voor andere doelgroepen een dergelijk stimuleringsprogramma nodig is. Casemanagement dat voldoet aan de gestelde voorwaarden komt niet vanzelf van de grond.

6.b. Kwaliteit van zorg

Dit rapport richt zich op de vraag of casemanagement tot de te verzekeren prestaties in het kader van de wettelijke zorgverzekeringen behoort.

Uit de literatuur blijkt dat de effectiviteit van casemanagement een goede inbedding in de lokale infrastructuur en een solide organisatie vereist. Ook zijn er aanwijzingen dat vormen van casemanagement waarbij de casemanager ook zorg verleent (assertive community treatment, intensive case management) effectiever zijn dan wanneer dat niet het geval is. Die kwaliteitseisen komen voort uit het effectiviteitsonderzoek zelf.

Verschillende partijen hebben erop gewezen dat de kwaliteit van casemanagement ook afhangt van andere factoren, zoals de professionele achtergrond van de zorgverlener en de continuïteit in persoon van de casemanager. Het gaat het bestek van dit rapport te buiten daarover verdere uitspraken te doen. Het functiegerichte karakter van de Zvw brengt met zich mee dat het CVZ geen uitspraak over de professionele achtergrond van hulpverleners kan doen, en de kwaliteitseisen kunnen afhangen van de specifieke problematiek van de doelgroep. De verdere uitwerking van kwaliteitseisen is een taak van betrokken partijen: verzekeraars, aanbieders en cliëntvertegenwoordigers.

6.c. Bekostiging

Veel bestaande initiatieven zijn niet dankzij, maar ondanks bestaande bekostigingsstructuren tot stand gekomen. Bestaande initiatieven zijn heel divers bekostigd⁴⁶. Vaak is de bekostiging geregeld door het stapelen van allerlei financieringsbronnen, waarbij het ook vaak nodig is de grenzen van de regelgeving op te zoeken. Binnen de bestaande bekostiging van de eerstelijnszorg is casemanagement niet opgenomen. Binnen geestelijke gezondheidszorg varieert de bekostiging, maar blijkt het mogelijk dit op grond van de Zvw te bekostigen.

Om casemanagement te organiseren, te implementeren en in

⁴⁶ Casemanagement bij dementie, Suzanne A. Ligthart, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.
http://www.geriant.nl/uploads/Algemeen/Publicaties/Publicaties___CM_dementie/GER044_Wat_is_casemanagement_Geriant.pdf

stand te houden, zijn extra inspanningen nodig. Ook de uitvoering van casemanagement op verzekerdeniveau vraagt extra inspanning bovenop bestaande zorglevering. In de bekostiging daarvan is op dit moment niet afdoende voorzien.

Casemanagement is alleen op een effectieve manier vorm te geven en uit te voeren, als partijen investeren in de benodigde infrastructuur (organisatie, protocollering, ICT en huisvesting). Voor de uitvoering is voldoende gekwalificeerd personeel nodig.

Om casemanagement als standaardvoorziening in te bedden in de eerstelijnszorg, is het daarom nodig te voorzien in een structurele en duurzame bekostiging, zodat partijen de nodige investeringen en organisatieveranderingen aandurven. Investeren in een product waarvan onduidelijk is of het ooit te bekostigen is, kan van geen enkele particuliere organisatie worden gevraagd.

6.c.1. Prestatiebeschrijvingen

Om te voorzien in een structurele bekostiging van casemanagement zijn duidelijke prestatiebeschrijvingen nodig. Die zijn nog niet voorhanden. Voor casemanagement voor dementie lopen een aantal onderzoeken die wellicht het basismateriaal aan kunnen dragen voor een scherpe inhoudelijke beschrijving⁴⁷. Voor casemanagement bij chronische psychiatrie is de nodige informatie wellicht te halen bij bestaande initiatieven.

Ook is het nodig dat voor de verschillende doelgroepen de indicatiegebieden duidelijk zijn omschreven. Casemanagement moet alleen worden ingezet als dat noodzakelijk is en toegevoegde waarde heeft. Het gaat de strekking van dit rapport te buiten om die prestatiebeschrijvingen te formuleren. In dit rapport gaat het alleen om de vraag wat (de kern van) casemanagement in het algemeen inhoudt, en of het behoort tot de te verzekeren prestaties.

6.c.2. Afbakening met andere zorg

In een aantal modellen van casemanagement (bv. clinical casemanagement) biedt de casemanager ook reguliere zorg. Daar is op zich niets op tegen. Op basis van de literatuur lijkt dit zelfs vaak beter te zijn.

De wens van aanbieders om alle benodigde zorg ten laste van één financieringsbron te kunnen brengen⁴⁸, is begrijpelijk. Maar omdat casemanagement vaak allerlei reguliere zorgvormen coördineert, en vaak ook de afstemming met andere levensterreinen omvat, is één financieringsbron

⁴⁷ Zoals het onderzoek dat van NPO Invest.

⁴⁸ LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie

meestal niet mogelijk.

De (lokale) organisatie van casemanagement moet de verschillende financieringsbronnen bij elkaar brengen. Het is een onderdeel van de organisatie om die transparant te kunnen verantwoorden. Om de uitvoering transparant en beheersbaar te houden, is het nodig dat duidelijk is welke activiteiten en investeringen extra zijn ten opzichte van de bestaande bekostiging. Ook moet transparant zijn hoe de zorg uit de verschillende domeinen is bekostigd. Alleen dan is dubbele bekostiging te voorkomen, en is te voorkomen dat kosten die niet tot het zorgdomein horen, ten laste van de ziektekostenverzekering komen.

Er lopen studies die antwoord willen bieden op de vraag welke activiteiten en investeringen extra nodig zijn boven bestaande zorgstructuren. ZonMw subsidieert in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg bijvoorbeeld het project Invest NPO⁴⁹. Dat moet uitmonden in concept modellen voor financiering van casemanagement.

De verdere uitwerking van de bekostiging gaat buiten het bestek van dit rapport, en is ook niet de taak of bevoegdheid van het CVZ maar van de NZa. Het CVZ wil de NZa uiteraard wel zoveel mogelijk behulpzaam zijn bij een verdere uitwerking.

6.d. Zorginkoop

Over de manier waarop zorgverzekeraars de zorg inkopen, maakt het CVZ in zijn advies over zorgstandaarden en ketenzorg⁵⁰ enkele opmerkingen. De vrijheid van zorgverzekeraars moet wel blijven sporen met de opvattingen die we in Nederland hebben over huisartsenzorg. Huisartsenzorg is in Nederland integraal, persoonsgericht, continu en toegankelijk. (*zie bijvoorbeeld: Toekomstvisie huisartsenzorg 2012 van het NHG*).

De belangrijkste onderdelen van casemanagement horen tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw. Zorgverzekeraars moeten deze zorg contracteren. Daardoor ligt ook de toets of de organisatievorm, de gehanteerde protocollen en de inhoud van de zorg voldoende zijn ontwikkeld, bij de zorgverzekeraars.

⁴⁹ Een eerste tussenrapportage van dit onderzoek is gereed.

⁵⁰ Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitbracht aan de minister van VWS

Best practices en kengetallen kunnen behulpzaam zijn om daar handen en voeten aan te geven. Transparantie en verspreiding van best practices en de beschikbaarheid van haalbare modellen met stabiele financiering zijn belangrijke voorwaarden om de ontwikkeling van casemanagement verder te brengen. En daarmee een antwoord te hebben op komende problemen in de zorg.

De functiegerichte benadering in de Zvw houdt in dat er geen dwingende koppeling is tussen de soort functionaris die in het Bzv staat genoemd, en de professie van degene die de zorg uitvoert. Het is mogelijk dat verzekeraars casemanagement inkopen bij een andere organisatie dan de huisartsenvoorziening, bijvoorbeeld als een grotere (regionale) schaal nodig is, of omdat de doelgroep een specifieke deskundigheid vereist. Of dat gewenst is, is afhankelijk van lokale factoren, de aard van de doelgroep, en van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is uiteindelijk verantwoordelijk voor de levering van de zorg aan zijn verzekerden. Hoe, en in welke organisatorische setting dat gebeurt, is ter bepaling aan de zorgverzekeraar in overleg met de zorgaanbieder.

7. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 25 maart 2011.

College voor zorgverzekeringen

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

8. Relevante regelgeving

Artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken AWBZ

De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op (...).

Artikel 2.1. lid 2 Besluit zorgverzekering

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden (...).

Artikel 2.11 Besluit zorgverzekering

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

9. Literatuurlijst

Ligthart, Suzanne A, Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit Nijmegen, september 2006.

van der Velden en Hassing, Casemanagement: een functionele organisatievorm van de zorg voor de chronische patiënt, Tijdschrift voor Psychiatrie 35 (1993) 7:

Wolf J c.s. Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, GGZ-N, J. juli 2002

van der Stel J, De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Praecox, nr 34, december 2002, J.

Banks P Casemanagement. In: Nies, H, Berman PC (Ed.). Integrating services for older people- a resource book for managers. EHMA 2004; 101-112. Bron: Suzanne A. Ligthart, Casemanagement bij dementie; Radboud Universiteit Nijmegen, 2006.

Huizinga G, Casemanagement in de palliatieve zorg voor kinderen, een exploratieve studie, UMCG, februari 2009.

Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ, op 21 september 2009 uitbracht aan de minister van VWS

AWBZ-Kompas College voor zorgverzekeringen.
<http://www.cvz.nl/zorgpakket/awbz-kompas/behandeling/behandeling.html>

Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, Standpunt van de KNMG, 25 maart 2010

Rijken, E, De casemanager geketend, Radboud Universiteit, 2010;

Verkade, P.J, Consensus over casemanagement bij dementie, UMC Utrecht, 2009;

Wolf J cs Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, Trimbos Instituut, 2002

Meerveld J cs LDP advies voor financiering van casemanagement bij dementie, LDP-werkgroep financiering casemanagement bij dementie, april 2007

Wynia K cs Casemanagement voor mensen met en chronische ziekte, Verpleegkunde 2006-21, nr 4

Huisartsen en huisartsenvoorziening, concretisering toekomstvisie 2012, NHG, december 2003

van Riet N, Wouters H, Casemanagement, een leer- werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg- hulp- en dienstverlening;; van Gorcum 2010

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg; KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ-Nederland, NPCF, januari 2010

Huisartsgeneeskunde voor ouderen, NHG-Standpunt, mei 2007

Boomsma LJ cs Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Dementie (LESA Dementie), Huisarts Wet 2009: 52(3):S1-S5.

Konings J cs , Samenwerken in de eerste lijn, Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), 2010

College voor zorgverzekeringen, uitvoeringstoets geestelijke verzorging, op 13 juli 2006 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS

Rapport

Van grondslagen naar cliëntprofielen

Een oplossing voor onnodige bureaucratie

Op 1 november 2010 uitgebracht aan Minister van VWS

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

Documentnummer 2010092485
Afdeling ZORG-ZA
Auteur drs. A.M. Hopman
Telefoonnummer Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

De manier waarop de grondslag in de uitvoeringspraktijk wordt gebruikt, leidt tot veel onnodige bureaucratie en uitvoeringsproblemen. Het CVZ legt in dit rapport uit hoe dit is gekomen, en geeft daar oplossingen voor.

De grondslag in de AWBZ is de soort aandoening, beperking of handicap op grond waarvan een verzekerde op zorg is aangewezen. Oorspronkelijk zijn de grondslagen bedoeld om het domein van de AWBZ-zorg aan te duiden, en als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ. De grondslagen zijn ontleend aan de historisch gegroeide sectoren binnen de AWBZ.

Ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk zelf en een aantal andere ontwikkelingen zoals pakketmaatregelen, de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de introductie van de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) hebben de functie en betekenis van de grondslagen in de uitvoeringspraktijk veranderd.

De "dominante grondslag" bepaalt uit welke reeks zorgzwaartepakketten het indicatieorgaan kan kiezen. De grondslag is daarvoor niet bedoeld, en is daarvoor ook niet geschikt. Dat leidt tot verkeerde indicaties.

Ook is de definitie van de grondslagen somatische aandoening en lichamelijke handicap bij de indicatiestelling gewijzigd, terwijl die in de rest van de keten ongewijzigd bleef. Met als gevolg dat de eenheid van taal in de keten ontbreekt.

Het CVZ beschrijft de ontwikkelingen die tot problemen hebben geleid.

Het gaat om:

- indicaties voor niet-passende zorgzwaartepakketten;
- problemen bij partneropname;
- budgettaire gevolgen (extra kosten);
- onduidelijkheid bij grondslagen voor mentale problemen;
- bevoegdheidsverdeling CIZ en BJZ.

De oorzaken van de problematiek zijn terug te voeren op drie elementen:

- De grondslagen worden gebruikt voor een ander doel dan oorspronkelijk was bedoeld.
- De definities van de grondslagen in de verschillende fasen in de uitvoeringsketen (indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging) zijn niet hetzelfde.
- De dominante grondslag beperkt de mogelijkheid de best passende zorg te bieden.

Op langere termijn zijn structurele maatregelen nodig. Het gaat dan om verdere harmonisering en ontwikkeling van de zorgzwaartesystematiek, en het aansluiten bij de ICF-terminologie.

De acutere uitvoeringsproblemen zijn relatief eenvoudig op te lossen.

De oplossingen bestaan eruit om:

- De grondslagen te gebruiken zoals oorspronkelijk bedoeld namelijk als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ;
- De oorspronkelijke definities te hanteren;
- De indicatiestelling voor intramurale zorg direct te baseren op de cliëntprofielen, en niet op de dominante grondslag.

Een structurele oplossing voor de gesignaleerde problematiek rond de bevoegdheidsverdeling tussen BJZ en CIZ vereist wetswijziging. Op korte termijn zijn wel enkele praktische oplossingen mogelijk via mandatering. Het CVZ neemt aan dat dit probleem onderdeel is van de uitwerking van het advies van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg.

1. Inleiding

De manier waarop de uitvoeringspraktijk de grondslagen gebruikt bij de indicatiestelling, zorgtoewijzing en bekostiging, leidt tot veel onnodige bureaucratie en uitvoeringsproblemen. Met dit rapport wil het CVZ uitleggen hoe dit is gekomen, en oplossingen aanbieden. Op langere termijn kunnen de grondslagen waarschijnlijk beter worden vervangen door een andere terminologie, en welke maatregelen op korte termijn mogelijk zijn om de uitvoering eenvoudiger te maken.

Bij de indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg speelt de zogenoemde grondslag een steeds belangrijker rol. De grondslag is de aandoening, beperking of handicap op grond waarvan een verzekerde aanspraak op AWBZ-zorg heeft.

Het doel en de betekenis van de grondslagen zijn in de loop der jaren gewijzigd. Ook is een situatie gegroeid waarbij het doel en de definitie in verschillende fasen van het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging verschillend zijn. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wil met dit rapport aandacht vragen voor een aantal uitvoeringsproblemen die daarbij spelen, en daarvoor oplossingen aandragen.

De belangrijkste uitvoeringsproblemen zijn:

- het indiceren van niet-passende zorgzwaartepakketten (ZZP's);
- problemen bij de partneropname;
- onnodige extra kosten;
- de samenhang en overlap die tussen grondslagen bestaat, vooral bij mentale problematiek;
- de bevoegdheidsverdeling tussen Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's).

Het doel van dit rapport is de problemen die in de uitvoeringspraktijk rond de grondslagen spelen te verduidelijken. Op het eind van dit rapport geeft het CVZ mogelijke oplossingen aan. Verdere uitwerking ervan valt buiten het bestek van dit rapport. Het CVZ zal later een verdere uitwerking aan dit onderwerp geven.

1.a. Leeswijzer

Om de problematiek goed te kunnen plaatsen, is inzicht nodig in de achtergrond ervan. In hoofdstuk 2 gaat het CVZ daarom dieper op die achtergrond in. Het schetst hoe de rol, de betekenis en het belang van de grondslagen zich in de loop der jaren hebben gewijzigd.

Hoofdstuk 3 beschrijft de uitvoeringsproblemen die zijn ontstaan. Eerst geeft het rapport de oorzaken waardoor de gesignaleerde problemen zijn ontstaan. Daarna gaat het specifieker op de afzonderlijke problemen in.

Hoofdstuk 4 geeft de oplossingsrichtingen weer.

Ter verduidelijking staan in kaders voorbeelden beschreven.

2. Achtergrond

De grondslagen hebben in de uitvoeringspraktijk een andere rol en betekenis gekregen dan aanvankelijk was bedoeld. Ze zijn voor die nieuwe rol niet geschikt. Dit staat in bepaalde situaties de toedeling van passende zorg in de weg.

Voor een goed begrip daarvan is het van belang dieper in te gaan op de ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk vanaf de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 tot nu.

Hieronder gaat het CVZ eerst in op de gedachten en principes die aan die modernisering van de AWBZ ten grondslag lagen.

Daarna gaat het in op de implementatie van de Modernisering van de AWBZ. De ontwikkelingen rond de bekostiging van de intramurale zorg zijn daarbij erg belangrijk. Vooral de noodzakelijke tussenstap om eerst sectoraal budgetneutraal te bekostigen en de manier waarop de indicatiepraktijk op de nieuwe bekostiging is ingericht, zijn van belang.

Naast de implementatie van de modernisering van de AWBZ speelden ook andere ontwikkelingen een rol. Vooral de ontwikkeling van het begrip “dominante grondslag”, de invoering van de Wet op de jeugdzorg en de pakketmaatregelen die zijn genomen, hebben ertoe bijgedragen dat de rol en betekenis van de grondslagen in de uitvoeringspraktijk zijn veranderd.

2.a. Modernisering van de AWBZ

De AWBZ-aanspraken waren vóór 1 april 2003 instellingsgericht omschreven. Er bestond aanspraak op zorg zoals bepaalde instellingen die boden. Voor verschillende soorten aandoeningen en doelgroepen waren er verschillende instellingen. Voor de intramurale AWBZ-zorg ging het onder andere om verpleeghuizen, verzorgingshuizen, RIBW's gezinsvervangende tehuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, en instellingen voor doven en voor blinden. Voor extramurale zorg was er aanspraak op zorg zoals thuiszorgorganisaties en RIAGG die boden.

Bij de indicatiestelling werd vooral gekeken of de verzekerde, gezien zijn problematiek, was aangewezen op de zorg zoals een bepaalde instelling die bood. Het nadeel hiervan was dat het aanbod bepalend was voor de mogelijkheid zorg te krijgen. Er was daarin weinig flexibiliteit.

Met de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 werd beoogd de zorgvraag centraal te stellen. De aard van de zorg die de verzekerde nodig had, moest bepalend zijn voor de te leveren zorg, niet het aanbod van de instelling.

Het was expliciet de bedoeling dat de functiegerichte aanspraken in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) AWBZ-breed zouden gelden. De bestaande sectorale indeling zou verdwijnen.

Memorie van toelichting op het Bza: "Instellingen hebben daarbij de keuze zich te richten op alle functies. Zij kunnen zich ook toeleggen op slechts één of enkele functies. Daarmee ontstaat een situatie waarin een grote diversiteit aan aanbieders mogelijk is, wat de keuzemogelijkheden voor verzekerden vergroot"

"Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) wordt het bestaande aanbieders mogelijk gemaakt ook in andere sectoren zorg te bieden."

De AWBZ is vooral bedoeld voor complexe problematiek, die niet altijd goed is in te passen in categorieën en rubrieken. Het ging er bij de moderniseringsoperatie dan ook vooral om, een voor het individu passend zorgarrangement mogelijk te maken. Groepsdenken moest plaatsmaken voor een individuele benadering.

Uiteraard kan niet elk probleem ten laste van de AWBZ komen. Het was daarom belangrijk het domein van de AWBZ af te bakenen. Met het aangeven van de grondslagen werd verwezen naar het soort problemen waarvoor de AWBZ was bedoeld. De grondslagen golden dus als een toegangsvoorwaarde: alleen voor dergelijke problemen is er aanspraak op de AWBZ. Voor andere problemen zijn er andere voorzieningen. De bedoeling was uitdrukkelijk niet om een sectoraal onderscheid aan te geven (dat wilde men juist vermijden), maar het domein van de AWBZ af te bakenen van andere voorzieningen en aanspraken.

Gelijk met de invoering van de functiegerichte aanspraken werd de toelating van instellingen aangepast. In plaats van een toelating als een bepaald type instelling (bijvoorbeeld verpleeghuis, of instelling voor verstandelijk gehandicapten), kreeg de instelling een toelating voor een of meer functies. De toelating voor verblijf bleef nog wel gekoppeld aan een bepaalde doelgroep (sector). Bestaande bouw leende zich niet altijd voor zorg aan andere doelgroepen dan de bestaande doelgroep waarvoor was gebouwd, en waaraan de zorgaanbieder al zorg bood. Ook speelden financiële kwesties zoals kapitaallasten en boekwaarden. De grondslagen hadden nog wel een functie om de sectoren (aanbod) te onderscheiden.

Het uitvoeringssysteem dat werd ontworpen, moest de gewenste zorg op individuele maat mogelijk maken. De aanspraken waren flexibel en open geformuleerd. Die moesten in de uitvoeringspraktijk, in het overleg tussen

aanbieder, zorgkantoor en (vooral) verzekerde, vorm krijgen. Elke verzekerde zou een (unieke) indicatie krijgen voor een of meer functies met een bepaalde omvang per functie, passend bij zijn individuele beperkingenpatroon. Alle instellingen die voor die functies een toelating hadden zouden deze individueel bepaalde mix aan geïndiceerde zorg kunnen leveren. Ook konden verschillende aanbieders elk een deel van de zorg leveren. Daarmee was het mogelijk om het zorgaanbod optimaal af te stemmen op de vraag van de verzekerde.

De bedoeling was ook de bekostiging aan te passen aan de nieuwe systematiek van functies en klassen. Oorspronkelijk was de gedachte zowel intramuraal als extramuraal per geleverde functie en klasse te bekostigen.

De modernisering van de AWBZ was erop gericht om op individueel niveau zorg op maat mogelijk te maken. Het hele systeem, van aanspraak, indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging, was gericht op flexibiliteit. Functies en klassen zouden de taal in de hele keten worden, zowel intra- als extramuraal. Doelgroepdenken moest plaatsmaken voor een strikt individuele benadering.

2.b. Gefaseerde invoering

Het was echter niet mogelijk om in één keer de functiegerichte benadering volledig in te voeren. De financiële gevolgen voor instellingen en het beslag op het budgettaire kader waren onvoldoende bekend. Ook hadden veel verzekerden geen indicatie of een verouderde instellingsgerichte indicatie.

Voor de extramurale zorg was het als eerste mogelijk stappen te nemen in de richting van een functiegerichte bekostiging. Alle toegelaten instellingen konden productieovereenkomsten met het zorgkantoor afsluiten. Binnen die kaders konden ze zorg leveren zonder te zijn gebonden aan de vroegere sectorale indeling. De met de modernisering bedoelde directe relatie tussen de individuele indicatie en de te leveren zorg werd zo grotendeels gerealiseerd.

2.b.1. Van Intramurale zorgarrangementen (IZA's) naar zorgzwaartepakketten

De bekostiging van de intramurale zorg lag gecompliceerder. Het was niet mogelijk de (aanvankelijk gewenste) overstap naar bekostiging per functie en klasse direct te maken. Dat was te riskant vanwege de herallocatie-effecten voor instellingen en de onzekere effecten op het budgettaire kader. Feitelijk bleef de bekostiging daarom op de oude leest geschoeid.

Een eerste poging tot wijziging van de bekostiging was de ontwikkeling van de intramurale zorgarrangementen (IZA's). Dit waren veel voorkomende combinaties van geïndiceerde

functies en klassen. Er werden een vijftigtal IZA's geformuleerd met de bedoeling die als bekostigingsparameter in te voeren. De IZA's werden daarbij gezien als tussenstap naar bekostiging van de intramurale zorg op basis van functies en klassen. Het streven was nog steeds om in een later stadium te komen tot een individueel bepaalde indicatie in functies en klassen, die de verzekerde bij willekeurig welke instelling kon verzilveren. De IZA's waren sectoraal vormgegeven. De sectoren (en dus de grondslagen) bleven bestaan.

Al snel bleek dat implementatie van de IZA's binnen bestaande budgettaire kaders niet mogelijk was, ook vanwege de inmiddels verslechterde economische situatie. De omvang van de zorg in de IZA's was bepaald op grond van de geïndiceerde zorg. Het bleek dat die beduidend hoger was dan van de daadwerkelijk geleverde en bekostigde zorg¹.

Als alternatief werd gekozen voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's). Uitgangspunt bij het vaststellen van de ZZP's was niet de *geïndiceerde* zorg, maar de daadwerkelijk *geleverde* zorg binnen de verschillende sectoren². Zodat de implementatie per definitie sectoraal budgetneutraal zou zijn. De aanvankelijke doelstelling om te indiceren in (strikt individueel bepaalde) functies en klassen werd hiermee verlaten. In de plaats daarvan kwam een systeem gebaseerd op doelgroepen.

De kern van de systematiek van zorgzwaartepakketten is dat de verzekerden die aanspraak moeten maken op intramurale AWBZ-zorg zijn te segmenteren in een aantal groepen met eenzelfde zorgprobleem. De omschrijving van zo'n groep heet het cliëntprofiel. Bij elk profiel past een bepaalde mix van functies in een bepaalde omvang: het zorgzwaartepakket.

De concretisering van de zorg op individueel niveau vindt plaats in overleg tussen de aanbieder en verzekerde, en wordt vastgelegd in een wettelijk verplicht zorgplan. De mogelijkheden voor de afstemming tussen aanbieder en verzekerde zijn verruimd door in het indicatiebesluit weliswaar de functies te benoemen die aan de orde zijn, maar de omvang niet per functie, maar voor alle functies samen vast te stellen.

2.b.2. Sectorale indeling

Om herallocatietrajecten beheersbaar te houden, werd voorlopig gekozen voor budgetneutraliteit per sector. Per sector werd een set ZZP's vastgesteld.

¹ De geïndiceerde zorg was omvangrijker dan de zorg die beschikbaar was. Of daarmee werkelijk sprake was van een zorgkloof (een tekort aan beschikbare zorg t.o.v. de benodigde zorg), is niet duidelijk. De indicatiestelling vond plaats op basis van de normen uit de extramurale zorg, zodat inverdieneffecten en besparingen vanwege de intramurale situatie niet in de IZA's waren verdisconteerd. De vraag of de wel beschikbare zorg voldoende was, is nooit afdoende onderzocht.

² Een mogelijk bezwaar van dat uitgangspunt is dat daarmee een eventueel bestaande zorgkloof is weggedefinieerd. Mogelijke tekorten zijn verwerkt in de systematiek.

Binnen het beschikbare budget per sector werden de prijzen voor de ZZP's "rondgerekend".

De sectoren van de AWBZ hebben zich onafhankelijk van elkaar ontwikkeld. Er is geen sprake geweest van onderlinge afstemming over de vraag wat passende zorg is. De beschikbare zorg en beschikbare middelen lijken, gerelateerd aan het zorgprobleem, in de ene sector ruimer of minder ruim dan in de andere. In ieder geval heeft onderlinge vergelijking nooit plaatsgevonden.

Een belangrijke constatering is dat op die manier historisch bepaalde onevenwichtigheden tussen sectoren, ongewijzigd in de ZZP-systematiek zijn opgenomen. Feitelijk zijn de inhoud en omvang van de zorg in de ZZP's nog sterk bepaald door het historisch aanbod.

Per sector is onderzocht welke zorg daadwerkelijk werd geleverd. De vraag of dat te veel of te weinig was, of dat andere zorg beter zou zijn, is niet onderzocht. De ZZP's zijn dus een vastlegging van de bestaande situatie in 2004/2005. In hoeverre dat ook de gewenste situatie is, is nog niet bepaald.

De nu bestaande sectorale indeling is niet gekozen omdat die gewenst is. Het is slechts een niet te vermijden tussenstap om de ZZP-systematiek in eerste instantie per sector budget-neutraal in te voeren. In een latere fase is harmonisatie tussen de sectoren voorzien.

2.b.3. Aanpassing van de regelgeving.

De modernisering van de AWBZ ging uit van een strikt individuele benadering. Het Bza en het Zorgindicatiebesluit (Zib) zijn op dat uitgangspunt gebaseerd. De ZZP-systematiek is veel meer gebaseerd op een doelgroepbenadering. De bestaande regelgeving verhoudt zich slecht tot zo'n doelgroepgerichte benadering. De Centrale Raad van Beroep gaat hier in een uitspraak van oktober 2009 verder op in³. Op grond daarvan is per 1 januari 2011 een wijziging van het Bza en het Zib voorzien, waarin de ZZP-systematiek beter is geborgd. Het departement onderzoekt de mogelijkheden om ook in de extramurale zorg met zorgzwaartepakketten te werken.

2.b.4. Ontwikkelingen in de indicatiepraktijk

Met de invoering van de modernisering van de AWBZ bepaalde het Zib dat het indicatieorgaan alle functies apart moest indiceren, en van elk daarvan de omvang in tijd moest bepalen.

³ Centrale Raad van Beroep (Voorzieningenrechter), 28 oktober 2009, nr09/4232 AWBZ-VV,, LJN:BK4423; RZA 2010/6.

De indicatiestelling vond plaats in een aantal stappen:

Eerst bepaalde het indicatieorgaan of er wel sprake was van AWBZ-problematiek: heeft de verzekerde een of meer van de aandoeningen, beperkingen of handicaps die in het Bza zijn genoemd? Met andere woorden: is er een grondslag?

Vervolgens inventariseerde de indicatiesteller de beperkingen van de verzekerde, en gaf aan welke functies en klassen nodig waren. Deze systematiek werd ook gebruikt in de geautomatiseerde systemen die werden gebruikt.

De grondslag was daarbij alleen een toegangsvoorwaarde, en was niet bepalend voor de te indiceren zorg. Om welke grondslag het precies ging was niet van groot belang.

Centralisering indicatiestelling

Artikel 9a AWBZ bepaalt dat het college van B&W een indicatieorgaan in stand houdt. Formeel is de indicatiestelling voor de AWBZ een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De veelheid aan indicatieorganen leidde tot grote onderlinge verschillen in de indicatiestelling. Dat was ongewenst.

Per 1 januari 2005 werd de indicatiestelling landelijk opgedragen aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ⁴). Het CIZ heeft hard gewerkt aan uniformering van de indicatiestelling en de automatisering daarvan.

De bestaande indicatiesystematiek, waarbij als eerste stap de grondslag werd bepaald, werd geformaliseerd in het afwegingskader dat het CIZ als beleid heeft vastgesteld (het zogenoemde trechtermodel). Deze systematiek werd ook geïntegreerd in het geautomatiseerde systeem dat het CIZ bij de indicatiestelling gebruikt.

Dominante grondslag

Zorgkantoren moeten de verzekerde toeleiden naar een passend aanbod. Om dat te vergemakkelijken is het nuttig te weten welke sector dat is⁵. Als er sprake was van meer grondslagen tegelijk werd de belangrijkste ingevoerd (dominante grondslag). Die verwees naar de betreffende sector. Zolang dat geen gevolgen had voor de te indiceren zorg, leverde dit geen problemen op. Het ging er alleen om dat aan de toegangsvoorwaarde was voldaan, namelijk dat er tenminste één grondslag aanwezig was.

⁴ De landelijke werking is gerealiseerd doordat alle gemeenten de indicatiestelling aan het CIZ hebben opgedragen.

⁵ Dit gold ook voor de andere systemen die al vóór de centralisering van de indicatiestelling werden gebruikt.

Het Bza en het Zib zijn na de invoering van de modernisering van de AWBZ per 1 april 2003 niet wezenlijk veranderd. De wettelijke aanspraken gaan uit van afzonderlijke functies. Formeel moet het CIZ de afzonderlijke functies indiceren en de benodigde omvang ervan in tijd. Bij verblijf moet het de tijd voor alle functies samen vaststellen⁶. Het Zib bepaalt dat het indicatieorgaan de zorg moet indiceren waarop de verzekerde is aangewezen. Daarbij is de omvang niet gemaximeerd.

Indicatiestelling in ZZP's

Het ZZP is als zodanig geen aanspraak. Het is ontwikkeld als bekostigingsinstrument. Er is daarom geen enkele formele relatie tussen de grondslag en het ZZP. Om de indicatiestelling en bekostiging op elkaar aan te laten sluiten, indiceert het CIZ in de vorm van zorgzwaartepakketten, overeenkomend met de functies en totale tijd zoals die in de bekostiging is vastgesteld.

Om een ZZP te kiezen, gebruikt het CIZ de dominante grondslag. In de geautomatiseerde systematiek is het niet mogelijk een ZZP te kiezen uit een andere reeks dan de vastgestelde grondslag.

Als iemand is aangewezen op verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg, ligt het voor de hand dat hij een ZZP uit de V&V-reeks krijgt. Die zijn in 2004 in de V&V-sector op grond van de oorspronkelijke definities vastgesteld. Als dan bij de eerste stap in het proces een andere grondslag, bijvoorbeeld een lichamelijke handicap of zintuiglijke handicap wordt aangevinkt, is het niet meer mogelijk het goede (V&V) ZZP te kiezen.

Ouderen met neurologische of orthopedische problematiek krijgen een ZZP uit de reeks LG, ouderen die door ouderdom slechthorend en/of slechtziend zijn geworden een ZZP uit de reeks ZG.

De ZZP's uit die reeksen zijn gebaseerd op de populatie in de LG en ZG-sector in 2004/2005. De hier bedoelde ouderen woonden toen in V&V-instellingen. En zijn daar ook het best op hun plaats.

2.c. Grondslagen

2.c.1. Oorspronkelijk belang van de grondslagen

Bij de invoering van de functiegerichte aanspraken waren de grondslagen indicatief voor de doelgroepen van de AWBZ. De AWBZ biedt niet voor elk probleem een oplossing. Het was daarom van belang het domein van de AWBZ te duiden.

⁶ Artikel 13 Zib.

Om voor zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van specifieke problematiek. Afgezien van een enkele uitzondering (verpleging bij een verstandelijke handicap is bijvoorbeeld niet mogelijk), is het mogelijk bij elke grondslag elke functie in de benodigde omvang te indiceren. De grondslag was vooral de vaststelling dat het ging om een probleem waarvoor AWBZ-zorg is aangewezen. Tussen de grondslagen bestond veel overlap. Gezien het doel ervan, het vaststellen van het AWBZ-domein, was dat geen probleem.

De term grondslag is nergens in de regelgeving terug te vinden. Zeker geen nadere definitie ervan.

In de Memorie van toelichting staat slechts: "Steeds moet sprake zijn van een gebrek, beperking of aandoening waardoor iemand het niet meer zelfstandig redt, bijvoorbeeld niet meer zelfstandig zijn huishouden kan verzorgen, niet meer in staat is zichzelf te verzorgen of niet meer in staat is op eigen kracht te participeren in de maatschappij. Sommige functies, zoals «huishoudelijke verzorging», «persoonlijke verzorging» en «ondersteunende begeleiding» ondersteunen daarbij rechtstreeks deze doelen. Andere functies, zoals «verpleging», «activerende begeleiding» en «behandeling» zijn veeleer gericht op het gebrek of de aandoening. Per functie is daarom aangegeven op welke gronden iemand in aanmerking komt voor die functie en wat het doel is van het inzetten van de functie."

De betekenis van de grondslagen is historisch en sectoraal bepaald. In achterliggende documenten als het AWBZ-Kompas zijn de grondslagen dan ook geduid in aansluiting op die historisch bepaalde betekenis.

Die duidingen werden vervolgens opgenomen in de beleidsregels voor de indicatiestelling. De meeste omschrijvingen, zoals die van de grondslagen somatiek, psychogeriatric en lichamelijke handicap waren tamelijk vaag omschreven, zodat er sprake was van enige overlap. In de praktijk bood dat de nodige flexibiliteit.

2.c.2. Dominante grondslag

Zeker bij verzekerden die zijn aangewezen op verblijf in een instelling spelen vaak verschillende soorten problemen tegelijk: er is dan sprake van een "dubbele grondslag". Ook meer dan twee is mogelijk. Voor zorgkantoren is het belangrijk te weten naar welk soort aanbieder ze een verzekerde het best kunnen doorsturen. Om dat aan te kunnen geven ontstond het idee van de "dominante grondslag". Dat houdt in dat bij aanwezigheid van meer grondslagen het indicatieorgaan de grondslag met de meeste impact noteert en via de AZR (AWBZ-brede Zorgregistratie) doorgeeft aan het zorgkantoor.

In de uitvoeringspraktijk heeft de dominante grondslag vooral door de pakketmaatregel van 2008 en de zorgzwaarte-bekostiging een andere, veel grotere rol gekregen.

2.d. Andere ontwikkelingen

2.d.1. Invoering Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg beoogt "een samenhangend aanbod van jeugdzorg te realiseren, dat aansluit op de behoefte, de toegang tot de jeugdzorg alsmede de bekostiging van de jeugdzorg waarop ingevolge deze wet aanspraak bestaat⁷."

Een van de elementen om de gewenste samenhang te bereiken was een integrale toegang tot alle benodigde zorg. De BJZ's kregen ook de opdracht voor AWBZ-zorg te indiceren bij psychiatrische problematiek. In een volgende fase zouden ze ook de indicatiestelling voor jeugdigen met een verstandelijke handicap uitvoeren.

Uit de Memorie van toelichting: "Het in het wetsvoorstel geregelde bureau jeugdzorg zal op basis van degelijk en zonodig multidisciplinair onderzoek de problemen van een jeugdige analyseren en die jeugdzorg indiceren die een antwoord kan bieden op de problemen. Daarbij treedt het bureau buiten de sfeer van de huidige jeugdhulpverlening, omdat ook gezien wordt of de zorg geboden moet worden door de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor verstandelijk gehandicapten of binnen het regime van een justitiële jeugdinrichting. Het bureau jeugdzorg dat onafhankelijk van zorgaanbieders werkt, zal objectief bezien waar jeugdigen met (complexe) problematiek het beste geholpen kunnen worden. Ook zal de geïntegreerde toegang, gekoppeld aan het recht op jeugdzorg en het integrale hulpverleningsplan, de huidige problematiek van «moeilijk plaatsbare» jeugdigen voorkomen."

Met de inwerkingstelling van de (volledige) Wet op de jeugdzorg per 1 januari 2005, werden de BJZ's verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor GGZ-zorg voor jeugdigen⁸. De indicatiestelling voor verstandelijk gehandicapten is tot nu toe niet aan hen opgedragen⁹.

Voor verzekerden met een psychiatrische aandoening én andere problematiek, zoals verstandelijke en cognitieve beperkingen, zijn zowel CIZ als BJZ (ieder voor hun deel) bevoegd te indiceren.

Werkafspraken waarbij het CIZ de totale indicatie uitvoerde als er meer grondslagen aan de orde waren, zijn door de CRvB

⁷ Considerans Wet op de jeugdzorg.

⁸ Wet op de jeugdzorg artikel 5 lid twee onderdeel b.

⁹ Artikel 5 lid 2 onderdeel c Wet op de jeugdzorg is nog niet in werking gesteld.

onrechtmatig bevonden¹⁰. De CRvB stelt dat BJZ en CIZ ieder voor hun deel moet indiceren, en daarover onderling afstemming moeten vinden.

2.d.2. Pakketmaatregel 1 januari 2008

Bij de pakketmaatregel van 1 januari 2008, werd de functie individuele ondersteunende begeleiding geschrapt voor de somatische grondslag. Niet de beperkingen op zich waren bepalend voor de vraag of iemand aanspraak had op zorg of niet, maar de vraag of hij een somatische aandoening had of een lichamelijke handicap.

Voor de uitvoeringspraktijk was de bestaande overlap tussen beide grondslagen daarom problematisch. Dat noopte tot een scherpere, onderscheidende definitie van beide grondslagen. De wet gaf die niet.

Het is daarbij belangrijk te beseffen dat dit scherpe onderscheid alleen nodig was voor de *extramurale* zorg. Intramuraal gold de beperking niet. Daar werd alle begeleiding geboden die nodig was.

Het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) ontwikkelde in interne werkinstructies nieuwe definities. Die nieuwe definities werden overgenomen in de beleidsregels indicatiestelling. De kritiek daarop was dat die definities niet goed aansloten bij het feitelijke onderscheid tussen de sectoren. Het CVZ heeft in zijn advies over de beleidsregels indicatiestelling gewezen op de gevolgen die dit zou hebben voor de uitvoeringspraktijk¹¹.

2.d.3. Overheveling geneeskundige GGZ

De geneeskundige psychiatrische zorg is met ingang van 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Dat betekende dat voor de uitvoeringspraktijk het onderscheid tussen psychiatrische zorg en andere zorg bij mentale problematiek, zoals psychogeriatrische problematiek en verstandelijke of cognitieve beperkingen, van groter belang werd. De vraag is daarbij in hoeverre het scherp is te bepalen of bepaalde (gedrags)problematiek voortkomt uit een psychiatrisch probleem, een verstandelijke handicap, of een psychogeriatrisch probleem of cognitieve beperkingen.

Bij AWBZ-verblijf met behandeling (voor een niet-psychiatrisch beeld) is een oplossing gevonden door in artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) een bepaling op te nemen, dat de psychiatrische behandeling integraal deel uitmaakt van de behandeling die ten laste van de AWBZ wordt geboden.

¹⁰ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige Kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152.

¹¹ Brief van het CVZ aan de staatssecretaris van VWS van 18 november 2008; Toets beleidsregels indicatiestelling AWBZ (kenmerk GS/28105111).

De levering van geneeskundige psychiatrische zorg lijkt in de praktijk niet in het gedrang te komen.

2.d.4. Pakketmaatregel 2009

Bij de pakketmaatregel die met ingang van 1 januari 2009 is genomen, werden de drie functies behandeling, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding teruggebracht tot twee functies: behandeling en begeleiding. De functie activerende begeleiding kwam deels onder behandeling, deels onder begeleiding te vallen.

De in 2008 ingevoerde beperking van ondersteunende begeleiding voor de grondslag somatiek verviel. Wel werd de aanspraak begeleiding zelf beperkt tot een aantal activiteiten. Daarvan is ook het doel aangegeven, namelijk het bevorderen van de zelfredzaamheid en het voorkomen van opname.

Ook de toegangsnorm is aangegeven: er bestaat alleen aanspraak op begeleiding als er sprake is van matige of zware beperkingen op een aantal terreinen. In de beleidsregels indicatiestelling zijn die geoperationaliseerd.

Belangrijk is te constateren dat het artikel over begeleiding voor de aanspraak op zorg vooral aansluit bij de gesignaleerde beperkingen. De grondslagen zijn alleen een eerste domein-afbakening. De noodzaak van scherpe definities van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap was vervallen. De maatregel van 2008 was immers vervallen.

3. Uitvoeringsproblemen

3.a. Probleemverduidelijking

Uit bovenstaande overzicht blijkt dat de uitvoeringspraktijk in de AWBZ in de afgelopen zeven jaar sterk is gewijzigd. Deels is dat het gevolg van de manier waarop de uitvoeringssystemen zich in de praktijk min of meer autonoom hebben ontwikkeld, deels is dat het gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving.

De uitvoeringspraktijk is een keten die bestaat uit een reeks afzonderlijke schakels. Met name gaat het om indicatiestelling, zorginkoop, zorgtoewijzing, levering en bekostiging. Een goede uitvoeringspraktijk vereist dat die schakels logisch met elkaar samenhangen.

Op bepaalde punten zijn sommige schakels in het uitvoeringssysteem gewijzigd. Aanpassing van de ene schakel heeft gevolgen voor een volgende. Die gevolgen zijn niet altijd integraal doorgevoerd, waardoor de samenhang in de onderdelen van de uitvoeringssystematiek is verminderd.

Vooral de volgende drie algemene ontwikkelingen zijn van belang:

- De grondslagen hebben in de uitvoeringspraktijk een heel andere functie gekregen dan die waarvoor de wetgever ze oorspronkelijk had bedoeld. Oorspronkelijk waren ze bedoeld als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ en om het AWBZ-domein af te bakenen van andere domeinen. Nu is de belangrijkste functie de verschillende doelgroepen strikt van elkaar te onderscheiden. Omdat er altijd overlap was tussen de grondslagen zijn ze daarvoor niet geschikt.
- De definitie van de grondslagen somatische aandoening en lichamelijke handicap zijn voor de indicatiestelling gewijzigd, terwijl de regelgeving (Bza), en de zorgzwaartepakketten zijn gebaseerd op de oude definities. Er is daarom geen eenheid van taal in de keten.
- In de zorgzwaartesystematiek hebben de grondslagen een veel belangrijkere rol gekregen dan bedoeld. Het vaststellen van de “dominante grondslag” diende aanvankelijk slechts praktische doelen, en had geen gevolgen voor de indicatie. Na de invoering van de zorgzwaartebekostiging is de dominante grondslag bepalend voor het te indiceren ZZP.

De verminderde samenhang tussen de verschillende onderdelen van de keten, en de veranderde rol van de grondslagen bij de indicatiestelling uit zich vooral in de problemen die het CVZ in de volgende paragrafen beschrijft.

Het gaat om de volgende zaken:

1. het indiceren van niet passende zorgzwaartepakketten;
2. budgettaire gevolgen;
3. partneropname;
4. mentale problematiek;
5. bevoegdheidsverdeling CIZ en jeugdigen.

De ontstane uitvoeringspraktijk belemmert ook de verdere ontwikkeling van de zorgzwaartebekostiging. Het CVZ gaat ook daar op in.

De aandoening die iemand heeft, zegt niet alles over de soort AWBZ-zorg die nodig is. Ter illustratie:

- *Eenzelfde soort aandoening, bijvoorbeeld een gendefect, kan leiden tot verschillende grondslagen: de grondslag somatiek (ziekte van Pompe), een lichamelijke handicap (ziekte van Duchenne), de grondslag verstandelijke handicap (ziekte van Down), en de grondslag psychiatrie (fragiel X-syndroom) en een zintuiglijke handicap (syndroom van Usher).*
- *Dat twee aandoeningen tot een verschillende grondslag horen, zegt vervolgens weinig over de beperkingen en de benodigde zorg: iemand met de ziekte van Pompe (somatisch) heeft vergelijkbare beperkingen als iemand met de ziekte van Duchenne (lichamelijke handicap). Iemand met het fragiele X-syndroom heeft ook vaak motorische problemen, maar vaak ook verstandelijke beperkingen.*
- *Een bloeding in de hersenen kan leiden tot een lichamelijke handicap, een verstandelijke handicap, of een somatische aandoening. Perinatale bloedingen leiden tot een lichamelijke of verstandelijke handicap, op latere leeftijd tot een somatische aandoening of lichamelijke handicap.*
- *De grondslag kan in de loop der tijd veranderen: een CVA is, zolang verbetering mogelijk is, een somatische aandoening, daarna een lichamelijke handicap. Het verschil daartussen is vooral semantiek.*
- *Voor de vaststelling van de grondslag psychiatrie wordt vaak gerefereerd aan de DSM IV classificatie. Psychogeriatrische problematiek en verstandelijke beperkingen zijn daarin ook vermeld.*

3.b. Indicaties voor niet-passende ZZP's

3.b.1. ZZP's als taal in de keten verstoord

De ZZP's zijn inmiddels de "taal" van de keten van het vaststellen van de ZZP's, de indicatiestelling, tariefvaststelling, zorginkoop, levering, bekostiging en toezicht¹². In elke stap van het uitvoeringsproces is het ZZP de eenheid waarover het gaat. Zoals in paragraaf 2.b. is uitgelegd, is die taal nog gebaseerd op de sectorale indeling.

Het enige doel van de indicatiestelling is vast te stellen welke zorg het meest passend is bij het probleem van de verzekerde¹³.

In de in de praktijk gegroeide indicatiesystematiek bestaat de eerste stap uit het vaststellen van de grondslag. Als eenmaal een grondslag is gekozen, biedt het geautomatiseerde systeem van het CIZ niet meer de mogelijkheid een ZZP uit een andere sector te indiceren.

Het vaststellen van de grondslag vindt plaats op grond van de definities zoals die in de beleidsregels indicatiestelling 2008 zijn geïntroduceerd. De ZZP's zijn echter gebaseerd op de definities van de grondslagen zoals die daarvoor bestonden. Er is daarom geen eenheid van begrippen tussen de beleidsregels voor de indicatiestelling en de ZZP's.

Daardoor komt het frequent voor dat een verzekerde die zonder meer het best geholpen is met verblijf en zorg in een V&V-instelling¹⁴ geen ZZP krijgt geïndiceerd voor die sector, maar voor een lichamelijke handicap. Maar ook komt frequent voor dat iemand die het best past in het profiel van de ZZP's van de sector lichamelijke gehandicapten een indicatie voor een ZZP uit de V&V-reeks krijgt. De indicatiestelling mist daarmee zijn doel.

Zoals uit het kader in de vorige paragraaf blijkt, is er geen vaste relatie tussen de ziekte of aandoening en de benodigde zorg. Zeker als er sprake is van multiproblematiek. De aard van de benodigde zorg hangt van meer factoren af dan de vraag wat de achterliggende aandoening is.

Iemand die op vrij jonge leeftijd een CVA doormaakt, ziet zich geconfronteerd met heel andere problemen dan een oudere persoon die een CVA doormaakt. Hij heeft behoefte aan zorg die is gericht op arbeidsmatige activiteiten of vervanging

¹² formeel zijn de aanspraken nog niet in ZZP's geformuleerd. Er wordt echter gewerkt aan aanpassing van de regelgeving.

¹³ Artikel 9a AWBZ juncto artikel 2 en 13 Zib

¹⁴ Het gaat bijvoorbeeld om oude mensen met een herseninfarct, die vanwege restverschijnselen moeten verblijven in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Zij krijgen echter een indicatie voor een instelling voor lichamelijk gehandicapten.

daarvan, en op onderhouden en aangaan van sociale contacten buiten de instelling. De aard van het behandel- en begeleidingsplan is dan ook veelal niet alleen op stabilisatie gericht, maar ook op ontwikkeling. De behandeling en begeleiding bij de oudere is vaak meer gericht op stabilisatie en begeleiding bij achteruitgang. De doelen in de cliënt-profielen ZZP-reeksen van de sectoren V&V en lichamelijk gehandicapten verschillen op dat punt dan ook.

De ZZP-systematiek is op die verschillende doelen van de zorg gebaseerd. In de cliëntprofielen staan de doelgroep en de aard van de behandeling en begeleiding beschreven. Die zijn bepalend voor de soort zorg die nodig is, en dus welk ZZP aan de orde is. Niet zozeer de aandoening(en) zelf.

3.b.2. Uitvoeringspraktijk

Geen enkele partij wil dat mensen die het best af zijn in een V&V-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) terecht moeten in een instelling voor lichamelijk gehandicapten (LG). De verzekerde voelt er zich niet op zijn plaats, de zorg is niet passend, en het is duurder (zie paragraaf 3c).

In de praktijk gaan zorgkantoren en aanbieders daar in verschillende regio's verschillend mee om. Vaak hebben zij een work-around rond de formele indicatie ontwikkeld. Als een verzekerde het best op zijn plaats is in een instelling voor lichamelijk gehandicapten, maar een somatische indicatie heeft, zetten zorgkantoor en aanbieder de indicatie om naar ZZP van de passende grondslag.

Dit zogenoemde "omkatten" van indicaties is bij de zorgkantoren niet steeds hetzelfde geregeld. Sommige hanteren een omzettingstabel, op grond waarvan de aanbieder een ander ZZP kan declareren. Andere zorgkantoren geven toestemming nadat de aanbieder voor een individuele bewoner een "omzettingsformulier" heeft ingevuld. Voor aanbieders die met verschillende zorgkantoren te maken hebben, betekent dit dat cliënten met een gelijke indicatie verschillende ZZP's krijgen geleverd.

Soms gebeurt het omkatten in overleg tussen zorgkantoor en aanbieder. Maar ook zijn er situaties waarin de aanbieder feitelijk gedwongen is een ander ZZP te leveren dan het ZZP dat is geïndiceerd.

Het beeld ontstaat¹⁵ dat er een veelheid aan oplossingen is. Soms neemt het zorgkantoor de regie, en zijn er "omzettingstabellen". Meestal levert dat voor de verzekerde minder zorg op dan is geïndiceerd. Ook komt het voor dat zorgkantoren individuele verzekerden verwijzen naar een

¹⁵ Bron: reacties van partijen op een conceptversie van dit rapport

andere instelling dan uit de sector van zijn indicatie.

Soms kiezen instellingen ervoor direct een nieuwe indicatie aan te vragen voor een wel passend ZZP. Een andere keer vindt men de oplossing in aanpassing van de gegevens in de AZR.

Het is de vraag wat dan nog de zin van de indicatiestelling is. Het enige doel van de indicatiestelling is vast te stellen op welke zorg een verzekerde is aangewezen. Afgezien daarvan levert het repareren van niet-passende indicaties nodeloze bureaucratie op.

Het afgeven van een indicatie voor een niet-passend ZZP belemmert ook de keuzevrijheid en de rechtspositie van de verzekerde. Die is voor de levering van de meest passende zorg afhankelijk van de medewerking van aanbieders en zorgkantoren (en toezichthouders) om die indicatie om te zetten in een passende indicatie. Hij kan dat niet afdwingen. De informatieverstrekking naar cliënten is hierbij vaak beperkt¹⁶.

Rechtmatigheid

Ook is het de vraag of dergelijke “work-arounds” rechtmatig zijn. In feite wordt niet de geïndiceerde zorg geleverd, maar andere, meestal minder zorg. Daarnaast is het de vraag in hoeverre een instelling die op grond van de WTZi is toegelaten voor een bepaalde doelgroep, andere doelgroepen mag bedienen¹⁷.

Niet in de laatste plaats levert dit alles onduidelijkheid op in de relatie tussen zorgkantoor en aanbieder. De overeenkomst tussen beide bepaalt vrijwel altijd dat de instelling de geïndiceerde zorg moet leveren. Maar ook dat de instelling zorg moet leveren aan de doelgroep waarvoor zij is toegelaten.

Tenslotte is het de vraag of het zorgkantoor op eigen gezag andere zorg mag toewijzen dan is geïndiceerd. De Centrale Raad van Beroep heeft bepaald dat het indicatieorgaan en het zorgkantoor strikt gescheiden taken hebben. Het zorgkantoor is volgens de Raad zonder meer gehouden aan de gestelde indicatie¹⁸.

¹⁶ Bron: reacties van partijen op het concept van dit rapport.

¹⁷ Bij de generieke omzetting van toelatingen in verband met de invoering van de functiegerichte aanspraken per 1 april 2003 is deze vraag ook aan de orde geweest. Het CVZ, dat toen verantwoordelijk was voor de toelating van instellingen, heeft aangegeven dat de toelating indicatief was. Op beperkte schaal kan ook aan andere doelgroepen zorg worden geleverd. Er is niet vastgesteld wat “beperkte schaal” inhoudt.

¹⁸ Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 1 april 2009, nr07/1689 AWBZ, LJN:BH9439, RZA 2009/51

3.b.3. Zorginkoop en zorglevering "sectorvreemde ZZP's"

Zorgkantoren kopen zorg in bij aanbieders. Verzekerden met een indicatie kunnen zich tot een gecontracteerde aanbieder wenden voor de levering van de geïndiceerde zorg, voor zover die aanbieder door het zorgkantoor is gecontracteerd.

De toelating voor het bieden van verblijf is gekoppeld aan een bepaalde sector. Ook bij de toelating gelden de oorspronkelijke definities. Een indicatie op grond van de definities die in de beleidsregels indicatiestelling 2008 zijn geïntroduceerd, sorteert niet goed voor op de meest passende sector. De mogelijkheid voor zorgkantoren om zogenoemde "sector-vreemde ZZP's" in te kopen is beperkt omdat de toelating voor verblijf nog sectoraal is. Een sectorvreemd ZZP is een ZZP voor een andere sector dan waarvoor de instelling is toegelaten.

Zorgkantoren zijn verplicht passende en kwalitatief goede zorg in te kopen. Instellingen zijn bouwkundig op een doelgroep ingericht, en hebben daarvoor de benodigde expertise opgebouwd.

Het leveren van sectorvreemde ZZP's als reparatie van een niet passende indicatie is een omkering van het systeem. Wat passend is, moet blijken uit de indicatie. Zorgkantoor en aanbieder kunnen de indicatie niet opzij zetten.

De levering van een sectorvreemd ZZP kan op zich heel gewenst zijn. Bijvoorbeeld een oudere verpleegbehoeftige verslaafde ex-dakloze. Die is waarschijnlijk veel beter af in de MO-instelling waar hij al verblijft dan in een verzorgingshuis. Het gaat dan echter niet om de reparatie van een verkeerde indicatie, maar om de levering van de (juist geïndiceerde) zorg door een zorginstelling uit een andere sector. Zolang de toelating op grond van de WTZi sectoraal is, en de indicatiestelling feitelijk ook, zal de noodzaak van sectorvreemde zorglevering in specifieke situaties blijven bestaan. Maar dan op inhoudelijke gronden.

Hierboven is beschreven dat zorgkantoren en instellingen een work-around hebben ontwikkeld, zodat de verzekerde een ander ZZP dan het geïndiceerde ontvangt. Meestal met minder zorg. Het ligt echter ook voor de hand dat verzekerden erop staan de geïndiceerde zorg te ontvangen, en niet minder dan dat. Zeker als het gaat om een PGB. Er is dan geen enkele rechtsgrond om dat te weigeren. Dat leidt tot onnodige meerkosten (zie 3c.)

3.c. Budgettaire gevolgen

De tarieven voor de ZZP's zijn berekend op basis van sectorale budgetneutraliteit. Zoals in paragraaf 2b is uitgelegd, zijn historisch ontstane onevenwichtigheden tussen sectoren in de ZZP-sysmatiek opgenomen.

De tarieven voor de sector LG zijn substantieel hoger dan die in de sector V&V¹⁹. Ter illustratie:

- *het laagste tarief voor langdurig verblijf binnen de sector V&V is €57,44 en binnen de LG €84,64;*
- *het hoogste tarief van langdurig verblijf voor mensen met ernstige somatische beperkingen in de V&V (VV6) is zonder dagbesteding €138,90. Het hoogste ZZP zonder dagbesteding binnen de LG €162,32;*
- *Mét dagbesteding is dat respectievelijk €162,32 en €194,36;*
- *Als ook behandeling nodig is, zijn de tarieven resp. €162,32 in de V&V en €227,64 in de LG.*

De nieuwe definities hebben tot gevolg dat veel verzekerden die vóór de herdefinitie een V&V indicatie kregen, nu een LG indicatie ontvangen. Dat is eenodeloos dure indicatie.

Het omgekeerde, dat verzekerden die voorheen een LG-indicatie kregen, maar nu een somatische indicatie, komt ook relatief vaak voor. Die indicatie is goedkoper dan een LG-indicatie. Afgezien van de vraag of zij daarmee voldoende zorg krijgen, compenseert dat niet de extra kosten van de ouderen die ten onrechte een LG-indicatie krijgen. Want de populatie ouderen die een te dure (LG)indicatie krijgen, is veel groter dan de populatie lichamelijk gehandicapten die een goedkopere (somatische) indicatie krijgen.

Het feit dat zorgkantoren en aanbieders een work-around voor deze indicaties hebben ontwikkeld (zie 3.a.2.), dempt de budgettaire gevolgen enigszins, maar als het geïndiceerde ZZP wordt verzilverd, treden aanzienlijke, en onnodige meerkosten op.

Als verzekerden hun indicatie willen verzilveren in de vorm van een PGB, is er geen enkele mogelijkheid voor zorgkantoren om een lager PGB te bieden dan waarop de verzekerde op grond van zijn indicatie recht heeft.

Ook vloeit onbedoeld budget van de ene sector naar de andere. De oorspronkelijke sectorbudgetten zijn immers op de oorspronkelijke definities gebaseerd. Het is niet duidelijk in hoeverre dit effect optreedt.

3.d. Partneropname

Vóór de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003, kon de partner van een verzekerde die in het verzorgingshuis werd opgenomen, meeverhuizen naar het verzorgingshuis (partneropname).

¹⁹ Bron: NZa: Beleidsregel CA 395.

In een functiegericht systeem is een onderscheid op grond van het soort instelling niet meer mogelijk. Aanvankelijk (april 2003) maakte de mogelijkheid voor partneropname geen onderdeel uit van het nieuwe Bza. Onder druk van de Tweede Kamer werd partneropname echter al snel weer mogelijk gemaakt. Omdat koppeling aan een soort instelling (verzorgingshuis) niet mogelijk was, werd gekozen voor de koppeling aan de grondslagen voor de sector V&V: de grondslagen somatiek en psychogeriatric. Dat kwam tegemoet aan de bedoeling van de maatregel.

De herdefinitie van de grondslagen heeft tot gevolg dat sommige verzekerden die voorheen samen met hun partner konden verblijven, nu gedwongen zijn hun partner achter te laten. Ze krijgen een grondslag LG. De partners van verzekerden die een grondslag LG krijgen, hebben geen aanspraak om met hun partner mee te verhuizen.

Als een van de partners door ernstige artrose en/of een CVA in een verzorgingshuis moet wonen, zou de partner voorheen zonder meer mee kunnen verhuizen. Ouderen met dergelijke problemen kregen de grondslag somatiek. Nu is dat een lichamelijke handicap, en mag de partner niet meeverhuizen.

3.e. Mentale problematiek

Dit rapport gebruikt de term mentale problematiek als verzamelbegrip voor alle gedragsproblemen en beperkingen die optreden op grond van functiestoornissen in het brein en de psyche: psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen, cognitieve en psychogeriatric problematiek.

3.e.1. Complex van oorzaken

Zeker bij de groep verzekerden die zijn aangewezen op langdurig verblijf in een AWBZ-instelling is er bij mentale problematiek vaak sprake van een complex van oorzaken, waarbij niet is te achterhalen welke problemen voortkomen uit een psychiatrische stoornis, en welke op grond van een andere stoornis of beperking. De verschillende stoornissen grijpen zodanig op elkaar in, dat het onmogelijk is een onderscheid te maken. Een "dominante grondslag" is dan niet te bepalen. Zeker omdat niet steeds dezelfde soort problemen op de voorgrond staan. De "dominante grondslag" kan in de tijd wisselen. Soms frequent.

Verzekerden die zijn aangewezen op zwaardere vormen van verblijf in instellingen voor zintuiglijk of lichamelijk gehandicapten, hebben relatief vaak ook psychiatrische problemen, cognitieve beperkingen, en/of een verstandelijke handicap. Bij ouderen komen steeds vaker combinaties van verstandelijke handicap of psychiatrische problematiek met psychogeriatric aandoeningen voor. Ook gaan sommige somatische aandoeningen gepaard met psychische

ontregeling, zoals een delier.

Voor een verzekerde met chronisch psychiatrische problematiek die vanwege zijn ouderdom ook lichamelijke beperkingen, "frailty" en dementie ontwikkelt, is niet gemakkelijk uit te maken wat de beste setting is. Vaak is de beste keuze hem niet te laten verhuizen. Maar wat de beste oplossing is, is vaak alleen op individueel niveau te bepalen.

Zeker als er sprake is van complexere problematiek, waarvoor verblijf noodzakelijk is, is de keuze voor één dominante grondslag vaak arbitrair. De (complexe) oorzaak van de problematiek is niet bepalend voor de meest passende zorg, maar het beperkingenpatroon en de aard van het totale beeld. Maar vooral gaat het om de aard en doelstelling van de zorg. Bij cognitieve beperkingen is andere zorg nodig dan bij somatische beperkingen, ook als de achterliggende aandoening dezelfde is.

Dat de dominante grondslag zelf niet persé bepalend is voor de noodzaak van verblijf blijkt uit de cliëntprofielen van zintuiglijk gehandicapten. De intensiteit van hun zorgvraag komt niet in eerste instantie voort uit hun slechthoortheid of doofheid, maar vooral uit hun mentale functioneren.

De grondslagen voor een visuele of auditieve handicap zijn vastgelegd in goed meetbare parameters als visusverlies, verlies van decibellen en afhankelijkheid van hulpmiddelen.

Alleen op grond van functieverlies van de zintuigen is vrijwel niemand op verblijf in een instelling voor zintuiglijk gehandicapten aangewezen. Ook jongere doofblinde mensen blijken bijvoorbeeld goed in staat zelfstandig te wonen. Mensen met ouderdomsdoofblindheid passen vooral in het cliëntprofiel van VV4 (die groep wordt daarin specifiek genoemd), niet in een ZG-profiel.

De noodzaak van verblijf ontstaat vooral door de verstandelijke beperkingen en psychiatrische aandoeningen en het daarmee gepaard gaande regieverlies, die bij sommige ziektebeelden gepaard gaan met zintuiglijke beperkingen. Dat blijkt ook uit de cliëntprofielen van de ZG-sector, waarin, behalve in ZG(visueel)1, steeds sprake is van gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek.

Het individuele beperkingenpatroon en de daarbij benodigde zorg zijn veel bepalender voor het te indiceren ZZP dan de grondslag.

3.f. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg

De vervlechting van psychiatrische problematiek met andere aandoeningen, stoornissen en beperkingen, levert ook problemen op voor de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg.

Als sprake is van een psychiatrische aandoening, moet het Bureau Jeugdzorg indiceren. Als daarnaast sprake is van andere problematiek, zoals een verstandelijke handicap, moet het CIZ voor dat deel van de zorg indiceren. Dit leidt, juist als het om complexere problematiek gaat, tot veel onduidelijkheid over de vraag welke instantie welke zorg moet indiceren, met veel heen- en weerschuiven van dossiers tot gevolg. De problemen zijn in de praktijk vaak niet uit te splitsen naar problemen die voortkomen uit de verstandelijke handicap, en problemen die het gevolg zijn van een psychiatrische aandoening.

De werkafspraken die het CIZ en de BJZ's tot voor kort hadden om elkaars werkterrein af te bakenen, zijn door de Centrale Raad van Beroep onwettig bevonden²⁰. De CRvB stelt dat bij de aanwezigheid van een dubbele grondslag onderlinge afstemming tussen CIZ en BJZ aangewezen is (eventueel met een gezamenlijk onderzoek). De Raad geeft aan dat het mogelijk is een gezamenlijk besluit af te geven, ieder voor de zorg waarvoor hij bevoegd is te indiceren.

De uitspraak veronderstelt dat de zorg die nodig is in verband met de psychiatrische aandoening te onderscheiden is van de zorg die ten gevolge van een andere aandoening (bijvoorbeeld een verstandelijke handicap) nodig is. In de praktijk is dat vaak niet te doen, omdat beide grondslagen op elkaar inwerken.

In de zelfde zaak stelt de CRvB dat, als uit de medische gegevens "blijkt dat de somatische beperkingen een relatie hebben met de complexe psychiatrische problematiek" uitsluitend BJZ bevoegd is.

Het is nog niet duidelijk wat de Raad hiermee bedoelt. Als de Raad alleen doelt op situaties waarin de somatische verschijnselen een uiting zijn van psychiatrische problemen (zoals een conversiestoornis) zijn de gevolgen van deze uitspraak beperkt.

Als is bedoeld dat uitsluitend BJZ bevoegd is om te indiceren als bij een bepaald ziektebeeld zowel psychiatrische als somatische symptomen aanwezig zijn (zoals het fragiele X-syndroom), of als de psychiatrische en somatische

²⁰ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152 met annotatie Tollenaar; zie ook Uitspraken www.cvz.nl – 2010054332 (2010106825); uitspraken www.cvz.nl – 2010057690 (2010084413).

beperkingen op een andere manier met elkaar zijn verweven, heeft dat grotere uitvoeringsconsequenties. In veel gevallen waarin nu het CIZ (deels) bevoegd is, moet dan BJZ voor het totaal indiceren. Uit de context van het geval waarover de uitspraak van de CRvB gaat, lijkt de Raad een bredere relatie dan alleen conversieproblematiek te bedoelen. Dat zou een verschuiving van werkzaamheden van het CIZ naar de BJZ's betekenen.

3.f.1. Problemen in het sociale systeem

Soms speelt in een gezin of een ander sociaal systeem ook problematiek van de ouder(s) een rol. De problematiek van het kind is dan vaak niet los te zien van die van de ouder.

Onvoldoende afstemming in de indicatiestelling en zorgtoeleiding kan ertoe leiden dat er verschillende aanbieders bezig zijn voor het kind en de ouder(s)²¹. Het beoogde doel: "één gezin, één plan"²² is dan niet te realiseren.

²¹ Bron: reactie van de Federatie Opvang op het concept van dit rapport.

²² Alle kansen voor alle kinderen, programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011

4. Oplossingsrichtingen

De zorgzwaartessystematiek is nog in ontwikkeling. De hier gesignaleerde problematiek rond grondslagen belemmert de verdere ontwikkeling die systematiek. Op langere termijn zijn daarom structurele maatregelen nodig. Het gaat dan om verdere harmonisatie van de ZZP's en het aansluiten bij de ICF²³. Het CVZ gaat hieronder eerst in op de langere termijn.

De huidige problematiek is echter zo dringend, dat op korte termijn (zo mogelijk met ingang van 1 januari 2011) oplossingen nodig zijn. De noodzakelijke maatregelen zijn heel eenvoudig, en kunnen voor veel mensen een probleem oplossen. Dat biedt dan gelijk de mogelijkheid om op langere termijn te werken aan verdere verbetering van het systeem, zoals de verdere harmonisering van de ZZP-systematiek en de aanpassing van terminologie.

Die oplossingen voor de korte termijn zijn daarom van groot belang. Het CVZ gaat daar in paragraaf 4b verder op in.

4.a. Langere termijn

4.a.1. Verdere ontwikkeling van de zorgzwaartebekostiging

Voor de intramurale zorg heeft VWS definitief gekozen voor een systeem dat is gebaseerd op de zorgzwaartepakketten. Voor de extramurale zorg onderzoekt het departement de mogelijkheden om tot een vergelijkbare systematiek te komen. De kern van de zorgzwaartessystematiek is dat mensen met een bepaald beperkingenpatroon (cliëntprofiel) zijn aangewezen op een bijpassend zorgarrangement. In het ZZP is dat arrangement globaal beschreven. Concretisering van de zorg vindt plaats in het individuele zorgplan dat de aanbieder en verzekerde in overleg opstellen.

De sectorale indeling van de huidige ZZP's was een noodzakelijke tussenstap om de invoering van de zorgzwaartebekostiging mogelijk te maken. Het is de bedoeling om in de toekomst de ZZP's van de verschillende sectoren te harmoniseren.

Om die harmonisatie mogelijk te maken, is het nodig om de grondslag geen belangrijker rol toe te dichten dan de oorspronkelijke. De huidige strikte koppeling tussen grondslag en een specifieke reeks ZZP's staat de gewenste harmonisatie in de weg.

Daarbij moet op de voorgrond staan dat de zorgzwaarte wordt bepaald door het beperkingenpatroon, maar ook door de sociaal-maatschappelijke situatie van verzekerden. Iemand van

²³ International classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Genève, 2001.

30 jaar heeft met gelijke beperkingen nu eenmaal andere zorgvragen dan iemand van 85 jaar. Als de cliëntprofielen voldoende duidelijk zijn beschreven, is de grondslag niet van doorslaggevend belang. Het vaststellen van het beperkingenpatroon en andere cliëntkenmerken is samen met het doel van de zorg voldoende om het passende zorgpakket te bepalen.

Daarbij is het ook nodig te bepalen welke zorg daadwerkelijk nodig is voor de verschillende (geharmoniseerde) cliëntprofielen. De huidige ZZP's zijn gebaseerd op de in de praktijk geleverde zorg in 2004 en 2005, niet op de werkelijke zorgvraag. Daarvoor is inhoudelijk onderzoek nodig.

4.a.2. Aansluiten bij ICF

De definities van de grondslagen zijn niet scherp, en hebben overlap. Ze zijn niet bedoeld, en ook niet geschikt, om doelgroepen met kenmerkende beperkingenpatronen te beschrijven. Daarnaast zijn de gebruikte termen alleen historisch te begrijpen. Taalkundig zijn ze verwarrend.

Taalkundig, maar ook in medische terminologie is er geen onderscheid tussen de begrippen 'somatisch' en 'lichamelijk'. Het verschil in betekenis bij de grondslagen komt voort uit het feit dat in de verpleeghuissector vanoudsher wordt gesproken over 'somatisch' en 'psychogeriatrisch'. De term 'somatisch' heeft een heel eigen betekenis gekregen, overigens net zoals de term 'lichamelijke handicap'. Daarmee is er een groot risico op semantische discussies over de betekenis van die begrippen.

Voor een duidelijke beschrijving van stoornissen, beperkingen en activiteiten lijkt de ICF het meest geschikt.

De indicatiestelling is al voor een belangrijk deel gebaseerd op de ICF, de cliëntprofielen ook.

Om de eenheid van taal in de keten verder te verbeteren, biedt het meerwaarde om ook in de sfeer van de aanspraken aan te sluiten bij de ICF. Dat biedt mogelijkheden tot een operationelere omschrijving van de aanspraken en de toegangsvoorwaarden dan tot nu toe.

Dat een beschrijving in operationele termen mogelijk is, blijkt uit de formulering van artikel 6 Bza (begeleiding) zoals die vanaf 1 januari 2009 luidt. Weliswaar zijn de gebruikte termen niet helemaal conform de ICF, maar de gekozen systematiek lijkt daar sterk op.

De verschillende elementen ervan zijn in operationele termen vastgelegd:

- Het domein van de zorg is in dit artikel aangegeven door de levensterreinen van de beperkingen en de

doelstelling van de zorg te benoemen. Ook is operationeel geformuleerd welke soort activiteiten de zorg inhoudt.

- De toegangsvoorwaarde is dat er sprake moet zijn van matige tot ernstige beperkingen. Die zijn in de beleidsregels indicatiestelling operationeel gemaakt.
- De activiteiten die zijn verzekerd zijn scherp beschreven.

Voor het bepalen van de toegang tot de functie begeleiding is de formele grondslag nu al nauwelijks meer van belang. Bepalend zijn de beperkingen op de genoemde levens-terreinen, en de daaruit voortvloeiende behoefte aan ondersteuning bij de activiteiten die zijn verzekerd.

4.b. Oplossingen op korte termijn

In paragraaf 3.a. zijn de drie belangrijkste elementen genoemd die de oorzaak van de gesignaleerde uitvoeringsproblemen zijn. Het gaat om de volgende elementen:

- De grondslagen worden gebruikt voor een ander doel dan oorspronkelijk was bedoeld.
- De definities van de grondslagen in de verschillende fasen in de keten zijn niet hetzelfde.
- De gedwongen keuze voor één dominante grondslag beperkt de mogelijkheid de best passende zorg te bieden.

Vrijwel al deze uitvoeringsproblemen zijn op korte termijn relatief eenvoudig en zonder wijziging in wet- en regelgeving op te lossen. Maar de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en de BJZ's is alleen met wijziging van de wetgeving adequaat op te lossen.

Kortweg komen die maatregelen op het volgende neer:

- de grondslagen niet te gebruiken om voor te sorteren op de reeks ZZP's die mogelijk is, maar, zoals oorspronkelijk bedoeld, slechts als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ;
- Niet de dominante grondslag, maar het cliëntprofiel bepalend te laten zijn voor het te indiceren ZZP.
- Het onderscheid tussen de grondslagen is dan alleen nog indicatief voor de sector waar de verzekerde het best op zijn plek is. Het is dan wel nodig de eenheid van taal in de keten te herstellen door de oorspronkelijke definities van de grondslagen te hanteren;

Het CVZ licht dat hieronder toe.

4.c. Niet passende ZZP's

4.c.1. Cliëntprofiel leidend

In de ZZP-systematiek is het cliëntprofiel bepalend voor het vaststellen van de meest passende zorg. De cliëntprofielen zijn gebaseerd op het beperkingenpatroon van de doelgroepen die in de AWBZ voorkomen. Zeker in de hogere ZZP's gaat het vaak om complexere problematiek, waarbij meer grondslagen tegelijk aan de orde zijn.

Om de meest passende zorg te bepalen is het vooral van belang om vast te stellen welk cliëntprofiel het best past. Het beperkingenpatroon en aard en doel van de benodigde zorg zijn daarvoor veel belangrijker dan de vraag welke grondslag dominant is. Het bepalen van de dominante grondslag is vaak arbitrair²⁴.

4.c.2. Hanteren oorspronkelijke definities

Het is een feit dat de ZZP's gerelateerd zijn aan de sectoren. De grondslagen kunnen daarom wel behulpzaam zijn bij de indicatiestelling. Het geeft een aanwijzing in welke sector de verzekerde waarschijnlijk het best tot zijn recht komt. Het is dan wel belangrijk te beseffen dat de ZZP's zijn gebaseerd op de oorspronkelijke definities van de grondslagen. Als bij de indicatiestelling een andere definitie wordt gebruikt, is het vanzelfsprekend dat niet het meest passende ZZP wordt geïndiceerd. Het ligt dan voor de hand de oorspronkelijke definities (mn van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap te hanteren²⁵.

Voor de extramurale zorg heeft het hanteren van de oude definities geen gevolg. De herdefiniëring van de grondslagen in 2008 was nodig in verband met de pakketmaatregel waarbij de functie individuele ondersteunende begeleiding werd uitgesloten voor de grondslag somatiek.

Die pakketmaatregel is ingetrokken. De nieuwe definitie is daarom voor de extramurale zorg niet meer nodig.

4.d. Budgettaire gevolgen

In paragraaf 3c. beschrijft het CVZ dat de nieuwe definitie van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap leidt tot een groter beslag op het budgettaire kader dan bij het hanteren van de oorspronkelijke definities.

Er treedt vooral een verschuiving op van de goedkopere reeks ZZP's met grondslag somatiek naar de duurdere met grondslag lichamelijke handicap.

²⁴ Uitspraken www.cvz.nl -2010057690 (2010102616).

²⁵ Deze suggestie heeft het CVZ al eerder gedaan in het advies over de beleidsregels indicatiestelling dat het op 18 november 2008 uitbracht aan de staatssecretaris VWS (kenmerk GS/28105111).

Door het indiceren van niet-passende ZZP's te vermijden (zoals in de vorige paragraaf is beschreven), is het daarom mogelijk onnodige kosten te voorkomen.

4.e. Overgangssituatie

Er is nu een groot aantal verzekerden dat met een niet-passend cliëntprofiel in instellingen verblijft. Het is uiteraard nodig dat zij de zorg blijven houden waarop ze inhoudelijk zijn aangewezen. Het aanpassen van hun formele indicatie zal even duren. Daarom is enige coulance in de uitvoeringspraktijk vereist. Omdat die uitvoeringspraktijk heel divers is, zullen zorgkantoren en aanbieders daarvoor passende maatregelen moeten nemen.

4.f. Partneropname

Partneropname is bedoeld voor ouderen waarvan de partner moet gaan verblijven in een zorghuis. Van oudsher waren dat de mensen met een somatische of psychogeriatrische grondslag. Door de definitiewijziging van de somatische grondslag met ingang van 1 januari 2008 is het niet voor alle ouderen mogelijk hun partner mee te laten verhuizen naar de instelling. De noodzaak van die nieuwe definitie is er inmiddels niet meer. Het probleem voor partneropname is uit de wereld door bij de indicatiestelling de definities van voor 2008 te hanteren. De geïndiceerde partner heeft dan immers een somatische aandoening als grondslag, en niet een lichamelijke handicap. In een latere fase moet dan aansluiting worden gezocht bij de ICF-terminologie.

4.g. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureaus Jeugdzorg

Voor de problemen rond de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en BIZ ziet het CVZ binnen de bestaande wetgeving geen structurele oplossing.

Niet alleen leidt de bestaande wetgeving ertoe dat juist bij complexere problematiek het CIZ en BIZ beide een indicatie moeten stellen in eenzelfde casus, met veel heen- en weergeschuif van dossier, en dubbel onderzoek tot gevolg²⁶. Ook is de inbedding in de regelgeving van CIZ en BIZ heel verschillend. Het CIZ heeft als opdracht om los van het zorgaanbod en aanpalende voorzieningen de aanspraak op AWBZ-zorg vast te stellen. Bij het BIZ staat de bescherming van het kind voorop, en het heeft een expliciete rol bij de realisatie, monitoring en evaluatie van de zorg.

Deze beide systemen verhouden zich slecht met elkaar.

²⁶ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152 met annotatie Tollenaar, en Uitspraken www.cvz.nl- 2010054332 (2010106825); uitspraken www.cvz.nl – 2010055017 (2010084413).

Wetswijziging moet ertoe leiden dat in iedere casus duidelijk is wie de indicatie moet stellen, waarbij dat één instantie moet zijn.

In die uitwerking is ook aandacht nodig voor de situaties waarin zowel ouder als kind problemen hebben, en die problemen met elkaar zijn verweven.

4.g.1. Praktische oplossingen op korte termijn

Op korte termijn is het dan nog noodzakelijk praktische oplossingen te vinden om lacunes in de zorgverlening te voorkomen, en onnodig lange en ingewikkelde procedures te vermijden. Dat is maar deels mogelijk.

Het CIZ en de BJZ's hadden tot voor kort werkafspraken, die inhielden dat als er alléén psychiatrische problematiek aan de orde was, het BJZ zou indiceren, en dat het CIZ zou indiceren voor de totale zorg, als er meer grondslagen aan de orde waren. Die werkafspraken leiden volgens de Centrale Raad van Beroep tot een onwetmatig resultaat. Het CVZ signaleert overigens dat deze werkafspraken nog wel praktijk zijn.

In zijn noot bij deze uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) over de bevoegdheidsverdeling van het CIZ en BJZ²⁷ gaat A. Tollenaar²⁸ op deze problematiek in. Hij suggereert dat creatieve oplossingen nodig zijn. Hij stelt dat niets gemeenten in de weg staat om op grond van artikel 9a AWBZ de indicatiestelling voor jeugdigen aan de bureaus jeugdzorg op te dragen.

Op zich is dat waar. Gemeenten hebben praktisch echter geen bemoeienis met de indicatiestelling. En de BJZ's zijn niet toegerust voor zo'n brede taakstelling: de organisatie is daarvoor niet uitgerust, en ze missen de expertise. Daarbij zijn de BJZ's voor de jeugdzorgindicaties (op grond van psychiatrische problematiek) gehouden aan de procedures van de Wet op de jeugdzorg. Voor de rest zouden ze dan zijn gebonden aan de regels van het Zorgindicatiebesluit. Die twee regimes zijn heel verschillend. Bij een kind met een psychiatrische aandoening én bijvoorbeeld een verstandelijke of lichamelijke handicap, moet BJZ dan twee verschillende procedures toepassen. Ook zijn de BJZ's niet aangesloten op AZR. Een dergelijke maatregel zou dus alleen maar tot meer problemen leiden.

²⁷ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152.

²⁸ Mr. A Tollenaar is postdoc onderzoeker en universitair docent bij de vakgroep Bestuursrecht & Bestuurskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, en vaste annotator voor Administratiefrechtelijke Beslissingen.

Tollenaar suggereert terloops dat CIZ en BJZ elkaar ook kunnen mandateren voor de indicatiestelling van jeugdigen die meer dan alleen psychiatrische problemen hebben.

Dat is voor de korte termijn de meest haalbare en beste oplossing. In de primaire fase leidt het tot eenzelfde situatie als toen de werkafspraken golden (in feite gaat het om een formalisatie daarvan).

In bezwaar en beroep blijft het probleem bestaan, omdat ieder orgaan voor zijn eigen deel het bezwaar en beroep moet afhandelen. Bij beroep is dan nog een extra complicatie dat de bestuursrechter over besluiten van het CIZ oordeelt, en de kinderrechter over besluiten van BJZ.

Het is de vraag of een werkafpraak waarbij het BJZ alleen de psychiatrische indicaties doet en het CIZ de complexere, wel strookt met het idee van integrale toegang tot zorg, die achter de Wet op de jeugdzorg ligt. Vanuit die integrale benadering zou juist voor de hand liggen dat dan het BJZ de indicatie stelt.

5. Vaststelling advies

Dit advies is vastgesteld op 1 november 2010

College voor zorgverzekeringen

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

Rapport

Pakketadvies 2011

Bijlage 5 overzicht Standpunten, deel 2

Op 1 april 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer 296-c

Uitgave

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

Volgnummer

2011030108

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

Marianne den Haan en Johan de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 05 / 797 87 97

Bijlage 5

Overzicht standpunten: (deels) te verzekeren zorg

		Pag.nr.
25.	Aanvullende dienstverlening 24 januari 2011	517
26.	Indicatiestelling in verband met overheveling ADL-assistentie naar AWBZ 20 september 2010	539
27.	Herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ- zorg 23 november 2010	547
28.	Bevoegdheidsverdeling Bureau Jeugdzorg en CIZ 30 augustus 2010	563
29.	Tijdelijk verblijf en toepassing van de 18- dagdelenregel uit de beleidsregels 30 augustus 2010	567
30.	Indicatie voor verblijf van Bureau Jeugdzorg 30 augustus 2010	573
31.	Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg bij indicatiestelling van jeugdigen 21 juni 2010	579
32.	Relevante criteria respijtzorg en Begeleiding ter vervanging van school en kinderopvang 25 mei 2010	585
33.	Indicatie voor verblijf bij kinderen. Per geval vaststellen in hoeverre er sprake is van enige ondoelmatigheid van zorg 19 april 2010	591
34.	Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten 25 mei 2010	599

Bijlage 5

Overzicht standpunten: geen te verzekeren zorg

35.	Multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus 19 april 2010	623
36.	Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek 30 augustus 2010	635
37.	Cochleair implantaat bij tinnitus 30 augustus 2010	645
38.	Orthopedische behandelingen bij enkelartrose door middel van hyaluronzuur injecties 20 september 2010	649
39.	Zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken 20 september 2010	653
40.	Fear Fighter. Een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek 20 september 2010	677
41.	Genexpressie test Mammaprint bij de behandeling van mammacarcinoom 29 oktober 2010	691
42.	Targeted Training bij cerebrale parese 23 november 2010	695
43.	Nesovic operatie met adductorenrelease bij pubalgie 23 november 2010	699
44.	Deep Brain Stimulation bij obsessieve compulsieve stoornis, depressie en Gilles de la Tourette 20 december 2010	703
45.	Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) 20 december 2010	711
46.	Medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen 25 maart 2011	717

47.	Behandeling van chronische aspecificke rugklachten door middel van injectie- en denervatietechnieken 25 maart 2011	751
48.	Indicatie voor AWBZ-verblijf in geval van dakloosheid 21 februari 2011	793

Standpunt

Aanvullende dienstverlening

Zaaknummer	2010077510
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	drs. A.M. Hopman
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

Verzekerden die in een AWBZ-instelling wonen, hebben vaak behoefte aan diensten die niet tot het verzekerde pakket horen. Aanbieders bieden die diensten tegen betaling aan.

Rond deze aanvullende diensten spelen regelmatig vragen. Wat behoort tot het verzekerde pakket en wat is aanvullend? Wie bepaalt de prijs en de inhoud van het aanvullende aanbod? Moet iedere bewoner het aanvullende pakket afnemen? Wat is de rol van zorgkantoor, aanbieder en cliëntenraad?

Het is van belang dat aanbieders en cliënten op lokaal niveau voldoende ruimte hebben om onderling afspraken te maken over de zorglevering en over het aanbod van aanvullende diensten. Daarbij moeten voldoende waarborgen zijn dat de verzekerde zorg zonder bijbetaling wordt geleverd, en de prijsstelling van het aanvullende aanbod redelijk is. Sturing moet zoveel mogelijk decentraal zijn. Een eerste voorwaarde daarvoor is dat het speelveld en de spelregels duidelijk zijn. Dat blijkt nu niet altijd het geval. Met dit rapport wil het CVZ die duidelijkheid bieden.

Het CVZ verkent de relevante regelgeving, en schetst op grond daarvan de rol- en taakverdeling van de betrokken actoren. Het komt tot de conclusie dat het systeem voldoende is ingericht om een passend aanbod van aanvullende diensten tegen een passende prijs te realiseren.

Belangrijke aspecten zijn daarbij de betrokkenheid van cliëntenraden en transparantie over hoe het aanvullend aanbod tot stand is gekomen en wat dit inhoudt.

Uit de praktijk blijkt dat de betrokken partijen nog in een leertraject zitten om hun rol goed op te pakken.

Het CVZ beschrijft de rollen die partijen zouden moeten spelen. VWS, NZa en CVZ hebben afgesproken hoe zij de uitvoeringspraktijk zullen faciliteren en aansturen. Zorgkantoren moeten in hun inkoopbeleid aandacht aan het aanvullende aanbod besteden. De NZa zal daarop toezien.

VWS, NZa en CVZ zullen voorlichting geven, best-practices verspreiden en de uitvoeringspraktijk faciliteren.

1. Inleiding

De AWBZ verzekert onder meer de zorg voor mensen die langdurig zijn aangewezen op verblijf in een AWBZ-instelling. De invulling van de zorg is sober: alleen de noodzakelijke zorg is verzekerd.

Verzekerden hebben vaak de behoefte aan diensten die niet tot de verzekerde zorg behoren, zoals het wassen van kleding, een glaasje wijn bij het eten, extra vrijetijdsbesteding of extra zorg.

Daarbij spelen veel vragen. Wie bepaalt wat tot de verzekerde zorg behoort, en hoe gaat dat? Hoe kan de instelling faciliteren dat hun bewoners gewenste aanvullende diensten kunnen krijgen?

Wie bepaalt wat de instelling wel en niet aanbiedt? Mag de instelling dat zelf bepalen, of moet die bepaalde zaken altijd aanbieden? En onder welke voorwaarden kan de aanbieder die diensten aanbieden? Mag collectieve afname verplicht worden als de cliëntenraad daarmee instemt? Wie bepaalt de prijs van de diensten? Kan de verzekerde de aanvullende diensten ook van een andere organisatie betrekken?

In de praktijk blijkt dat dit tot veel vragen, onduidelijkheid en conflicten leidt bij aanbieders en verzekerden. Het gaat dan meestal om de grens tussen verzekerde en aanvullende zorg, of om de prijs die voor het aanvullende aanbod wordt gevraagd.

Omdat het CVZ de taak heeft om de wettelijke aanspraken uit te leggen en te duiden, en de doelmatige uitvoering van de AWBZ te bevorderen, leggen partijen deze vragen bij het CVZ neer. Het gaat dan vooral om de inhoud van het verblijf, de verzorging en begeleiding. Het abstractieniveau van die vragen varieert sterk. Van de vraag of de instelling zorg tijdens vakantie moet leveren, tot de vraag hoeveel koppen koffie de instelling moet aanbieden.

Bij het uitoefenen van zijn taak om de aanspraken te verduidelijken, heeft het CVZ te maken met een aantal dilemma's en knelpunten.

De eerste is de vraag hoe abstract of concreet het CVZ de aanspraken moet uitleggen. Partijen en burgers willen weten waar ze recht op hebben, en verlangen terecht een duidelijk antwoord.

Het is onmogelijk vraaggerichte zorg te bieden als de inhoud van de zorg op centraal niveau tot in detail is vastgelegd. De

concretisering van de zorg moet plaatsvinden in overleg tussen de instelling en de cliëntenraad en (in nog meer detail) in het overleg tussen aanbieder en individuele verzekerde.

Een tweede punt is de aansluiting tussen de aanspraken en de bekostiging: de instelling moet het ervoor kunnen doen. Tegelijkertijd geldt dat het feit dat een instelling niet uitkomt met zijn bekostiging geen reden kan zijn voor extra betaling door verzekerden, of het vrijwillige karakter van aanvullende diensten geweld aan te doen.

Het CVZ ziet zich ook gesteld voor de vraag in hoeverre de aanvullende diensten tot zijn werkterrein behoort. Kan het CVZ alleen uitspraken doen over verzekerde zorg, of is het aanvullende aanbod daar onlosmakelijk mee verbonden? Wat houdt een doelmatige uitvoering van de AWBZ in?

Het derde punt dat speelt, is dat de onderhandelingsmacht van de instelling enerzijds, en de cliëntenraad en individuele bewoners anderzijds meestal ongelijk is qua kennisniveau en marktmacht. In feite heeft de instelling voor veel van de aanvullende diensten een monopoliepositie ten opzichte van de bewoner. De bewoner moet daarom handvatten hebben om zijn positie te versterken. Zijn die handvatten voldoende voorhanden?

Uit de praktijk blijkt dat er te vaak dingen mis gaan. Instellingen vragen soms een bijdrage voor verzekerde zorg, of prijzen die niet realistisch lijken te zijn. Uit de vele vragen die het CVZ over deze zaken ontvangt, maakt het op dat partijen niet altijd goed weten wat de grenzen van de verzekerde zorg zijn, en wat aanvullend kan worden aangeboden. Ook bestaat blijkbaar het idee dat die grens van bovenaf tot in detail is vastgelegd. Dat leidt er dan toe dat men die vragen eerder bij overheden als het CVZ neerlegt, dan dat de instelling en cliëntenraad een voor beide passende oplossing zoekt. Die overheden zijn ook niet altijd heel duidelijk over de mate waarin partijen de vrijheid hebben om onderling afspraken te maken. Die duidelijkheid wil het CVZ met dit rapport bieden.

Verschillende partijen hebben een rol in het geheel. Cliënten(organisaties), cliëntenraden, verzekeraars, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht van zorgaanbieders, de Nederlandse zorgautoriteit, VWS en het CVZ. Ook de Inspectie voor de Volksgezondheid speelt een rol.

In dit rapport gaat het CVZ na wat het wettelijke kader rond verzekerde zorg en aanvullende diensten is, en welke rol de verschillende partijen daarbij hebben. Daarna gaat het CVZ na wat er nodig is om tot een uitvoeringspraktijk te komen waarbij partijen voldoende vrijheid hebben om op lokaal

niveau afspraken op maat te maken, zonder dat overheidsorganen alles in detail bepalen. Daarbij moet een redelijke prijsstelling zijn gewaarborgd en de individuele bewoner niet beperkt worden in de besteding van zijn geld.

Die verkenning heeft het CVZ samen met VWS en de NZa gedaan. Dit heeft geresulteerd in een richtinggevend kader, waarbinnen partijen voldoende onderhandelingsruimte hebben, én voldoende voorwaarden zijn ingebouwd om de positie van de bewoner te waarborgen.

1.a. Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) geeft het CVZ een overzicht van de relevante regelgeving. Op grond daarvan geeft het in hoofdstuk 3 een analyse van de rol- en taakverdeling van de betrokken partijen. In dit hoofdstuk geeft het CVZ ook aan in hoeverre een goede uitvoeringspraktijk voor het aanvullende aanbod is gewaarborgd. In hoofdstuk 4 staat het standpunt dat het CVZ in overleg met VWS en de NZa inneemt. In hoofdstuk 5 gaat het na welke uitvoeringsconsequenties dit standpunt heeft. In hoofdstuk 6 stelt het CVZ dit standpunt formeel vast.

2. Relevante wetgeving

2.a. AWBZ

Zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders om de zorg te leveren waarop verzekerden aanspraak hebben (artikel 15 AWBZ).

Artikel 16 lid 1 AWBZ bepaalt dat die overeenkomst minstens bepalingen moet bevatten over een aantal in dit artikel genoemde onderwerpen. Onder andere moet de aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de te leveren zorg zijn vastgesteld. Ook moet zijn vastgelegd hoe de verzekerde van informatie wordt voorzien.

Lid 2 van dit artikel biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels over de inhoud van de overeenkomst te stellen.

Op grond van artikel 42 AWBZ legt het CVZ de aard, inhoud en omvang van de aanspraak op AWBZ-zorg uit.

Het CVZ bevordert op grond van artikel 41 AWBZ de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wet. Het kan daartoe beleidsregels stellen voor zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Artikel 58 stelt dat, als een zorgverzekeraar en een verzekerde een conflict hebben over de vraag of bepaalde zorg tot de wettelijke aanspraak behoort, de zorgverzekeraar verplicht is advies te vragen aan het CVZ, voordat hij een beslissing op bezwaar neemt. Hetzelfde geldt voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als de verzekerde bezwaar maakt tegen een indicatiebesluit.

2.b. Circulaire CVZ 00/021

In zijn circulaire 00/021¹ geeft het CVZ zijn beleid weer ten aanzien van betalingen voor aanvullende diensten. Voor verzekerde zorg mag geen bewonersbijdrage worden gevraagd. Zorgkantoren moeten daarop toezien.

De zorgkantoren moeten er ook op toezien dat een individuele bewoner de vrije keuze heeft om aanvullende diensten af te nemen of niet. Hij moet ook kunnen afzien van aanvullende diensten die hij eerder wel afnam.

Om dat toezicht uit te voeren heeft het zorgkantoor inzicht nodig in het aanvullende aanbod van de instelling en de manier waarop de cliëntenraad daarbij betrokken is.

De instelling legt schriftelijk vast wat het aanvullende dienstenaanbod is. Verzekerden of hun belangenbehartigers moeten inzage in de in rekening gebrachte kosten hebben.

¹ Circulaire CVZ 00/021, Bewonersbijdragen AWBZ-instellingen, 17 mei 2000, kenmerk 20027653

Het moet duidelijk zijn hoe de cliëntenraad bij de vaststelling en uitvoering betrokken is.

In de bijlage bij de circulaire is voor de meest voorkomende producten en diensten vastgelegd of die tot de aanspraak behoren of niet. Deze lijst is geactualiseerd opgenomen in de brochure “Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling”². Dit is een publieksvriendelijke vertaling van eerdere standpunten van het CVZ.

2.c. Beginselenwet zorginstellingen

Het kabinet bereidt de Beginselenwet zorginstellingen voor. Daarin zijn een aantal basale rechten van bewoners van zorginstellingen vastgelegd. Het gaat onder andere op het recht op dagelijkse lichamelijke hygiëne, het recht op voldoende en gezonde voeding, het recht op een eigen kamer, en het recht op een zinvolle dagbesteding, beweging, en dagelijkse buitenlucht.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de naleving van de wet. De IGZ krijgt voor de handhaving van de Beginselenwet dezelfde instrumenten als voor handhaving van de Kwaliteitswet zorginstellingen (aanwijzing, bevel, boete, bestuursdwang, last onder dwangsom).

2.d. Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) regelt in artikel 2 dat de instelling een cliëntenraad instelt.

Artikel 3 WMCZ noemt een aantal onderwerpen waarover de instelling altijd advies moet vragen aan de cliëntenraad. In artikel 10 WMCZ is geregeld dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan een vertrouwenscommissie van drie personen.

In de komende Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), die het Kabinet aan de Tweede Kamer heeft aangeboden, wordt de WMCZ opgenomen. De positie van cliëntenraden wordt daarin nog versterkt. Cliëntenraden kunnen adviseren over vrijwel alle zaken die cliënten aangaan. De wet regelt ook dat de zorgaanbieder niet zonder meer een advies van de cliëntenraad naast zich neer kan leggen. De cliëntenraad kan het geschil voorleggen aan een onafhankelijke commissie van vertrouwenslieden. Die commissie kan bemiddelen, maar kan ook bindende uitspraken doen.

2.e. Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) verplicht zorgaanbieders in artikel 2 verantwoorde zorg te bieden.

² www.cvz.nl

In artikel 3 Kzi staat de verplichting de organisatie zo in te richten dat er redelijkerwijs sprake moet zijn van verantwoorde zorg. In artikel 4 Kzi is bepaald dat een kwaliteitssysteem onderdeel uitmaakt van die organisatie.

Artikel 6 Kzi biedt de mogelijkheid om met een algemene maatregel van bestuur (AMVB) regels te stellen met betrekking tot de uitvoering van artikel 3 en 4 van de wet.

Van die mogelijkheid is gebruik gemaakt met de invoering van het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg. Dit besluit verplicht een AWBZ-zorgaanbieder die langer dan drie maanden zorg verleent, samen met de cliënt een zorgplan op te stellen. In dat zorgplan staan onder andere de doelen die met de zorg worden beoogd, en op welke concrete wijze die doelen worden nagestreefd.

Artikel 7 Kzi draagt het toezicht op de naleving van de wet op aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het gaat dan onder meer om de vraag of de instelling verantwoorde zorg levert. De handhavingsmaatregelen die de inspectie kan nemen variëren van advies en stimulering en corrigerende maatregelen, tot zwaardere maatregelen als het inzetten van tuchtrecht, bestuurs- of strafrechtelijke maatregelen.

2.f. Wet marktordening gezondheidszorg

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) houdt op grond van artikel 16 onderdeel d Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en zorgkantoren. De reikwijdte van de Wmg bestrijkt in principe alleen de zorg die is verzekerd op grond van de Zvw of de AWBZ.

Op grond van artikel 31 onderdeel a Wmg kan de NZa regels stellen met betrekking tot de controle van aanbieders door zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Artikel 38 Wmg verplicht zorgaanbieders om hun cliënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de prijzen en prestatiebeschrijvingen van de te leveren zorg. Dat moeten zij zo doen, dat die voor cliënten goed te vergelijken zijn. De NZa kan hierover regels stellen. die informatie mag op grond van artikel 39 Wmg niet misleidend zijn.

2.g. Richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders

In de Richtsnoer informatievoorziening zorgaanbieders³ legt de NZa de wettelijke voorschriften van artikel 38 en 39 Wmg uit. In de komende jaren zal de NZa dit richtsnoer dan ook

³ Richtsnoer informatievoorziening zorgaanbieders, NZa, september 2010.
http://www.nza.nl/104107/136998/Richtsnoer_Informatieverstrekking_Zorgaanbieders.pdf

regelmatig ‘vernieuwen’ aan de hand van voortschrijdende inzichten. Hierin kunnen de uitkomsten van initiatieven uit het veld en uitkomsten uit het ‘programma Transparantie’ meegenomen worden.

In dit document staat uitgewerkt welke informatie de zorgaanbieder verplicht moet verstrekken, en staat beschreven hoe de NZa dit richtsnoer gaat gebruiken.

2.h. Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Artikel 5 lid 2 WTZi bepaalt dat instellingen met winstoogmerk alleen een toelating voor AWBZ-zorg kunnen krijgen als ze behoren tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie. Voor AWBZ-instellingen die verblijf bieden is die uitzondering niet gemaakt. AWBZ-instellingen die verblijf bieden, is het daarom niet toegestaan een winstoogmerk te hebben.

2.i. Burgerlijk wetboek

Een overeenkomst voor het leveren van zorg is een overeenkomst volgens het burgerlijk recht. Het staat partijen vrij een dergelijke overeenkomst inhoud te geven.

De zorgaanbieder en het zorgkantoor sluiten een overeenkomst over de zorg die de aanbieder ten laste van de AWBZ levert. In die overeenkomst kunnen naast bepalingen over de onderwerpen die in artikel 16 lid 1 AWBZ staan (zie paragraaf 2.a.), ook bepalingen over andere onderwerpen staan. Bijvoorbeeld over hoe de zorgaanbieder omgaat met het aanbieden van aanvullende diensten aan bewoners.

Een overeenkomst voor het leveren van aanvullende diensten is een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de bewoner.

Bij het aanbieden van aanvullende diensten is het belangrijk te beseffen dat de relatie tussen de zorgaanbieder en de bewoner vaak niet gelijkwaardig is. De zorgaanbieder is voor bepaalde diensten en producten die de bewoner wil afnemen feitelijk de enige die een aanbod kan doen. En het gaat om zaken die veel mensen als noodzakelijk voor hun welzijn ervaren.

Artikel 6.248 BW stelt dat overeenkomsten moeten voldoen aan de eisen van redelijkheid en billijkheid.

Artikel 3.12 BW eist dat bij de vaststelling van wat redelijkheid en billijkheid eisen, rekening moet worden gehouden met (onder andere) de maatschappelijke en persoonlijke belangen.

Het aangaan van een overeenkomst is niet verplicht. Een individuele bewoner kan zondermeer afzien van het afnemen van een aangeboden dienst.

De cliëntenraad kan de individuele bewoners niet binden. Ook als de cliëntenraad en de instelling afspraken maken over het aanbod en prijs van diensten, kan de individuele bewoner afzien van het afnemen van die diensten.

De aanbieder is echter niet verplicht voor die bewoner te voorzien in een alternatief aanbod.

3. Rol- en taakverdeling. Waarborgen voor de uitvoering.

In dit hoofdstuk beschrijft het CVZ de rol- en taakverdeling tussen de verschillende actoren die zijn betrokken bij de levering van aanvullende diensten. Het gaat daarbij ook in op de verhoudingen tussen die actoren. Daarna gaat het na hoe dat systeem kan leiden tot een rechtmatige en doelmatige levering van verzekerde zorg en van aanvullende diensten.

3.a. Zorgkantoor

De AWBZ is een verzekering in natura. De verzekerde heeft recht op levering van de geïndiceerde zorg ten opzichte van de zorgverzekeraar. Het zorgkantoor koopt de zorg namens de verzekeraar in.

De overeenkomst tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder bevat minstens bepalingen over de aard, kwaliteit, doelmatigheid en omvang van de zorg. Het bepalen welke zorg de instelling moet leveren ten laste van de AWBZ, is daarom in eerste instantie een zaak tussen het zorgkantoor en de instelling. Het staat partijen vrij hoe concreet zij die zorg beschrijven.

Het zorgkantoor ziet erop toe dat de instelling de verzekerde zorg zonder andere bijdrage dan de wettelijke eigen bijdrage levert. Het moet daarom duidelijk zijn welke zorg de instelling ten laste van de AWBZ moet leveren. Ook moet duidelijk zijn voor welke producten en diensten waarvoor de instelling een bewonersbijdrage vraagt.

Het ligt voor de hand dat het zorgkantoor de instelling en bewoners enige vrijheid wil bieden om de inhoud van de overeenkomst tussen zorgkantoor en instelling te concretiseren. In de overeenkomst met de instelling is het nauwelijks mogelijk in detail aan te geven welke zorg de instelling ten laste van de AWBZ moet bieden. Dat is vaak ook niet wenselijk.

De overeenkomst kan daarom ook bepalingen inhouden hoe, en onder welke voorwaarden de instelling (in overleg met de cliëntenraad) nader invulling geeft aan de zorg die de instelling ten laste van de AWBZ levert. Het zorgkantoor toetst of de cliëntenraad voldoende betrokken is, en of de afspraken redelijkerwijs waarborgen dat de instelling verzekerde zorg zonder eigen betaling levert.

Het zorgkantoor moet kwalitatief goede zorg inkopen. Kwaliteit kan ook de afstemming tussen de verzekerde zorg en aanpalend aanbod inhouden. Het zorgkantoor kan bijvoorbeeld bedingen dat de instelling zijn aanbod afstemt met andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg). Het kan ook gaan over de inhoud en manier van

aanbieden van aanvullende diensten, zeker als die complementair zijn aan het aanbod dat het zorgkantoor inkoopt. Op die manier kan het zorgkantoor ook invloed uitoefenen op de beschikbaarheid van diensten die niet tot het verzekerde pakket behoren.

Het zorgkantoor toetst of de instelling de overeenkomst naleeft.

3.b. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa ziet toe op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De NZa kan regels stellen over de totstandkoming van overeenkomsten, en kan optreden als er sprake is van aanmerkelijke marktmacht van partijen. Ook kan zij handhavingsmaatregelen nemen. De bevoegdheden van de NZa betreffen de verzekerde zorg.

Voor aanvullende diensten zijn vooral de volgende taken en bevoegdheden van belang:

- vaststellen van verplichtingen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot registratie en administratie van gegevens;
- verplichtingen met betrekking tot het publiek maken van gegevens;
- onderzoek doen naar transparantie;
- toezicht houden.

De taken en bevoegdheden van de NZa in het kader van transparantie zijn uitgebreid beschreven in het Visiedocument Transparantie⁴.

De NZa heeft in zijn brief van 15 juli 2010⁵ een aantal aandachtspunten geformuleerd. De NZa acht het van belang dat de zorgkantoren:

- van de zorginstellingen transparantie eisen over bijbetalingen voor extra diensten, zowel naar cliënten als naar de zorgkantoren zelf;
- verlangen dat de hoogte van de bijbetalingen redelijk is, en dat er geen bijbetalingen worden gevraagd voor diensten die uit de AWBZ bekostigd dienen te worden;
- vaststellen dat het beleid inzake bijbetalingen tot stand komt in overleg met cliëntenraden;
- actie nemen bij klachten van cliënten over bijbetalingen die zorgaanbieders in rekening brengen.

De NZa zal toetsen of zorgkantoren voldoende toezicht op de aanbieders houden, en zal zonodig handhaven. De NZa heeft ook de aanbieders hierover geïnformeerd⁶.

⁴ Visiedocument Transparantie NZa, maart 2009, pag 19 t/m 23.

⁵ Brief NZa aan zorgkantoren, 15 juli 2010, kenmerk MOUN/shot/TZ/10D0025079

⁶ Brief NZa aan zorginstellingen V&V en GZ, 15 juli 2010, kenmerk MOUN/shot/TZ/10D0025081

3.c. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ is belast met het toezicht op de zorg. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen houdt de IGZ toezicht op de geleverde zorg. De instelling moet verantwoorde zorg leveren.

Het toezicht van de IGZ is reactief: ze toetst achteraf. De IGZ stelt, in het kader van het programma Zichtbare Zorg kwaliteitsindicatoren vast, die het gebruikt voor risicogestuurd toezicht. Ze stelt de kwaliteitsindicatoren op in overleg met de sectoren. De kwaliteitsindicatoren zijn ook bedoeld als keuze-instrument voor verzekeren. Voor de sector verpleging en verzorging bestaat sinds 2007 het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Ook voor de andere sectoren ontwikkelt de IGZ indicatoren.

De basiszorg moet verantwoorde zorg zijn. De levering van verantwoorde zorg mag niet afhankelijk zijn van de afname van aanvullende diensten.

3.d. Zorgaanbieders

Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren.

Richtlijnen van beroepsbeoefenaren, brancheorganisaties, normen van de IGZ en kwaliteitskaders van de sector spelen een belangrijke rol bij het bepalen wat kwalitatief verantwoorde zorg is. Het zorgkantoor heeft bij zijn zorginkoop ook de verplichting kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen.

Zorgaanbieders waarover het hier gaat (aanbieders van AWBZ-verblijf), mogen geen winstoogmerk hebben. Hun primaire doelstelling is bij te dragen aan de zorg voor hun doelgroep.

Zorginstellingen in Nederland zien zichzelf als maatschappelijk ondernemer. De brancheorganisaties hebben die visie uitgewerkt in de Zorgbrede Governancecode. Die code is niet vrijblijvend. Voor brancheorganisaties geldt de toepassing ervan als lidmaatschapsverplichting.

In artikel 2.1 van de code is de maatschappelijke oriëntatie van zorgaanbieders verwoord:

- 1. De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg, die geleverd wordt door een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.*
- 2. De maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie blijkt uit het hanteren van (ten*

minste) de volgende uitgangspunten:

- a. De zorgorganisatie stelt de cliënt en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal;*

(...)

Dat het maatschappelijk ondernemerschap centraal staat, blijkt ook uit de toelichting bij dit artikel.

“Het zijn en willen zijn van een maatschappelijke onderneming is het fundament van ondernemerschap in de zorg en daarmee het fundament van deze code. Dat is ondernemerschap met de realisatie van het maatschappelijk belang als missie. Het leveren van verantwoorde zorg, waarbij de cliënt centraal staat, is het leidmotief.”

Uiteraard is de Raad van Bestuur de eerstverantwoordelijke voor de realisatie van de (maatschappelijke doelen van de organisatie:

‘Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming (...).’

De code benoemt ook de taken en verantwoordelijkheden van de Raden van Toezicht (artikel4.1.)

De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op (...) de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming (...).

De Raad van Toezicht houdt toezicht op ten minste:

- De realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie;*
- (...)*
- De verhouding met belanghebbenden;*
- Het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de organisatie.*

(....)

Op verschillende plaatsen in de code wordt aandacht besteed aan de noodzaak om belanghebbenden bij het beleid van de instelling te betrekken, en aan het belang van transparantie.

Gezien de strekking van de code ligt het voor de hand dat zorgaanbieders vanuit hun eigen doelstelling een breder aanbod aan diensten willen aanbieden dan de verzekerde AWBZ-zorg. Een volledig en passend aanbod is meestal breder dan alleen de verzekerde zorg, en omvat ook zaken die ten laste van de verzekerde zelf komen.

Het ligt ook voor de hand dat aanbieders ook voor de niet-verzekerde zorg geen winstoogmerk hebben. Het maatschappelijke ondernemerschap begint juist waar de wettelijke verzekering stopt.

Daarbij komt, dat de verhouding tussen de aanbieder en de bewoner sterk ongelijk is. Feitelijk is de bewoner voor een groot deel afhankelijk van de aanbieder, en heeft hij geen mogelijkheid de extra diensten bij een ander af te nemen. Verhuizen naar een andere instelling is in de praktijk geen optie. Ook die omstandigheden brengen met zich mee dat de instelling terughoudend moet zijn bij zijn prijsstelling. En dat de aanbieder het aanvullende aanbod en de prijzen daarvoor in overleg met de bewoners, in de cliëntenraad ontwikkelt. De instelling moet bevorderen dat de bewoner zich maximaal als klant op een vrije markt kan gedragen, juist omdat die vrijheid beperkt is.

De minister van VWS heeft het standpunt ingenomen dat, als instellingen kosten doorberekenen, mag worden verwacht dat dit tegen kostprijs gebeurt en dat er bij het uitbesteden van diensten meerdere offertes worden opgevraagd.⁷

De inhoud en omvang van het aanvullende aanbod is sterk afhankelijk van de context. Onder andere de aard en samenstelling van de doelgroep, de lokale infrastructuur en culturele aspecten spelen daarbij een rol. De aanbieder maakt daarom met de cliëntenraad en het zorgkantoor afspraken over inhoud en prijsstelling van het aanvullende aanbod. De rol van de cliëntenraad zal daarbij meer inhoudelijk en sturend zijn dan die van het zorgkantoor, dat vooral toeziet op de gang van zaken.

Clïëntgerichte zorg vereist volledige transparantie over wat de zorgaanbieder als verzekerde zorg biedt, en welke zorg aanvullend mogelijk is tegen welke prijs. Het is noodzakelijk dat de instelling dit op een eenvoudige en kenbare manier communiceert aan de huidige én toekomstige bewoners. Het moet voor bewoners ook mogelijk zijn aanvullende diensten van een andere instelling te betrekken.

3.e. Cliëntenraad

De cliëntenraad behartigt de collectieve belangen van de bewoners. De instelling moet over belangrijke zaken die bewoners aangaan, advies aan de cliëntenraad vragen. Over een aantal onderwerpen heeft de cliëntenraad instemmingsrecht. De aanbieder mag geen van het advies afwijkend standpunt innemen, dan na een bindende uitspraak van een commissie van vertrouwenslieden. De komende Wet

⁷ "Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging", brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 5 juli 2010, kenmerk DLZ/SFI-U-3010262

cliëntenrechten zorg (Wcz) bevat een overeenkomstige regeling, waarin de positie van de cliëntenraad nog verder versterkt wordt.

De instelling overlegt met cliëntenraad over de concretisering van de zorg die ten laste van de AWBZ wordt geleverd. Uiteraard binnen de algemene kaders die daarvoor bestaan, zoals de uitleg van de verzekerde zorg door het CVZ, normen van verantwoorde zorg en het toetsingskader van de IGZ.

De instelling overlegt ook met de cliëntenraad over de inhoud en prijsstelling van de aanvullende diensten.

De cliëntenraad kan over het aanvullende aanbod geen verplichting aangaan namens individuele bewoners. De cliëntenraad bepaalt weliswaar met de instelling het aanvullende aanbod, maar het staat de individuele bewoner vrij daar al dan niet gebruik van te maken. De instelling is verplicht dit duidelijk aan de bewoner kenbaar te maken. Het weigeren deel te nemen aan collectieve arrangementen in het aanvullende aanbod mag geen gevolg hebben voor de levering van de verzekerde zorg.

3.f. College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ heeft een coördinerende en signalerende taak binnen de AWBZ. Als er ontwikkelingen zijn die van invloed zijn op de aanspraken en/of de wijze van uitvoering daarvan, is het de taak van het CVZ om de randvoorwaarden te scheppen die de rechtmatige en doelmatige uitvoering bevorderen.

Het monitort op welke wijze zorgkantoren de AWBZ doelmatig en rechtmatig kunnen uitvoeren en streeft naar een zekere mate van eenduidigheid in de uitvoering, zodat toegang, kwaliteit en betaalbaarheid van AWBZ-zorg voor alle burgers op eenzelfde wijze in Nederland is gewaarborgd.

Het CVZ legt de aard, inhoud en omvang van de wettelijke aanspraak op AWBZ-zorg uit. Het bevordert ook de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Als een verzekeraar en verzekerde een conflict hebben over de vraag of bepaalde zorg tot de aanspraak behoort, moet de verzekeraar advies vragen aan het CVZ vóórdat hij een beslissing op bezwaar neemt. Datzelfde geldt voor het Centrum Indicatiestelling zorg voor wat betreft indicatiebesluiten.

Een uitspraak over de aard, inhoud en omvang van de aanspraak noemt het CVZ een duiding. De aanleiding om een duiding te doen kan liggen in een vraag van de minister, een adviesvraag van een verzekeraar of het CIZ, een vraag van een branchevereniging of een eigen observatie van het CVZ.

Voor de meest voorkomende producten en diensten heeft het CVZ vastgesteld of die tot de aanspraak behoren of niet. De actuele versie is vastgelegd in de brochure "Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling"⁸. Ook in het AWBZ-Kompas is informatie opgenomen over aanvullende dienstverlening⁹. De komende Beginselenwet zorginstellingen stelt voor een aantal zorgaspecten normen vast.

Voor sommige onderwerpen is het mogelijk om scherp te bepalen of het om verzekerde zorg gaat of niet. Dat geldt bijvoorbeeld voor de vraag wie de eigendommen van de verzekerde moet verzekeren, en wie de eigendommen van de instelling, of de vraag wie de energierekening betaalt.

Veel vragen vallen echter niet zonder meer met een zwart-wit-antwoord te beantwoorden. Het gaat dan om zaken die erg contextafhankelijk zijn. Onder andere de aard en samenstelling van de doelgroep, de lokale infrastructuur en culturele aspecten spelen daarbij een rol. Over voeding stelt het CVZ bijvoorbeeld dat het moet gaan om de gebruikelijke drie maaltijden, en dat de voeding moet voldoen aan eisen voor gezonde voeding, zoals bijvoorbeeld het Voedingscentrum die stelt. Wat er concreet op het bord komt, en hoe het wordt geserveerd, is daarmee nog niet bepaald. De preferenties van bewoners hangen van tal van zaken af, zoals culturele achtergrond, religie en mate van zelfstandigheid.

Hetzelfde geldt voor persoonlijke verzorging. Een schoon lichaam hebben behoort tot de aanspraak. Maar hoeveel keer per week douchen "normaal" is, is voor de ene bewonerspopulatie anders dan voor de andere. Een schoon lichaam is het minimum. Daarboven kan voor de extra zorg betaling worden gevraagd.

Een gedetailleerde beschrijving van de verzekerde zorg geeft weliswaar duidelijkheid, maar de andere kant van de medaille is dat op instellingsniveau elke speelruimte aan management en cliënten wordt ontnomen om op maat afspraken te maken. Dat middel is erger dan de kwaal.

Het CVZ wil zich daarom beperken tot algemene uitspraken, die in het overleg tussen zorginstelling, cliëntenraad en zorgkantoor moeten worden geconcretiseerd. Dat doet niet alleen recht aan de verscheidenheid van doelgroepen en bewonerspopulatie, maar biedt cliëntenraden en instellingen ook de mogelijkheid bepaalde preferenties uit te ruilen: geen soep, maar wel elke week een borreluurtje. Drie keer douchen per week, maar wel elke dag een ommetje.

⁸ www.cvz.nl

⁹ www.cvz.nl

Een dergelijke opstelling, waarbij het CVZ niet gedetailleerd en scherp definieert wat precies de grenzen van de verzekerde zorg zijn, betekent dat het die (meer gedetailleerde) afbakening bij de instellingen neerlegt. Of dat verantwoord is, hangt af van de vraag of voldoende (procedureel) is gewaarborgd dat die afbakening op instellingsniveau op een verantwoorde en zorgvuldige manier plaatsvindt.

3.g. Waarborgen in het systeem

Waarborgt de hierboven geschetste taak- en rolverdeling voldoende dat de verzekerde goede en betaalbare zorg kan krijgen?

Het CVZ is van mening dat dit het geval is, mits de verschillende actoren hun rollen en taken goed invullen. In de huidige situatie is dat niet altijd het geval. Er is nog veel onduidelijkheid over de vraag wat ieders verantwoordelijkheid is. Partijen verkeren vaak nog in een leertraject. Het is daarom van belang te verduidelijken wat de rol van partijen is en hen te faciliteren die rol op te pakken. Het CVZ ziet daarbij een rol voor het departement, de NZa, zichzelf én voor brancheorganisaties en cliëntorganisaties.

3.g.1. Voldoende waarborg

Op systeemniveau is de levering van goede en betaalbare zorg voldoende gewaarborgd. De grenzen waarbinnen partijen afspraken kunnen maken is vastgelegd in wetgeving, duidingen van het CVZ, en kwaliteitskaders van de sector, zelfregulering van de brancheorganisaties, richtlijnen van beroepsgroepen en normen van de IGZ. De IGZ houdt er toezicht op dat de basiszorg die instellingen leveren voldoet aan de eisen voor verantwoorde zorg. De NZa heeft in de Richtsnoer Informatieverstrekking vastgelegd welke informatie zorgaanbieders moeten verstrekken, en hoe de NZa met het richtsnoer omgaat.

Binnen die kaders maken instellingen afspraken om de zorg ten laste van de AWBZ en de aanvullende diensten te concretiseren. Daarbij maken zij ook afspraken over de prijs van de aanvullende diensten. Vanuit het maatschappelijk ondernemerschap ligt het voor de hand dat die prijs meer op het niveau van de kostprijs ligt naarmate de instelling feitelijk een monopoliepositie inneemt, en de verzekerde het aanvullend aanbod niet van een ander kan afnemen.

Zorgkantoren maken afspraken met instellingen over de manier waarop die met de cliëntenraad hierover afspraken maakt, en houdt daarop toezicht. De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren. Zonodig kan de NZa handhavingsmaatregelen nemen.

Maar wellicht het belangrijkste element is de zelfregulering van de sector, zoals dat is vormgegeven in de Zorgbrede Governancecode.

3.g.2. Aandachtspunten

De huidige praktijk toont aan dat partijen niet vanzelfsprekend hun rol goed (kunnen) invullen. Hoewel het onduidelijk is of het gaat om uitwassen of om structurele problemen, komt het voor dat instellingen een vergoeding vragen voor diensten die ze ten laste van de AWBZ moeten leveren, een te hoge vergoeding vragen voor aanvullende diensten, of alle bewoners verplichten deel te nemen aan collectieve aanvullende arrangementen. Zorgkantoren zijn niet altijd goed op de hoogte van de manier waarop instellingen omgaan met de concretisering van de verzekerde zorg en het aanvullende aanbod. En cliëntenraden zijn vaak onvoldoende uitgerust om een goede onderhandelingspartner voor de instelling te zijn.

Ook is niet duidelijk in hoeverre de uitgangspunten voor maatschappelijk ondernemerschap, zoals die in de Zorgbrede Governancecode zijn vastgelegd, daadwerkelijk 'leven' binnen de bestuurlijke praktijk van instellingen en brancheverenigingen, en of de sectoren daarbij voldoende zelfreinigend vermogen hebben.

Het is ondanks goed overleg onvermijdelijk dat zich conflicten zullen voordoen. De WMCZ voorziet in een geschillenprocedure, en dat is ook het geval in de komende Wet cliëntenrechten zorg. Het is belangrijk dat die procedures goed werken. Het moet gaan om een oplossing op casusniveau, die niet persé geldt voor alle instellingen. Want dan wordt via die weg toch allerlei detaillering aangebracht.

Om de uitvoeringspraktijk te sturen en te faciliteren heeft het CVZ met NZa en het departement afgesproken duidelijkheid te geven over wat er van partijen wordt verwacht, en best-practices te verspreiden. De NZa intensificeert het toezicht op zorgkantoren ten aanzien van dit onderwerp.

4. Standpunt

Het CVZ duidt de wettelijke aanspraken op AWBZ-zorg. Partijen kunnen desgewenst een duiding vragen. Het CVZ kan daar ook zelf toe besluiten. Het standpunt van het CVZ laat, waar nodig of wenselijk, ruimte aan partijen om zelf nadere invulling te geven aan de inhoud van de zorg.

Die ruimte is nodig om op instellingsniveau in te spelen op de wensen en behoeften van bewoners. Het CVZ ziet in de bestaande wettelijke regelingen en zelfregulering van de brancheorganisaties voldoende mogelijkheden om terughoudend te kunnen zijn met gedetailleerde duidingen. Ook ziet het CVZ geen directe aanleiding om tot verdergaande regelgeving te adviseren over de verzekerde en/of aanvullende dienstverlening.

De (zelf)regulering moet dan wel meer zijn dan mooie woorden op glad papier. Het is belangrijk dat partijen hun rol beter leren te spelen.

Hieronder vat het CVZ die rollen nog eens kort samen:

Zorgkantoren besteden bij de zorginkoop aandacht aan de manier waarop instellingen en cliëntenraden invulling geven aan de zorg die ten laste van de AWBZ komt, en over inhoud en prijsstelling van het aanvullende aanbod van de instelling. Hierbij houden ze rekening met bestaande kaders en richtlijnen over de aard en inhoud van het verzekerde pakket.

De IGZ houdt toezicht op de zorgverlening. De basiszorg die de instelling biedt, moet verantwoorde zorg zijn. De komende Beginselenwet zorginstellingen geeft daarvoor kaders aan, en geeft de IGZ nog verdere handhavingstaken. De levering van verantwoorde zorg mag niet afhankelijk zijn van de afname van aanvullende diensten.

Van de instelling mag worden verwacht dat ze zoveel mogelijk tegen kostprijs een aanvullend aanbod van diensten levert, dat in ieder geval voldoet aan de dagelijkse levensbehoeften van de bewoners¹⁰. Als de instelling noodzakelijke aanvullende diensten uitbesteedt, bedingt ze een behoorlijke prijs/kwaliteitsverhouding¹¹.

De instelling overlegt hierover met de cliëntenraad en vraagt hierover advies aan de cliëntenraad.

De instelling biedt over het aanvullende aanbod en de prijs daarvan volledige transparantie naar cliënten, het zorgkantoor

¹⁰ Zoals het wassen van kleding, beschikbaarheid van algemene verzorgingsproducten.

¹¹ De instelling zal meerdere offertes moeten vragen en daarover gedegen onderhandelen.

en verdere omgeving. De instelling maakt aan cliënten duidelijk dat afname van het aanvullende aanbod niet verplicht is, en een weigering om het aanvullende aanbod af te nemen geen gevolg heeft voor de levering van de verzekerde zorg. Het moet voor verzekerden mogelijk zijn om aanvullende diensten van een andere organisatie af te nemen.

Zorgkantoren houden er toezicht op dat aanbieders:

- geen bijbetaling vragen voor verzekerde zorg;
- over het aanbod van verzekerde zorg én het aanbod en prijsstelling van aanvullende diensten afdoende overleg met de cliëntenraad voeren;
- cliënten op de hoogte stellen dat afname van het aanvullende aanbod niet verplicht is.

Verzekerden hebben aanspraak op zorg ten opzichte van het zorgkantoor. Als zij van mening zijn dat de aanbieder niet de zorg levert waarop hij recht heeft, kan hij het zorgkantoor daarop aanspreken. Bij klachten van verzekerden onderneemt het zorgkantoor de nodige actie. Als de verzekerde meent recht te hebben op zorg, en het zorgkantoor niet, kan de verzekerde in bezwaar gaan bij zijn verzekeraar. Als de verzekeraar niet tegemoet wil komen aan het bezwaar, moet hij de concept beslissing op bezwaar voor advies aan het CVZ voorleggen¹². Tegen de definitieve beslissing kan de verzekerde op grond van de Awb beroep aantekenen.

De NZa houdt er toezicht op dat zorgkantoren en aanbieders hun verplichtingen nakomen, en neemt zonodig handhavingsmaatregelen.

VWS, CVZ en NZa verduidelijken waar nodig, en verspreiden best practices. Ze monitoren de uitvoeringspraktijk.

¹² Artikel 58 AWBZ

5. Uitvoeringsconsequenties

In afstemming met het departement van VWS en de NZa wil het CVZ met dit rapport duidelijkheid bieden over de bestaande kaders waarbinnen zorgaanbieders geacht worden aanvullende diensten te leveren.

De bedoeling daarbij is die kaders zo te formuleren dat enerzijds de rechtspositie en de belangen van verzekerden voldoende zijn gewaarborgd, maar dat voldoende ruimte bestaat voor aanbieders en bewoners om op lokaal niveau concreet inhoud te geven aan het aanvullende aanbod.

Feitelijk gaat het niet om nieuw beleid of om nieuwe taken. Wel om een herijking ervan en verduidelijking en aanscherping van de uitvoeringspraktijk.

Het is daarom vooral belangrijk met partijen af te spreken hoe zij hier zelf handen en voeten aan geven.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 24 januari 2011.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur

Onderwerp:	Indicatiestelling i.v.m. overheveling ADL-assistentie naar AWBZ
Samenvatting:	In dit advies gaat het College in op de overheveling van de ADL-assistentie vanuit de Regeling subsidies AWBZ naar de reguliere AWBZ per 1 januari 2012. Het College beschrijft de achtergronden hiervan en de gevolgen voor de ADL-bewoners die gebruik maken van ADL-assistentie. Tevens benadrukt het College dat het Herindicatietraject ADL-assistentie, waarbij het CIZ de ADL-bewoners nu al, op basis van hun <i>huidige</i> situatie, voor de periode <i>vanaf</i> 1 januari 2012 indiceert, niet wegneemt dat ingeval van een wijziging in hun (medische) omstandigheden, ook vóór 1 januari 2012 opnieuw herindicatie nodig kan zijn. Met name als de te verwachten (medische) situatie niet stabiel is, zoals in het geval van verzekerde, is dit voorbehoud op zijn plaats.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	20 september 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Persoonlijke verzorging, begeleiding

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 50-jarige vrouw bekend met progressieve multiple sclerose, afasie en visusproblemen. Zij is alleenstaand, woont in een ADL-woning en ontvangt daar, naast AWBZ-zorg, ADL-assistentie voor in en om de woning. De ADL-assistentie wordt verleend door de stichting Fokus en wordt gefinancierd vanuit de Regeling subsidies AWBZ.

Op 8 januari 2010, door u ontvangen op 11 januari 2010, heeft verzekerde bij u een aanvraag gedaan voor persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en individuele begeleiding (BG-ind). Het College begrijpt uit het dossier dat zij u daarnaast een aanvraag-formulier heeft geretourneerd, met het verzoek om rekening te houden met de ADL-assistentie die zij krijgt.

Bij primair indicatiebesluit van 11 maart 2010 hebt u aan verzekerde, op basis van de grondslag lichamelijke handicap, een indicatie voor AWBZ-zorg toegekend. Uit dit indicatiebesluit blijkt dat u verzekerde voor de periode van 11 februari 2010 tot en met 10 februari 2015 hebt geïndiceerd voor VP klasse 5 en BG-ind klasse 2. Voor de periode van 11 februari 2010 tot en met 31 december 2011 hebt u een indicatie voor PV klasse 1 toegekend. Met ingang van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2015 hebt u verzekerde geïndiceerd voor PV klasse 7.

In het indicatiebesluit legt u uit dat per 1 januari 2012 de subsidieregeling van waaruit de ADL-assistentie in een ADL-cluster wordt verleend, vervalt. Daarom is in het indicatie-besluit ook aangegeven welke persoonlijke verzorging verzekerde met ingang van 1 januari 2012 kan krijgen. U verwijst verder naar de bij het besluit gevoegde bijlage "Persoonlijke verzorging in/om de woning per 01-01-2012". In deze bijlage geeft u aan hoeveel van de geïndiceerde PV verzekerde per 1 januari 2012 in en/of om de ADL-woning nodig heeft. Voor verzekerde is dit PV klasse 7 (=16-19,9 uur).

Bij brieven van 26 maart en 21 april 2010 is namens verzekerde bezwaar aangetekend tegen het indicatiebesluit. Het bezwaar richt zich tegen de omvang van de indicatie, met name tegen de omvang van de indicatie voor de periode na 1 januari 2012. De gemachtigde van verzekerde geeft aan dat door deze indicatie de zorg die verzekerde in en om de woning kan ontvangen, afneemt. In het bezwaarschrift beschrijft de gemachtigde uitvoerig dat voor de verzorging van verzekerde meer uren nodig zijn, waarbij hij er onder andere op wijst dat verzekerde, vanwege een slechte rompbalans en veelvoorkomende spasmen, vaak door 2 personen tegelijk moet worden geholpen. Naar het oordeel van de gemachtigde zou, gezien de situatie, ten gunste van verzekerde van de normtijden moeten worden afgeweken. Verzekerde wil met het bezwaar bereiken dat PV klasse 8 met 40 additionele uren wordt toegekend. Voor BG-ind wenst zij klasse 4. De toegekende indicatie voor VP klasse 5 vormt geen onderwerp van bezwaar.

Uit uw conceptbeslissing blijkt dat u het voornemen hebt om het bezwaar gedeeltelijk ongegrond te verklaren. U bent van plan om de indicatie voor PV klasse 1 voor de periode van 11 februari 2010 tot en met 31 december 2011 te handhaven. De indicatie voor PV klasse 7 voor de periode van 1 januari 2012 tot en met 10 februari 2015 wilt u verhogen, namelijk naar PV klasse 8 plus 13 additionele uren. De indicatie voor BG-ind (van 11 februari 2010 tot en met 10 februari 2015) wilt u eveneens ophogen, naar klasse 4. De (niet in geschil zijnde) indicatie voor VP klasse 5 blijft in uw conceptbeslissing ongewijzigd.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang:

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (ZIB)

artikel 2

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding, geregeld in respectievelijk de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

artikel 15

Ingevolge het eerste lid van artikel 15 ZIB moet in het indicatiebesluit de geldigheidsduur ervan worden vermeld. Het tweede lid bepaalt dat bij ministeriele regeling regels over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten kunnen worden gesteld. Deze ministeriele regeling is de Zorgindicatieregeling¹.

Zorgindicatieregeling (ZIR)

artikel 1, eerste lid

Dit artikel bepaalt (onder meer) het volgende:

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is maximaal 5 jaar en wordt vastgesteld met inachtneming van:

- a. de beperkingen van verzekerde en veranderingen die zich daarin kunnen voordoen;
- b. (...)
- c. (...)

Besluit Zorgaanspraken (Bza)

artikel 2, eerste en tweede lid Bza

¹ Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 oktober 2009, nr. Z/VU-2957030, houdende regels over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten AWBZ, Stc. 2009, 15369. Deze regeling is van kracht geworden per 1 januari 2010.

Ingevolge deze artikelen bestaat slechts aanspraak op AWBZ zorg, indien deze zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (...) en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

artikel 4 Bza

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

artikel 5 Bza

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

artikel 6 Bza

1. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale zelfredzaamheid
- b. het bewegen en verplaatsen
- c. het psychisch functioneren
- d. het geheugen of de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Beleidsregels

U hanteert de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ-zorg bij de indicatiestelling, zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

CIZ-indicatiewijzer

U hebt in deze indicatiewijzer (zie www.CIZ.nl) een toelichting gegeven op de hiervoor genoemde Beleidsregels.

Regeling subsidies AWBZ

Paragraaf 2.9 (ADL-assistentie)

Deze paragraaf geeft regels voor het subsidiëren van ADL-assistentie in de ADL-woningen.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee:

Verzekerde is een 50-jarige vrouw met een progressieve vorm van multiple sclerose, afasie en visusproblemen. Zij woont zelfstandig in een ADL-clusterwoning, met behulp van ADL-assistentie.

In geschil is de omvang van de indicatie voor PV en BG-ind, met name voor de periode na 1 januari 2012. Tegen de indicatie voor VP bestaat geen bezwaar.

Ten aanzien van de conceptbeslissing en de daaraan ten grondslag liggende (medische) beoordeling kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt:

Geldigheidsduur van de indicatie

Verzekerde krijgt een indicatie met een lange geldigheidsduur, in totaal 5 jaar. Een deel van de indicatie ziet op de persoonlijke verzorging, waarop verzekerde na 1 januari 2012 zal zijn aangewezen.

Voor langere tijd indiceren is mogelijk, als het om een stabiele situatie gaat. Zodra het een progressieve aandoening betreft, is het gebruikelijk om voor niet al te lange termijn te indiceren. De Staatssecretaris wil, door middel van (her)indicaties inzicht hebben in de per 1 januari 2012 te verwachten gevolgen van de overheveling van de ADL-assistentie naar de AWBZ. Zeker in gevallen waarin de (te verwachten) medische situatie niet stabiel is, zal echter het voorbehoud moeten worden gemaakt dat bij de indicatiestelling alleen is uitgegaan van de actuele medische situatie van verzekerde en dat, bij wijzingen in deze situatie (en een daardoor mogelijk gewijzigde zorgbehoefte) wederom herindicatie nodig kan zijn. Nu verzekerde bekend is met een progressieve vorm van multiple sclerose, is dit voorbehoud in haar geval zeker op zijn plaats.

Persoonlijke verzorging

De benodigde ondersteuning bij de PV is goed gedocumenteerd, aan de hand van de norm-tijden. Het CIZ gaat bij de berekening van de omvang uit van de gemiddelde tijden voor zorgactiviteiten, zoals opgenomen in de beleidsregels. Niet zeker is dat dit in deze casus terecht is. De gemiddelde tijden zijn volgens de beleidsregels immers gebaseerd op verzekerden die zich "normaal" kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsstoornissen hebben etc. Bij verzekerde is sprake van spasmen, gehele of gedeeltelijke verlammingen van de ledematen en een dwangstand van de linkerhand/arm.

Het CIZ indiceert (terecht) extra tijd voor de zorgactiviteiten die door twee zorgverleners moeten worden uitgevoerd, maar mogelijk is ook aanpassing van de gemiddelde tijden voor de benodigde zorgactiviteiten aangewezen. In complexe zorgsituaties zoals die van verzekerde is het gebruik van gemiddelde tijden af te raden en verdient het aanbeveling om uit te gaan van de daadwerkelijk benodigde tijd om de zorg te bieden. Herbeoordeling is dan ook noodzakelijk.

Verpleging

De indicatie voor VP (klasse 5) is juist en voor de gehele indicatieperiode voldoende onderbouwd, aldus de medisch adviseur.

Begeleiding

Bij de sociale redzaamheid stelt het CIZ vast dat er matige beperkingen zijn met betrekking tot het oprapen en aanreiken van voorwerpen en het opbergen van de administratie, dat verzekerde geen gebruik kan maken van voorliggende voorzieningen en dat verzekerde daarom in aanmerking komt voor BG-ind. Deze onderbouwing kan slechts ten dele worden gevolgd. Zo zijn er voor het oprapen van spullen hulpmiddelen beschikbaar.

Waar het bij de beoordeling van de beperkingen in de sociale redzaamheid in de kern om gaat is of er beperkingen zijn in het persoonlijk functioneren, in de dagelijkse persoonlijke leefsituaties². Dat daarvan bij verzekerde sprake is, valt niet te betwijfelen. Verzekerde is dan ook aangewezen op BG-ind. Wat betreft de voor verzekerde benodigde omvang is echter onvoldoende inzichtelijk gemaakt welke problemen zij heeft op de voor deze functie relevante levensterreinen en bij welke activiteiten zij hulp of overname nodig heeft. Nadere beoordeling is dan ook aangewezen.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of uw beslissing, gelet op de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen

² Bron: "Rapport Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten", op 25 mei 2010 door het CVZ uitgebracht aan de minister van VWS, nr. 2010003991 (2010074220), te raadplegen via www.cvz.nl

In deze zaak dient met name de vraag te worden beantwoord of de AWBZ-zorg zoals u die volgens uw conceptbeslissing wilt indiceren, de zorgbehoefte van verzekerde voldoende compenseert.

Bij de indicatiestelling speelt ondermeer een rol dat verzekerde woont in een ADL-woning en, naast reguliere AWBZ-zorg, gebruik maakt van ADL-assistentie. Deze ADL-assistentie wordt (thans nog) gefinancierd vanuit de Regeling subsidies AWBZ.

Met ingang van 1 januari 2012 zal deze subsidieregeling worden beëindigd en zal de zorg in en om de woning worden overgeheveld naar de AWBZ. Dit betekent dat voor deze zorg een indicatie van het CIZ zal zijn vereist.

Hierna zal het College eerst ingaan op (de achtergronden van) de overheveling van de ADL-assistentie naar de AWBZ en de gevolgen voor de verzekerden die thans gebruik maken van gesubsidieerde ADL-assistentie.

Vervolgens zal het College aandacht besteden aan de aan een indicatie te stellen geldigheidsduur, mede gezien in relatie tot de herindicaties die het CIZ vanwege de overheveling van de ADL-assistentie naar de AWBZ, verricht.

Tenslotte zal het College ingaan op de individuele situatie van verzekerde.

1. Overheveling ADL-assistentie naar AWBZ

Al geruime tijd kent de Regeling subsidies AWBZ, thans in paragraaf 2.9, de mogelijkheid van subsidiëring van ADL-assistentie in ADL-woningen.

Een ADL-woning is een woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende sociale huurwoningen (ook wel ADL-cluster genoemd) die zijn aangepast voor zwaar lichamelijk gehandicapte bewoners. Vanuit het ADL-cluster wordt ADL-assistentie aan de gehandicapte bewoner verleend. ADL-assistentie bestaat, zo omschrijft de subsidie-regeling, uit "gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning"³.

Voor de bekostiging van ADL-assistentie verstrekt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) instellingssubsidies aan de rechtspersonen die de ADL-assistentie verlenen.

Ook het CIZ heeft een taak bij de ADL-assistentie: als een AWBZ-verzekerde bij het CVZ geregistreerd wil worden als belangstellende voor een ADL-woning, beoordeelt het CIZ of men voldoet aan de hiervoor gestelde voorwaarden. Tevens adviseert het CIZ over de omvang van de zorg waarop de verzekerde in en om het ADL-cluster is aangewezen. Naast ADL-assistentie kunnen verzekerden die in een ADL-cluster wonen, in aanmerking komen voor AWBZ-zorg op grond van een indicatie van het CIZ. De door het CVZ gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de woning moet daarbij worden aangemerkt als een wettelijk voorliggende voorziening in de zin van artikel 2, eerste lid Bza. Voor dit deel van de zorg kan geen indicatie voor AWBZ-zorg worden verleend.

De Staatssecretaris van VWS heeft inmiddels besloten dat de subsidie voor ADL-assistentie met ingang van 1 januari 2012 vervalt⁴. Deze zorg zal per die datum vanuit de AWBZ worden gefinancierd. Aan dit besluit tot overheveling liggen verschillende redenen ten grondslag.

Zo is een subsidie naar zijn aard niet meer het juiste financie-ringsinstrument voor ADL-assistentie. Een subsidie is van oorsprong bedoeld om experimenten met nieuwe zorgvormen te ondersteunen en heeft een tijdelijk karakter. De ADL-clusters, die al 30 jaar een bekend concept zijn, zijn het experimenteerstadium ver voorbij.

Een andere reden is, dat de zorg die de bewoners vanuit de ADL-clusters ontvangen overeen komt met zorgvormen die ook vanuit de AWBZ worden geleverd. Het betreft met name de functies persoonlijke verzorging en verpleging. Verder komt het vaak voor dat ADL-clusterbewoners, aanvullend op hun ADL-assistentie, ook zorg vanuit de AWBZ ontvangen. Om de samenhang tussen alle zorg te kunnen overzien en de bureaucratie en afbakeningsproblemen te verminderen, is het eenvoudiger om alle zorg vanuit één systeem (de AWBZ) te geven.

Met de overheveling zal de rechtspositie van de ontvangers van ADL-assistentie worden verbeterd. Onder de subsidieregeling hebben zij namelijk geen afdwingbaar recht op ADL-

³ Artikel 2.9.1, onder a Regeling subsidies AWBZ. In de toelichting op dit artikel wordt aangegeven dat ADL-assistentie onder meer betreft hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner in en om de ADL-woning, zoals hulp bij eten en drinken, verplaatsen, persoonlijke hulp en toilet maken, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek en verpleegtechnische/medische assistentie.

⁴ In artikel 2.9.9 Regeling Subsidies AWBZ is vastgelegd dat de paragraaf ADL-assistentie met ingang van 1 januari 2012 vervalt.

assistentie. Het betreft een voorziening, waarover het CVZ als subsidieverlener uitsluitend afspraken maakt met de subsidieontvanger (de organisatie die de ADL-assistentie verleent). Na de overheveling naar de AWBZ krijgt de verzekerde een formeel besluit (het indicatiebesluit) waarin is vastgelegd op welke en hoeveel AWBZ-zorg hij aanspraak kan maken.

Omdat de Staatssecretaris tijdig zicht wil krijgen op de (financiële) gevolgen van de overheveling van de ADL-assistentie naar de AWBZ en om de bewoners en aanbieders tijdig duidelijkheid te geven over de voor hen geldende situatie per 1 januari 2012, is in de huidige subsidieparagraaf ADL-assistentie geregeld dat zowel nieuwe als bestaande bewoners van een ADL-cluster moeten beschikken over een AWBZ-indicatiebesluit waarin rekening is gehouden met het aantal uren ADL-assistentie⁵. Daarom heeft de Staatssecretaris aan het CIZ de opdracht gegeven om vanaf oktober 2009 te starten met een herindicatietraject, waarbij de ADL-bewoners worden ge(her)indiceerd en een AWBZ-indicatiebesluit krijgen dat betrekking heeft op zowel hun situatie vóór, als per 1 januari 2012.

Bij dit herindicatietraject heeft de Staatssecretaris, na overleg met de betrokken partijen, een aantal keuzes gemaakt:⁶

a. Bij de herindicatie geeft het CIZ een indicatiebesluit af met een dubbele begin- en einddatum. Zowel de AWBZ-indicatie per 1 januari 2012 als de indicatie voor de tussenliggende periode wordt in het besluit opgenomen. Dit houdt in dat de indicatiebesluiten per 1 januari 2012 zullen ingaan aan de hand van de beleidsregels en werkinstructies die betrekking hebben op de jaren 2009 en 2010.

b. Via een bijlage bij het indicatiebesluit informeert het CIZ verzekerde over de omvang van de persoonlijke verzorging waarop hij in en om de woning is aangewezen. Het gaat dan om het aantal uren behorend bij de indicatie die per 1 januari 2012 zal ingaan.

c. Het nieuwe indicatiebesluit zal pas ingaan op 1 januari 2012. Tot die datum worden de ADL-assistentie en de AWBZ-zorg zoals de verzekerde die eventueel nu al ontvangt, ongewijzigd voortgezet. Hierop zijn echter 2 uitzonderingen:

- als een verzekerde nu al AWBZ-begeleiding ontvangt, geldt de nieuwe indicatie daarvoor al op 1 januari 2010;

- als bij de herindicatie blijkt dat verzekerde recht heeft op meer zorg, kan alleen op zijn nadrukkelijk verzoek het huidige indicatiebesluit vervallen en het nieuwe besluit eerder dan op 1 januari 2012 ingaan.

2. Geldigheidsduur van de indicatie en herindicatietraject ADL-assistentie

Artikel 1, eerste lid, onder a ZIR bepaalt dat de geldigheidsduur van een indicatiebesluit wordt vastgesteld met inachtneming van de beperkingen van verzekerde *en de veranderingen die zich daarin kunnen voordoen*. De maximale geldigheidsduur is vijf jaar⁷.

Het College heeft als uitgangspunt dat de duur van de indicatie moet worden afgestemd op de prognose voor de aandoeningen/beperkingen van de verzekerde (zie RZA 2006, 188). Zeker in geval van een medisch niet stabiele situatie zult u bij het vaststellen van de geldigheidsduur dan ook rekening moeten houden met de mogelijkheid dat de zorgbehoefte van verzekerde binnen een bepaalde termijn sterk kan toe- of afnemen. Het ligt in dat geval niet in de rede om een indicatie met een lange geldigheidsduur af te geven.

In het kader van het Herindicatietraject ADL-assistentie bent u gehouden om verzekerden die gebruik maken van ADL-assistentie te indiceren op (langere) termijn, namelijk voor de periode per 1 januari 2012. Dit betekent dat u beoordeelt op welke AWBZ-zorg de verzekerde na overheveling van de ADL-assistentie zal zijn aangewezen op basis van zijn huidige (medische) situatie en de bestaande beleidsregels. Een en ander neemt naar het oordeel van het College niet weg dat, als vóór 1 januari 2012 de (medische) situatie van een verzekerde zodanig wijzigt dat dit gevolgen kan hebben voor zijn behoefte aan AWBZ-zorg, op basis van de gewijzigde situatie een herindicatie zal moeten plaatsvinden aan de hand van de regelgeving zoals die op het moment van deze herindicatie geldt.

Het verdient aanbeveling om dit bij uw besluitvorming te vermelden, zeker in gevallen waarin de (medische) situatie van verzekerde niet stabiel is.

⁵ Art. 2.9.3, onder e Regeling subsidies AWBZ. Bestaande bewoners dienden per 1 juli 2010 aan deze voorwaarde te voldoen (art. 2.9.8)

⁶ Zie de brief d.d. 6 april 2010 van de Staatssecretaris van VWS aan het CIZ, nr. DLZ/SFI-U-2997620

⁷ Hetzelfde is opgenomen in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ (Bijlage 1, Algemeen, onder 2.5) en de CIZ-indicatiewijzer.

3. De situatie van verzekerde

Geldigheidsduur van de indicatie

Verzekerde is bekend met een progressieve vorm van multiple sclerose. U geeft een indicatie af met een geldigheidsduur van in totaal 5 jaar, waarbij in het kader van het Herindicatie-traject ADL-assistentie ook de voor verzekerde benodigde AWBZ-zorg per 1 januari 2012 is geïndiceerd. Zoals de medisch adviseur aangeeft kan bij verzekerde, gelet op haar progressieve aandoening, niet worden gesproken van een medisch stabiele situatie. Het is niet ondenkbaar dat er in de medische situatie van verzekerde (al voor 1 januari 2012) wijzigingen optreden die gevolgen hebben voor haar behoefte aan AWBZ-zorg. Op het moment dat dit zich voordoet, zal opnieuw indicatieonderzoek moeten worden verricht, waarbij u de zorgbehoefte vaststelt aan de hand van de (medische) situatie van verzekerde en geldende regelgeving op dat moment. Het verdient naar het oordeel van het College aanbeveling om verzekerde hierop in uw beslissing te attenderen.

Persoonlijke verzorging en verpleging

Het College is met u van oordeel dat verzekerde, gelet op haar aandoening en beperkingen, is aangewezen op de functie PV.

Voor wat betreft de door u in de conceptbeslissing vastgestelde omvang (klasse 8 met 13 additionele uren) merkt het College op dat u bij de berekening uitgaat van de ge-middelde tijden voor de zorgactiviteiten zoals die op grond van de beleidsregels gelden. In het bezwaarschrift geeft verzekerde aan dat in haar geval afwijking van de normtijden is gerechtvaardigd, o.a. vanwege een slechte rompbalans en veelvoorkomende spasmen. Gehoord zijn medisch adviseur, is het College van oordeel dat aanpassing van de gemiddelde tijden voor de benodigde zorgactiviteiten in het geval van verzekerde mogelijk is aangewezen. Immers, deze gemiddelde tijden zijn, zoals de beleidsregels ook aangeven⁸, gebaseerd op verzekerden die zich "normaal" kunnen bewegen, meewerken en dergelijke. Het valt te betwijfelen of dit bij verzekerde die spasmen, (gedeeltelijke) verlammingen van ledematen en een dwangstand van de linkerhand en arm heeft, het geval is. Nu er bij haar sprake is van een complexe zorgsituatie, ligt het in de rede dat u uitgaat van de daadwerkelijk benodigde tijd voor de zorgactiviteiten. Het College acht het juist dat u bij de bepaling van de omvang terecht extra tijd hebt meegenomen voor de zorgactiviteiten die door twee zorgverleners moeten worden geboden. De door u geïndiceerde VP klasse 5 acht het College juist en voldoende gemotiveerd.

Begeleiding

Het College is, gehoord zijn medisch adviseur, van oordeel dat verzekerde is aangewezen op BG-ind. In uw conceptbeslissing hebt u het voornemen om de primair afgegeven indicatie voor deze zorg te verhogen, van klasse 2 naar klasse 4. U geeft als motivering dat verzekerde matige beperkingen heeft met betrekking tot het oprapen van voorwerpen en het opbergen van haar administratie en dat zij geen gebruik kan maken van voorliggende voorzieningen. Het College acht deze onderbouwing niet voldoende. Om adequaat te kunnen beoordelen op welke klasse aan BG-ind verzekerde is aangewezen, zult u inzichtelijk moeten maken welke problemen zij ondervindt op de voor deze functie relevante levensterreinen, bij welke activiteiten zij hulp of overname nodig heeft en in hoeverre er voor deze activiteiten algemeen gebruikelijke dan wel wettelijk voorliggende voorzieningen beschikbaar zijn.

Advies

Het College komt, concluderend, tot het volgende advies:

- Voor wat betreft (de handhaving van) de indicatie voor VP klasse 5, ziet het College geen aanleiding om u te adviseren uw conceptbeslissing aan te passen.
- Het College adviseert u om de omvang van de indicaties voor PV en BG-ind opnieuw te beoordelen, met inachtneming van het bovenstaande.
- Het College raadt u aan om rekening te houden met zijn opmerking over de geldigheidsduur van de indicatie.

⁸ Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, Bijlage 4 "Persoonlijke verzorging", onder 4.4.

Advies over de herindicatie van ADL-assistentie naar AWBZ-zorg

Op 23 november 2010 uitgebracht aan het CIZ

<i>Volgnummer</i>	2010134964
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. mr. C. Roos, drs. A.M. Hopman
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

1. Inleiding

Bewoners van ADL-woningen ontvangen zorg op afroep in en om de woning die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie uit de Regeling subsidies AWBZ (paragraaf 2.9). De voormalige staatssecretaris van VWS heeft echter besloten dat de subsidie voor ADL-assistentie zal komen te vervallen met ingang van 1 januari 2012. Het is de bedoeling dat vanaf deze datum de ADL-assistentie onder de reguliere AWBZ-aanspraken zal vallen.

U hebt van het ministerie van VWS opdracht gekregen om vanaf oktober 2009 de bewoners van ADL-woningen te herindiceren en te voorzien van een nieuw indicatiebesluit dat zal ingaan per 1 januari 2012. In het nieuwe indicatiebesluit is aangegeven voor welke AWBZ-zorg de bewoners van ADL-woningen vanaf deze datum zijn geïndiceerd.

Inmiddels zijn 1226 bewoners van ADL-woningen geherindiceerd (dat is 92%, de overige ADL-bewoners hebben niet meegewerkt)¹. Zij hebben een (her)indicatiebesluit ontvangen. 106 bewoners (9%) hebben bezwaar gemaakt tegen dit indicatiebesluit.

In ongeveer de helft van de 106 bezwaren bent u voornemens het bezwaar ongegrond te verklaren. In deze bezwaardossiers hebt u aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) advies gevraagd als bedoeld in artikel 58 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Het CVZ heeft geconstateerd dat de voorgelegde indicatiegeschillen van de ADL-bewoners overeenkomsten hebben omdat zij veelal gaan over dezelfde onderwerpen. Daarom heeft het CVZ besloten deze geschilpunten gezamenlijk in één advies te behandelen.

In dit advies zal het CVZ aangeven welke (delen van de) zorg die als ADL-assistentie wordt verleend, onder de reguliere AWBZ-aanspraak valt.

Het CVZ beoogt met dit advies voor het CIJ een lijn uit te zetten waarlangs de indicatiegeschillen over ADL-assistentie beoordeeld moeten worden.

Uit de door het CVZ ontvangen bezwaarschriften komt een aantal geschilpunten naar voren die te maken hebben met de aard en omvang van de te indiceren zorg. De bezwaren van de ADL-bewoners betreffen meestal de omvang van de indicatie voor de functie Persoonlijke verzorging. Zij vinden de omvang van de indicatie voor deze functie vaak veel te laag.

¹ Project Herindicatiestelling bewoners ADL-clusters (CIJ) september 2010

Daarnaast, maar in mindere mate, gaat het bezwaar ook over de omvang van de functies Begeleiding en Verpleging.

Het CVZ constateert dat de zorg die ADL-bewoners momenteel ontvangen als ADL-assistentie, niet zonder meer in zijn geheel als AWBZ-zorg is aan te merken en derhalve niet als AWBZ-zorg verleend kan worden als de subsidieregeling vervalt.

Delen van de zorg zoals de ADL-bewoners die nu ontvangen kunnen behoren tot het domein van andere wettelijke regelingen dan de AWBZ, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Andere delen van de zorg moeten worden gerekend tot de verantwoordelijkheid van huisgenoten voor elkaar (gebruikelijke zorg) of tot de eigen verantwoordelijkheid.

Het zal ook voorkomen dat de zorg zoals de ADL-bewoners die nu ontvangen weliswaar AWBZ-zorg zal zijn, maar dat er onder de subsidieregeling meer tijd voor werd gevraagd of berekend dan volgens de normtijden van de geldende Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 (de Beleidsregels) mogelijk is.

Tevens stelt het CVZ vast dat er zich situaties voordoen waarin de zorg die een ADL-bewoner vraagt valt onder handelingen die deel uitmaken van de functie Verblijf.

2. Wet- en regelgeving

De aanspraak op AWBZ-zorg is geregeld in de artikelen 6, 9a en 9b van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) is de aanspraak op zorg nader uitgewerkt.

Het Zorgindicatiebesluit (ZIB) regelt de indicatiestelling door het CIZ. De uitwerking hiervan heeft plaatsgevonden in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010.

De Regeling subsidies AWBZ (RsA) regelt in paragraaf 2.9.1 de financiering van ADL-assistentie.

De tekst van de van toepassing zijnde bepalingen en regelingen is te vinden in Bijlage 1.

3. ADL-assistentie als subsidieregeling

Wat zijn ADL-woningen, wat is ADL-assistentie en wat zijn de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen?

ADL-woning

ADL staat voor Activiteiten van het Dagelijks Leven. Een ADL-woning² is een woning die is bedoeld voor iemand met een zware lichamelijke handicap. De woning is rolstoeltoegankelijk en aangepast aan de beperkingen van de bewoner. De ADL-woning maakt deel uit van een aantal bij elkaar horende sociale huurwoningen, (ook wel ADL-cluster genoemd) waaraan een zogenaamde ADL-unit is gekoppeld, van waaruit op oproep ADL-assistentie kan worden verleend.

ADL-assistentie

ADL-assistentie is *direct oproepbare* persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit betreft alle activiteiten die tot de functie persoonlijke verzorging behoren en een beperkt aantal verpleegtechnische handelingen. Bewoners van een ADL-cluster beschikken *24 uur per dag* over ADL-assistentie. Deze assistentie wordt alleen *binnen* het cluster geleverd.

Het bijzondere van ADL-assistentie is dat de dienstverlening 24 uur per dag mogelijk is en volledig uitgaat van de vraag van de cliënt, namelijk op zijn of haar afroep en aanwijzing.

Op grond van de Regeling subsidies AWBZ (RsA) wordt aan de aanbieders van deze ADL-assistentie subsidie verstrekt. Per 1 januari 2012 zal deze subsidieregeling worden beëindigd.

² Artikel 2.9.1a RsA.

Aanspraak op AWBZ-zorg beperkt	Iemand die in een ADL-cluster woont kan voor persoonlijke verzorging en voor verpleegtechnische handelingen bij beademing in de woning geen aanspraak maken op AWBZ-zorg. Voor andere zorg is wél een AWBZ-indicatie mogelijk. Ook voor de momenten dat men buiten het cluster is, kan men voor persoonlijke verzorging aanspraak maken op AWBZ-zorg
Voorwaarden om in aanmerking te komen voor ADL-assistentie	Iemand kan in aanmerking komen voor ADL-assistentie in een ADL-cluster als het CIZ heeft aangegeven dat er sprake is van³: ▪ een lichamelijke handicap of somatische aandoening of beperking; ▪ de noodzaak van minimaal 5 uur ADL-assistentie per week; ▪ aangewezen zijn op een voor een rolstoel doorgankelijke woning; ▪ voldoende sociale zelfredzaamheid om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen Verder moet men een indicatiebesluit van het CIZ hebben waarin rekening is gehouden met het aantal uren adl-assistentie.

4. AWBZ-zorg en ADL

Wanneer we 'de zorg zoals die aan ADL-clusterbewoners wordt geleverd' vergelijken met 'de zorg zoals die volgens de criteria van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg moet worden geïndiceerd' vallen een aantal belangrijke verschillen op.

Subjectieve zorgvraag	Bij de ADL-assistentie is de wens van de ADL-bewoner het uitgangspunt. De zorg wordt in principe op de manier, in het tempo en op het tijdstip geleverd die de bewoner wenst. Dit om een zo groot mogelijke zelfstandigheid in de eigen daginvulling mogelijk te maken en rekening te houden met de specifieke wensen van de bewoner. Er wordt pas achteraf bekeken hoeveel zorg er aan de ADL-bewoner is geleverd. Op basis hiervan vindt afrekening plaats.
Objectieve zorgbehoefte	Bij de AWBZ-indicatiestelling wordt echter uitgegaan van doelmatige zorginzet en wordt niet meer zorg geïndiceerd dan nodig is om verantwoorde zorg (in hygiënisch, medisch, gedragswetenschappelijk opzicht, et cetera) te bieden ⁴ . Deze zorg wordt van tevoren vastgesteld. Volgens de Beleidsregels

³ Artikel 2.9.3 RsA

⁴ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ Bijlage 4 (Persoonlijke verzorging) paragraaf 4.4

moet onder ‘doelmatigheid’⁵ worden verstaan: ‘De zorg die het goedkoopst adequaat is’.

Voor de berekening van de omvang van de te indiceren persoonlijke verzorging gebruikt het CIZ de in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ opgenomen gemiddelde tijden. Uiteraard kan van de gemiddelde tijden worden afgeweken⁶ als hiervoor een medische noodzaak aanwezig is. Situaties waarin gedacht kan worden aan het afwijken van de normtijden zijn bijvoorbeeld bij aan-/uitkleden:

- optreden van spasmen
- gewrichtscontracturen (dwangstanden)
- handhaven rompbalans

De wens van de verzekerde om meer of andere zorg te ontvangen, is echter *geen* reden om van de normtijden af te wijken.

Het gaat bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg om de geobjectiveerde zorgbehoefte terwijl bij de ADL-assistentie de subjectieve zorgvraag centraal staat.

In de geschillen zien we de verschillen in benadering van de aard en omvang van de zorg door het CIZ en door de ADL-bewoner ook duidelijk terug.

4.a. Meer dan noodzakelijk

Bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg wordt de omvang van de zorg gebaseerd op de zorg die minimaal nodig is om een verantwoorde situatie te krijgen. Dat betekent dat het CIZ geen rekening kan houden met door de verzekerde gewenste extra zorg, zoals dat in ADL-clusters wel gebruikelijk is. Ter illustratie de volgende voorbeelden geput uit de aan ons voorgelegde geschillen:

- In plaats van de dagelijkse hulp bij het wassen, verzoekt de bewoner om tweemaal daags hulp hierbij omdat de bewoner gewend is zowel 's ochtends als 's avonds te douchen.

In de AWBZ is één maal daags douchen de norm. Het verzoek van de ADL-bewoner om een tweede keer op een dag te douchen enkel om de reden dat hij dit zo gewend is moet worden afgewezen.

- De ADL-bewoner verzoekt veel vaker het incontinentiemateriaal te verwisselen dan noodzakelijk uit hygiënisch oogpunt.

De AWBZ-indicatie gaat ervan uit dat het incontinentiemateriaal naar noodzaak verwisseld wordt.

⁵ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ Bijlage 1 (Algemeen) paragraaf 3.

⁶ Art 4: 84 Awb, zie ook onderdeel 10 van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ Bijlage 1 onder 2.1.

Er kan daarom slechts een indicatie worden afgegeven voor de functie Persoonlijke verzorging die gelijk staat aan wat er voor verzekerde vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg noodzakelijk wordt geacht.

- Een ADL-bewoner vraagt hulp bij in bad gaan, terwijl douchen minder tijd in beslag neemt.

Vanuit het oogpunt van doelmatige zorg kan het indicatieorgaan alleen een indicatie afgeven voor in bad gaan als dit medisch noodzakelijk is. Doelmatig is de zorg die het goedkoopst adequaat is.

4.b. Doelmatigheid

Bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg is de indicatie afgestemd op de meest doelmatige manier van zorgverlening. Het is bijvoorbeeld doelmatiger om een aantal handelingen tijdens één sessie uit te voeren, dan om voor elke handeling apart iemand te laten komen. Planbare zorg is doelmatiger dan zorg op afroep. De wens van verzekerden om de zorg op een andere manier geleverd te krijgen, leidt niet tot een omvangrijkere indicatie. In ADL-clusters is het wel mogelijk de zorg te ontvangen op het moment en op de manier waarop de verzekerde dat wil. Een aantal voorbeelden uit de voorgelegde geschillen ter illustratie:

- Vraag 's nachts om hulp bij douchen na een avondje uit.

Bij de indicatiestelling moet het CIZ uitgaan van de normtijden die in de Beleidsregels zijn opgenomen, met de leveringsvoorwaarde die daarvoor geldt. De wens van de verzekerde om planbare zorg op afroep te ontvangen, kan het CIZ niet honoreren.

- Vraag om het afzonderlijk helpen met opstaan, wassen en aankleden terwijl het combineren van deze zorg minder tijd kost (omdat er sprake is van samenvallende activiteiten).

Bij de indicatiestelling moet het CIZ van de meest doelmatige zorglevering uitgaan. Als het combineren van een aantal handelingen leidt tot een minder omvangrijke zorgvraag, kan het indicatieorgaan daar niet van afwijken als de verzekerde dat wenselijk vindt.

- Vraag om hulp bij transfers die meer tijd en mankracht kosten dan wanneer een, door de bewoner niet gewenste, tillift zou worden gebruikt.
- Vraag om hulp bij drinken, terwijl de bewoner met een rietje zelf kan drinken.
- Vraag om zeer frequent hulp bij verschonen omdat de bewoner geen incontinentiemateriaal wenst te dragen.

Bij de indicatiestelling moet het CIZ van de meest doelmatige zorglevering uitgaan. Als het inzetten van hulpmiddelen leidt tot een minder omvangrijke

zorgvraag, kan het indicatieorgaan daar niet van afwijken ook al wil de verzekerde dat graag.

4.c. Verblijf

Een verzekerde is op de functie Verblijf aangewezen als hij voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in artikel 9 Bza.

Als de zorg waarop een verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht, dan is er aanspraak op AWBZ-zorg met verblijf. Of dit het geval is, bepaalt het CIZ met behulp van de in Beleidsregels⁷ vastgestelde leveringsvoorwaarde voor de zorgbehoefte van verzekerde. Als de zorgbehoefte van verzekerde direct beschikbaar moet zijn (leveringsvoorwaarde C of D en in sommige gevallen B) dan stelt het CIZ vast dat er in dat geval sprake is van AWBZ-zorg met verblijf. De vraag of verblijf aan de orde is, moet het CIZ vaststellen op grond van de objectieve situatie van de verzekerde. Voor een deel van de bewoners van ADL-clusters geldt dat zij aan de voorwaarden voor verblijf voldoen. Feitelijk zijn ze aangewezen op de zorg die onderdeel van die functie Verblijf is. Bewoners van een ADL-cluster willen meestal geen indicatie voor verblijf, omdat dan feitelijk verblijf in de clusterwoning niet meer mogelijk is.

De geschillen gaan vaak over zorg die nu wordt geboden door de ADL-assistenten, maar die niet onder de functie persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding valt. Een deel van deze zorg zou, als de aanvrager in een AWBZ-instelling zou verblijven, onder de functie Verblijf vallen. Het is daarmee feitelijk wel zorg die tot de AWBZ-aanspraken moet worden gerekend, maar waarop de bewoners (die geen indicatie voor de functie Verblijf hebben) geen recht kunnen doen gelden.

Als er geen indicatie voor verblijf is kan een aantal van deze activiteiten vallen onder de Wmo.

Hieronder volgen enkele voorbeelden uit de aan het CVZ voorgelegde geschillen van dit soort zorgactiviteiten.

Vraag om zorg die tot verblijf dan wel de Wmo behoort:

- Planten water geven.
- Afwasmachine uit- en inruimen.
- Vuilnis buiten zetten.
- Schoonmaken van de woning, inclusief de douchebrancard, rolstoel, tillift en andere hulpmiddelen.
- Voorbereiden, klaarmaken en klaarzetten van eten en

⁷ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ Bijlage 1 (Algemeen) paragraaf 2.6

drinken.

- Opruimen van omgevallen drinken, eten, bloemenvazen etc.
- Bed verschonen na 'ongelukje'.
- Boodschappen uit de tas halen.
- Voorraad inventariseren.

4.d. Zorgverzekeringswet

Een aantal handelingen die in de geschillen naar voren zijn gekomen als geschilpunt zijn handelingen die vallen onder het domein van de Zorgverzekeringswet. Het gaat vaak om handelingen die tot de fysiotherapie behoren, ook voor handelingen die niet op de chronische lijst staan. Deze handelingen behoren niet tot de aanspraak van de AWBZ.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden uit de aan het CVZ voorgelegde geschillen.

Vraag om zorg die behoort tot het domein van de Zorgverzekeringswet:

- Massage van de nek
- Lymfedrainage

Verpleging in verband met medisch specialistische zorg is ook een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Voor o.a. thuisbeademing is een uitzondering gemaakt. Verpleging in het kader van thuisbeademing is AWBZ-zorg.

Hulp bij sputumevacuatie en bronchiaaltoilet wordt in het ziekenhuis door fysiotherapeuten aangeleerd. Dat is onderdeel van de medisch specialistische zorg. Hulp bij het uitvoeren van de nodige handelingen, zoals sprayen, balloneren, manuele hoestondersteuning, airstacken, uitzuigen en dergelijke, is dermate verweven met de ademhalingsondersteuning, dat dit onderdeel is van de verpleging die daarbij noodzakelijk is.

Vraag om zorg die behoort tot AWBZ verpleging:

De verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.

Artikel 2.11 Besluit zorgverzekering (Bzv) sluit verpleging in verband met thuisbeademing uit van bekostiging op grond van de Zvw. Deze verpleging komt ten laste van de AWBZ.

Airstacken, bronchiaaltoilet en dergelijke die noodzakelijk is bij verzekerden die geen thuisbeademing hebben, valt niet onder de uitsluiting van artikel 2.11 Bzv. Deze verpleegkundige zorg komt ten laste van de Zvw.

Vraag om zorg die behoort tot het domein van de Zorgverzekeringswet:

- Airstacken zonder thuisbeademing
- Overige verpleging die noodzakelijk is in verband met

4.e. Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg

Een verzekerde heeft op grond van artikel 2 lid 2 *Bza* alleen aanspraak op *AWBZ*-zorg als hij daar uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen. Dat betekent dat als het mogelijk is op een andere manier in de zorgvraag te voorzien, er geen aanspraak op de *AWBZ* is.

Een verzekerde heeft daarom ook geen recht op *AWBZ*-zorg als de zorg waarop hij is aangewezen naar algemeen aanvaarde maatstaven door zijn sociale omgeving moet worden geboden. Wat onder 'algemeen aanvaarde maatstaven' moet worden verstaan wordt uitgewerkt in de Beleidsregels⁸. In ieder geval is het zo dat als een verzekerde samenwoont met een partner, die partner een deel van de zorg op zich moet nemen.

Vraag om zorg die tot de gebruikelijke zorg behoort:

- Begeleiding sociale activiteiten (theater, familie).
- Begeleiding doktersbezoek, ziekenhuis.
- Uitvoeren van praktische handelingen, zoals oprapen van spullen, openmaken van post.

4.f. Eigen verantwoordelijkheid

Voor een aantal activiteiten is de verzekerde zelf verantwoordelijk. Voor die activiteiten is geen collectieve voorziening.

Hieronder volgen een aantal voorbeelden uit de aan het CVZ voorgelegde geschillen.

Vraag om zorg die tot de eigen verantwoordelijkheid behoort:

- Praktische assistentie bij administratie.
- Ondersteuning bij hobby.
- Pinnen in winkels.
- Pakken spullen in winkels.
- Twee keer per dag aan-/uitkleden in verband met een bezoek aan een theater of sport.

4.g. Begeleiding: hand- en spandiensten

Een deel van de zorg die wordt gevraagd in de bezwaren heeft betrekking op kleine onderhoudsklusjes en activiteiten die door de aanbieders van ADL-assistentie worden omschreven als hand- en spandiensten.

Het gaat om een divers palet aan kleine handelingen die in de loop van de tijd voor kunnen komen. Voor veel van die

⁸ Voor een uitgebreide uitleg verwijst het CVZ u naar de Beleidsregels indicatiestelling *AWBZ*, Bijlage 3, Gebruikelijke zorg

handelingen geldt dat die kleine zorgmomenten bij verblijf in een instelling of in een thuissituatie worden meegenomen bij grotere zorgmomenten, of terloops worden uitgevoerd door huisgenoten.

Dergelijke activiteiten kunnen in sommige gevallen als AWBZ-zorg worden geïndiceerd in de vorm van de functie Individuele begeleiding.

Een aantal voorbeelden uit de geschillen die aan het CVZ zijn voorgelegd.

Vraag om zorg die in sommige gevallen tot de functie Begeleiding individueel behoort:

- Opladen van accu's van rolstoelen.
- Schoonmaken van en klein onderhoud aan hulpmiddelen.
- Bevestigen tuigje van hulphond
- Vervangen van gloeilampen.
- Verwijderen van insecten etc.
- Assistentie bij gebruik van audiovisuele apparaten (klok, wekker, computer, fax, printer).
- Assistentie bij gebruik van deuren, ramen, gordijnen, intercom, post, telefoon, verwarming.

De omvang van dergelijke zorg is niet eenvoudig objectief en transparant in kaart te brengen. De vraag wat de noodzakelijke omvang van deze zorg is, is niet te benaderen door een opsomming van afzonderlijke handelingen. Het kan om allerlei zaken gaan, die niet altijd goed zijn te voorzien. Daarom wordt in de Beleidsregels bij de indicatiestelling uitgegaan van een normering. Die normering is gebaseerd op een gemiddelde tijd, die voldoende moet zijn om het gebrek aan zelfredzaamheid op een basaal niveau te compenseren. Daarbij is het uitgangspunt dat de zorg doelmatig wordt geleverd (verschillende handelingen tegelijk, en niet afzonderlijk, zie paragraaf 4b), en alleen voor zover noodzakelijk (zie paragraaf 4a). Overigens geldt daarbij ook, dat als hulpmiddelen, domotica en dergelijke in de zorgvraag kunnen voorzien, er geen aanspraak is op de AWBZ.

Ook hier speelt dat in de AWBZ sprake is van een geobjectiveerde zorgvraag, terwijl in de ADL-clusters de subjectieve zorgvraag voorop staat.

Op grond van de ernst van de beperkingen in de grove hand- en armbewegingen, fijne handmotoriek en bij het optillen van voorwerpen zou de omvang van de functie begeleiding kunnen worden bepaald. In de tabel in Bijlage 6 van de Beleidsregels⁹

⁹ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 Bijlage 6 (Begeleiding) paragraaf 4.1

worden dergelijke activiteiten onder 2 omschreven als 'het ondersteunen bij vaardigheden/ handelingen ten behoeve van de zelfredzaamheid'. Volgens deze tabel is de omvang genormeerd op klasse 4.

5. Conclusie

Gelet op het voorgaande concludeert het CVZ dat de zorg die ADL-bewoners gewend zijn te krijgen op grond van de subsidieregeling ruimer is dan de zorg die de AWBZ biedt.

Dit verschil is als volgt te verklaren. In de AWBZ zijn de geobjectiveerde zorgvraag en de doelmatigheid uitgangspunt bij het indiceren van AWBZ-zorg, terwijl bij de ADL-assistentie de subjectieve wens van de ADL-bewoner centraal staat. Doelmatigheid is hierbij geen criterium. Er wordt (achteraf) gekeken welke zorg aan de ADL-bewoner is geleverd, terwijl bij de AWBZ-indicatiestelling van tevoren wordt bepaald op hoeveel zorg iemand is aangewezen.

Weliswaar kan na het afschaffen van de subsidieregeling een gedeelte van de zorg worden geboden door andere voorzieningen en is voor mensen die niet alleen wonen een deel gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar. Toch blijven er zorgvragen over die tot de 'eigen verantwoordelijkheid' van de verzekerde behoort.

Met een indicatiebesluit op grond van de bestaande regels, is het waarschijnlijk niet mogelijk de zorg op exact dezelfde manier te organiseren als op dit moment gebruikelijk is in de ADL-woningen.

Het CVZ raadt u aan de in dit advies aangegeven duiding van AWBZ-zorg te hanteren bij de heroverweging van de aan het CVZ voorgelegde indicatiegeschillen over dit onderwerp.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Bijlage 1 bij volgnummer 2010134964

AWBZ

Artikel 6, eerste lid AWBZ

De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging.

Artikel 6, tweede lid AWBZ

Bij of krachten algemene maatregelen van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld, en kunnen voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden worden gesteld.

artikel 9b, eerste lid AWBZ

Aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (ZIB)

artikel 2 ZIB

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding, geregeld in respectievelijk de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

**Besluit
Zorgaanspraken
(Bza)**

artikel 2, eerste en tweede lid Bza

Ingevolge deze artikelen bestaat slechts aanspraak op AWBZ zorg, indien deze zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (...) en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

**Persoonlijke
verzorging**

artikel 4 Bza

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

Verpleging

artikel 5 Bza

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Begeleiding*artikel 6 Bza*

1. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale zelfredzaamheid
- b. het bewegen en verplaatsen
- c. het psychisch functioneren
- d. het geheugen of de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Verblijf*Artikel 9, eerste lid Bza*

Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap

Beleidsregels

Beleidsregels Indiciestelling AWBZ, die jaarlijks worden vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

CIZ-indicatiewijzer

In de CIZ indicatiewijzer (zie www.CIZ.nl) wordt een toelichting gegeven op de hiervoor genoemde Beleidsregels.

Regeling subsidies AWBZ*Paragraaf 2.9 RsA (ADL-assistentie)*

Deze paragraaf geeft regels voor het subsidiëren van ADL-assistentie in de ADL-woningen.

Artikel 2.9.1 RsA

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

ADL-woning

- a. ADL-woning: woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeltoegankelijke sociale huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun

- ADL-assistentie**
- Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds
Bijzondere Ziektekosten;
- b. ADL-assistentie: gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning.

Artikel 2.9.3 eerste lid RsA

Voor een instellingssubsidie voor ADL-assistentie komt uitsluitend in aanmerking ADL-assistentie aan een verzekerde die is geregistreerd bij het College zorgverzekeringen en die:

- a. een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking heeft;
- b. is aangewezen op een rolstoelstoorgankelijke woning;
- c. is aangewezen op ten minste vijf uur ADL-assistentie per week;
- d. voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen;
- e. een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit heeft, waarin rekening is gehouden met het aantal uren ADL-assistentie.

Artikel 2.9.3 tweede lid RsA

Bij de registratie, bedoeld in het eerste lid, gaat het College zorgverzekeringen uit van een schriftelijk indicatie-advies van het Centrum Indicatiestelling Zorg waarin is aangegeven of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a tot en met d.

Onderwerp:	Bevoegdheidsverdeling Bureau Jeugdzorg en CIZ
Samenvatting:	Wanneer sprake is van een psychiatrische aandoening die weliswaar wordt veroorzaakt door een erfelijke (somatische) aandoening, is Bureau Jeugdzorg bevoegd om te besluiten ten aanzien van de AWBZ-zorg die verband houdt met een psychiatrische aandoening. Het is voor de bevoegdheidsvraag bepalend op welk vlak de beperkingen liggen.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	30 augustus 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Begeleiding

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 13 jaar oud meisje dat, evenals haar tweelingzusje, een erfelijke aandoening heeft (premutatie van het fragiele X-syndroom). Op school maakt zij gebruik van een leerling gebonden budget (rugzak). De moeder van verzekerde had aanvankelijk een aanvraag gedaan bij Bureau Jeugdzorg. De oudere zus van de tweelingzusjes was bekend bij Bureau Jeugdzorg met de diagnose PDD-NOS.

Bureau jeugdzorg zou de aanvraag van de moeder voor wat betreft verzekerde en haar tweelingzus naar het CIZ hebben doorgestuurd met als motivering dat de premutatie van het fragiele X-syndroom geen DSM-IV diagnose is maar een erfelijke ontwikkelings-stoornis.

In de bestreden beslissing geeft u aan dat de ernst en de soort van de beperkingen van verzekerde zodanig zijn dat zij geen indicatie kan krijgen. U geeft verder aan dat als gevolg van de invoering van de pakketmaatregelen de problematiek voortkomend uit de premutatie van het fragiele X-syndroom niet onder de AWBZ-zorg valt, maar onder onderwijs en de Zorgverzekeringswet.

De moeder van verzekerde maakt bezwaar tegen het niet afgeven van een indicatie voor begeleiding. Zij geeft aan dat ook buiten schooltijd zorg nodig is en dat de zorgverzekering geen vergoeding kent.

Blijkens uw conceptbeslissing bent u van oordeel dat het bezwaar ongegrond is. U geeft aan dat u over te weinig geobjectiverde diagnostische gegevens beschikt en dat aanvullende basisdiagnostiek door een gedragsdeskundige ten laste van de Zorgverzekeringswet gedaan moet worden, hetgeen voorliggend is op de inzet van zorg vanuit de AWBZ. Uw CIZ-arts merkt daarbij op dat de gedragsdeskundige 'indien van toepassing een DSM-IV diagnose stelt en overweegt wat er voor behandelmogelijkheden voor verzekerde bestaan. Nadat een dergelijk traject gestart is en er sprake is van objectieve bevindingen bij psychologisch onderzoek waarbij ook aan een IQ-test gedacht kan worden, zou door het CIZ alsnog overwogen kunnen worden of er voor verzekerde aanspraak op AWBZ-zorg bestaat'. U geeft aan dat u op basis van de aanwezige diagnostische gegevens niet kunt bepalen of verzekerde, gezien haar zorgbehoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorg-verlening, redelijkerwijs is aangewezen op AWBZ-zorg.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Ingevolge artikel 9a, eerste lid AWBZ voorzien burgemeester en wethouders erin dat in hun gemeente ten behoeve van de inwoners een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is, dat kosteloos besluit of een inwoner is aangewezen op een van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg.

Artikel 9b, eerste lid AWBZ bepaalt dat aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid AWBZ, slechts bestaat indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Artikel 9b, vierde lid AWBZ bepaalt dat, in afwijking van het eerste t/m het derde lid cliënten als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) slechts aanspraak hebben op zorg aangewezen krachtens artikel 5, tweede lid, onder b en c, van die wet, indien de stichting die werkzaam is in de provincie waar de betrokken jeugdige duurzaam verblijft een besluit heeft genomen waaruit blijkt dat die cliënt op die zorg is aangewezen. De regels gesteld krachtens artikel 3, vijfde lid Wjz zijn van toepassing.

Zorgindicatiebesluit (Zib)

Ingevolge artikel 2 Zib worden als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ onder meer aangewezen de zorg, bedoeld in de artikelen 4 (persoonlijke verzorging), 5 (verpleging), 6 (begeleiding), 8 (behandeling) en 9 (verblijf) van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

Op grond van artikel 2, tweede lid Bza bestaat slechts aanspraak op AWBZ-zorg voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Artikel 6 Bza

1. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:
 - a. de sociale redzaamheid,
 - b. het bewegen en verplaatsen,
 - c. het psychisch functioneren,
 - d. het geheugen en de oriëntatie, of
 - e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.
2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.
3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:
 - a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
 - b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
 - c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Beleidsregels

U hanteert de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ-zorg (verder: de Beleidsregels) bij de indicatiestelling, zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

CIZ-indicatiewijzer

U hebt in deze indicatiewijzer (zie www.CIZ.nl) een toelichting gegeven op de hiervoor genoemde Beleidsregels.

Wet op de jeugdzorg (Wjz)

Artikel 4, eerste lid, van de Wjz bepaalt dat gedeputeerde staten er zorg voor dragen dat in de provincie één bureau jeugdzorg werkzaam is, dat in stand wordt gehouden door een stichting als bedoeld in artikel 285 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek die door de provincie wordt gesubsidieerd. Het tweede lid van dit wetsartikel bepaalt onder meer dat de stichting als doel heeft het in stand houden van een bureau jeugdzorg dat de in deze wet aan de stichting opgedragen taken vervult.

Ingevolge artikel 5, eerste lid, van de Wjz heeft een stichting die een bureau jeugdzorg in stand houdt (hierna: Stichting), tot taak te bezien of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel in verband met problemen van een cliënt, niet zijnde een jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren.

In artikel 5, tweede lid, aanhef en onder a en b Wjz is bepaald dat tot de in artikel 5, eerste lid Wjz bedoelde taak behoort het vaststellen of een cliënt is aangewezen op jeugdzorg waarop ingevolge de Wjz aanspraak bestaat of op zorg, bestaande uit bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen waarop ingevolge de AWBZ dan wel ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak bestaat.

Uitvoeringsbesluit Wjz

Artikel 9 van het Uitvoeringsbesluit Wjz luidt:

Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder b, van de wet worden, voor zover deze zorg of het verblijf betrekking heeft op een jeugdige en verband houdt met een psychiatrische aandoening, aangewezen:

- a. persoonlijke verzorging, begeleiding, verblijf en voortgezet verblijf als bedoeld in de artikelen 4, 6, 9, 10 en 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- b. geneeskundige zorg en verblijf als bedoeld in de artikelen 2.4 en 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Jurisprudentie

CRvB 17 februari 2010¹

De Centrale Raad van Beroep (CRvB) is in twee uitspraken van 17 februari 2010 ingegaan op de bevoegdheidsverdeling tussen CIZ en Bureau Jeugdzorg bij indicatiestelling van jeugdigen. De CRvB concludeert dat het CIZ, gezien de wettelijke bevoegdheidsverdeling, niet bevoegd is om te besluiten ten aanzien van de AWBZ-zorg ten behoeve van een jeugdige verzekerde, voor zover deze verband houdt met zijn of haar psychiatrische aandoening of beperking.

De Centrale Raad acht bij een dubbele grondslagproblematiek onderlinge afstemming van de besluitvorming door het CIZ en Bjz aangewezen.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van het dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Verzekerde is een 13 jaar oud meisje dat, evenals haar tweelingzusje, een erfelijke aandoening heeft (premutatie van het fragiele X-syndroom). Bij deze aandoening bij meisjes is het IQ meestal normaal, maar bestaan er vooral problemen met gedrag, concentratie en aandacht. Onzekerheid, angst, gedragsproblemen en beperkingen op het gebied van de sociale redzaamheid komen veel voor. Veelal kunnen de kinderen moeilijk meekomen op school. Ook is de motorische ontwikkeling en het evenwicht vaak verstoord en zijn er problemen met de fijne motoriek. De bij verzekerde beschreven beperkingen en problemen zijn dan ook kenmerkend voor dit syndroom.

¹ LJN: BL7216, Centrale Raad van Beroep, 09/310 AWBZ (RZA 2010, 49) en BL7152, Centrale Raad van Beroep, 07/5422 AWBZ (RZA 2010, 41).

Het CIZ stelt dat aanvullende basisdiagnostiek voorliggend is op het indiceren van AWBZ-zorg. Weliswaar is de onderliggende diagnose (premutatie van het fragiele X-syndroom) reeds gesteld en werd door de klinisch geneticus een beschrijving van de bijbehorende beperkingen en problemen gegeven, maar of verzekerde ook voldoet aan de criteria voor een (bijkomende) psychiatrische diagnose is niet onderzocht. Een dergelijke diagnose is zeker niet onwaarschijnlijk, daar bij veel kinderen met dit syndroom sprake is van autisme spectrumstoornissen. Bij het oudere zusje van verzekerde die dezelfde genetische aandoening heeft was dit ook daadwerkelijk het geval. Het CIZ wijst terecht op het belang van diagnostiek, daar dit mogelijk ook consequenties heeft voor (voorliggende) behandelmogelijkheden. De bestaande (geringe) problemen in de fijne motoriek zijn niet dusdanig ernstig dat hiervoor AWBZ-zorg geïndiceerd behoeft te worden.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Met zijn medisch adviseur is het College van oordeel dat uw conclusie dat er in geval van verzekerde verdere basisdiagnostiek nodig is, juist is.

Indien er meer duidelijkheid is over het bestaan van een psychiatrische diagnose, moet opnieuw beoordeeld worden of er een indicatie bestaat voor AWBZ-zorg of andere vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld geneeskundige zorg of jeugdzorg. Het College wijst er daarbij op dat niet het CIZ, maar Bureau Jeugdzorg bevoegd is te indiceren voor zorg die verband houdt met de psychiatrische aandoening.

Gelet op de aard van de problematiek waar in het geval van verzekerde sprake van is, kan daarbij verder nog worden opgemerkt dat het aan Bureau Jeugdzorg is om te beoordelen of er in afwachting van die verdere diagnostiek aanleiding is om al zorg in te zetten.

Het College hecht eraan erop te wijzen dat het dan ook niet juist is dat Bureau Jeugdzorg een aanvraag niet in behandeling neemt met de motivering dat het om een erfelijke (somatische) aandoening gaat. Er kan immers weldegelijk van een psychiatrische aandoening sprake zijn die wordt veroorzaakt door een erfelijke aandoening, zoals bijvoorbeeld in het geval van verzekerde. Het is voor de bevoegdheidsvraag bepalend op welk vlak de beperkingen liggen.

Indien er overigens als gevolg van de genetische aandoening ook belangrijke beperkingen zouden bestaan op het gebied van de motorische vaardigheden die aanleiding geven tot de inzet van AWBZ-zorg (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging), zou u in verband daarmee een indicatie moeten afgeven.

Gelet op het bovenstaande acht het College het juist dat u voornemens bent uw beslissing om geen AWBZ-zorg te indiceren te handhaven.

Gelet op de aard van de problematiek waar in het geval van verzekerde sprake van is, is het College wel van oordeel dat u in uw motivering nog moet ingaan op de bevoegdheidsverdeling tussen CIZ en Bureau Jeugdzorg en dat u de aanvraag en de daarbij behorende stukken moet doorzenden aan Bureau Jeugdzorg. Het College merkt daarbij op dat u uit het oogpunt van zorgvuldigheid in dit geval, waarbij Bureau Jeugdzorg eerder de stukken juist naar u heeft doorgezonden, niet kunt volstaan met het enkel terugzenden van de stukken. Het College acht overleg met Bureau Jeugdzorg op zijn plaats om behandeling en besluitvorming door Bureau Jeugdzorg te bespoedigen. Het College raadt u aan de inhoud van dit advies ter kennis te brengen van het desbetreffende Bureau Jeugdzorg.

Over de motivering van het bestreden besluit merkt het College overigens op niet te begrijpen wat u heeft bedoeld met de opmerking dat als gevolg van de invoering van de pakketmaatregelen de problematiek voortkomend uit de premutatie van het fragiele X-syndroom niet onder de AWBZ-zorg valt, maar onder onderwijs en de Zorgverzekerings-wet.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat het juist is dat u geen indicatie afgeeft. Wel raadt het College u aan uw motivering aan te passen met inachtneming van bovenstaande opmerkingen. Tevens adviseert het College u om de aanvraag en bijbehorende stukken door te zenden aan het bevoegde Bureau Jeugdzorg en om met dit bureau in overleg te treden. Het College vraagt u ten slotte om de inhoud van dit advies ter kennis te brengen van het desbetreffende Bureau Jeugdzorg.

Onderwerp:	Tijdelijk verblijf en toepassing van de 18-dagdelenregel uit de beleidsregels
Samenvatting:	Anders dan het CIZ acht het College aannemelijk dat het indiceren van twee etmalen verblijf naast de overige AWBZ-zorg ook uit kosten oogpunt in dit geval doelmatiger is dan het indiceren van een verblijfsindicatie met een ZZP in de VG-sector. Het College concludeert dit uit Beleidsregel CA-395 van de Nza. Hierin is beschreven dat de component dagbesteding voor cliënten, die zijn aangewezen op een VG-ZZP, geen integraal onderdeel is van het ZZP. De kosten van verblijf, inclusief persoonlijke verzorging en begeleiding, zijn dus het ZZP-tarief plus de kosten van dagbesteding. Het ZZP-tarief voor de VG-sector (7 dagen verblijf) zal altijd hoger uitkomen dan de kosten van 2 etmalen verblijf per week, nu de bekostiging van de dagopvang losstaat van de verblijfssituatie. Toepassing van de 18-dagdelenregel is in dit geval strijdig met de wettelijke aanspraak van verzekerde op zorg. Op doelmatigheids-overwegingen is verzekerde aangewezen op 2 etmalen verblijf.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	30 augustus 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf tijdelijk

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 33-jarige man met een verstandelijke en lichamelijke handicap. Verzekerde woont nog thuis bij zijn ouders, die bereid zijn hem volledig te verzorgen. Verzekerde gaat naar de dagopvang en logeert twee avonden en nachten in het logeerhuis. Eenmaal per twee maanden logeert verzekerde, in plaats van door de week, een weekend in het logeerhuis.

Op 9 november 2009 heeft u verzekerde geïndiceerd voor Begeleiding-groep voor 9 dagdelen en 3 additionele dagdelen, en Verblijf-tijdelijk, 1 etmaal. De vader heeft op 13 november 2009 bezwaar gemaakt. Het bezwaar richt zich in hoofdzaak tegen een halvering van de functie Verblijf-tijdelijk, namelijk van 2 etmalen naar 1 etmaal. Daarnaast is volgens de vader Begeleiding-individueel klasse 3 ten onrechte weggefallen en is de ingangsdatum van het indicatiebesluit ten onrechte gesteld op 9 november 2009, terwijl het oude indicatiebesluit nog gold tot 1 januari 2010. De vader stelt dat zij als ouders overwegen hun zoon uit huis te plaatsen en de zorg voor 7 dagen per week ten laste van de gemeenschap te laten komen, als hun zoon niet gedurende het weekend of enkele avonden en nachten in het logeerhuis kan verblijven. Zonder herziening van het indicatiebesluit ten aanzien van Verblijf-tijdelijk kunnen zij deze zware en langdurige zorg niet meer volhouden. Uit het verslag van de hoorzitting blijkt eveneens dat de ouders zo lang het nog kan de zorg thuis willen leveren zonder indicatie en daarom een extramurale indicatie wensen. De vader wil de tijd krijgen om uit te zoeken wat de gevolgen zijn van een Zorgwaartepakket.

In de voorgelegde conceptbeslissing komt u tot een gedeeltelijke gegrondverklaring van het bezwaar. U vervangt het indicatiebesluit van 9 november 2009 door onderstaand nieuw indicatiebesluit:

- Begeleiding-groep, 9 dagdelen en 3 additionele dagdelen= 12 dagdelen

- Verblijf-tijdelijk, 1 etmaal per week
- Begeleiding individueel klasse 3
- Persoonlijke verzorging, klasse 7
- Ondersteunende begeleiding dag (9 dagdelen) en individueel (klasse 3) en Verblijf tijdelijk (2 etmalen) tot 1-1-2010 geïndiceerd o.g.v. overgangsrecht.

Door de ingangsdatum van de zorg te stellen op 1 januari 2010 komt u tegemoet aan het bezwaar over de ingangsdatum en de aansluiting met het oude indicatiebesluit. Op basis van de (matige tot zware) beperkingen van verzekerde berekent u de indicaties voor Persoonlijke verzorging en Begeleiding. De indicatie voor Begeleiding-groep, 9 dagdelen, wordt afgegeven omdat verzekerde structuur nodig heeft en een zinvolle dagbesteding ter vervanging van werk. Daarnaast indiceert u additioneel 3 dagdelen Begeleiding-groep om de ouders te ontlasten. U stelt dat zij deze zorg kunnen inzetten om verzekerde 1 nacht te laten logeren. Tevens indiceert u Verblijf-tijdelijk, 1 etmaal, als respijtzorg voor de ouders. U licht toe dat de ouders op basis van de in de beleidsregels opgenomen 18-dagdelenregel maximaal 3 etmalen (1 etmaal=6 dagdelen) vrij kunnen zijn van zorg. Dat betekent volgens u dat de vorige indicatie - 9 dagdelen Begeleiding-groep en 2 etmalen Verblijf (=12 dagdelen) - niet gecontinueerd kan worden. Op grond van de 18-dagdelenregel zou dat immers neerkomen op 21 dagdelen, en moet dat leiden tot een indicatie voor langdurig Verblijf met een zorgzwaartepakket. Om een indicatie voor langdurig verblijf te vermijden, indiceert u Verblijf-tijdelijk, 1 etmaal, zodat u met de indicatie voor Begeleiding-groep (9 en 3 dagdelen) uitkomt op exact 18 dagdelen.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (Zib)

Artikel 2 Zib

Als vormen van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 Zib onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijf, geregeld in de artikelen 4, 6 en 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

Besluit Zorgaanspraken (Bza)

Artikel 2, tweede lid Bza

De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Artikel 9 Bza

1. Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ vanaf 1 januari 2010

Op 7 december 2009 heeft de Staatssecretaris van VWS een nieuwe versie van de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ vastgesteld, die met ingang van 1 januari 2010 van kracht is geworden.

Bijlage 1, Algemeen

Paragraaf 3.2 (Respijtzorg)

Wanneer (tijdelijk) verblijf, Begeleiding-groep en/of al dan niet als respijtzorg wordt geïndiceerd, kan dit voor maximaal 3 etmalen (=18 dagdelen) per week. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend.

Bijlage 6, Begeleiding

Paragraaf 4.1 (Maximale omvang)

Wanneer (tijdelijk) verblijf, BG-groep en/of wordt geïndiceerd kan dit voor maximaal 3 etmalen (=18 dagdelen) per week. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend.

Bijlage 8, Verblijf

Paragraaf 4.1 (aantal etmalen Verblijf per week)

Indien de verzekerde vanuit zorginhoudelijk perspectief is aangewezen op verblijf wordt, voor één, twee en drie etmalen per week, de zorg vastgesteld in functies en klassen.

Wanneer (tijdelijk) verblijf en BG-groep worden geïndiceerd kan dit voor maximaal 3 etmalen (= 18 dagdelen) per week. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend.

In geval verzekerde op basis van zijn zorgbehoefte is aangewezen op Verblijf gedurende tenminste 4 etmalen per week, wordt de omvang, zijnde de hoeveelheid zorg voor de geïndiceerde zorgvormen tezamen, uitgedrukt in een zorgzwaartepakket.

Algemene wet bestuursrecht (Awb)

Op grond van artikel 4:84 Awb handelt een bestuursorgaan overeenkomstig een beleidsregel, tenzij dat voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

In deze casus is sprake van een volwassen verzekerde met een meervoudige handicap die op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op Verblijf. Nu de ouders van verzekerde een groot deel van de benodigde zorg (waaronder toezicht) in de thuissituatie willen en kunnen bieden, hoeft geen indicatie voor verblijf in een instelling afgegeven te worden, maar kan in principe de zorg in functies en klassen worden toegekend.

Concreet vragen de ouders een indicatie waarmee het mogelijk is dat hun zoon dagopvang heeft in een AWBZ-instelling, 2 avonden en nachten door de week in deze instelling logeert, en eenmaal per twee maanden een weekend verblijft in dezelfde instelling.

Het CIZ heeft dus geen Persoonlijke verzorging en Begeleiding individueel voor de thuissituatie te indiceren, want die leveren de ouders vrijwillig. Wel moet het CIZ Begeleiding-groep voor de dagopvang en/of Verblijf tijdelijk toekennen ter ontlasting van de ouders, met de eventueel daarbij benodigde zorg (Persoonlijke verzorging/ Begeleiding) zodat met de geïndiceerde zorg en de mantelzorg de zorgbehoefte van verzekerde wordt gedekt. Op deze wijze bevestigen de ouders immers dat zij de zware en langdurige vrijwillig verleende zorg voor hun zoon in de thuissituatie kunnen en willen volhouden.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

In geschil is de vraag of verzekerde gelet op zijn beperkingen en zorgbehoefte is aangewezen op Verblijf-tijdelijk 2 etmalen in aanvulling op de door de ouders vrijwillig verleende mantelzorg. U wijst de 2 etmalen Verblijf af op basis van de in de beleidsregels opgenomen 18-dagdelenregel en komt tot een indicatie voor Verblijf-tijdelijk 1 etmaal en 3 additionele dagdelen Begeleiding-groep. U stelt in dat verband dat met de 3 additionele dagdelen Begeleiding ook 1 nacht logeeropvang kan worden ingekocht. De ouders vragen echter respijtzorg aan in de vorm van Verblijf-tijdelijk 2 etmalen om de zware en langdurige zorg voor hun zoon vol te kunnen houden. Deze zorg ontving verzekerde ook op basis van het vorige indicatiebesluit. De vraag is in dit verband of toepassing van de 18-dagdelenregel in dit geval leidt tot doelmatige en adequate zorgverlening voor de verzekerde.

Het College merkt hierover het volgende op.

Doelmatige zorg en 18-dagdelenregel

Sinds 1 januari 2009 is in de beleidsregels als onderdeel van de pakketmaatregelen de zogenoemde 18-dagdelenregel opgenomen. Op grond van deze regel is een omslagpunt geïntroduceerd voor de indicatiestelling in ofwel langdurig verblijf ofwel verblijf tijdelijk als respijtzorg. Uitgangspunt van de 18-dagdelenregel is dat ouders/mantelzorgers 3 etmalen vrij van zorg mogen zijn en dat het CIZ daarom maximaal 3 etmalen/18 dagdelen AWBZ-zorg kan indiceren. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (ter vervanging van) school en werk worden meegeteld.

Zoals het College al in eerdere adviezen heeft geoordeeld en eveneens is bevestigd in de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep mogen de beleidsregels de wettelijke aanspraak op AWBZ-zorg van een verzekerde niet beperken (zie in dit verband de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 oktober 2009, RZA 2010/6, LJN:BK4423 omtrent het indiceren in ZZP's).

Aan de orde is dan ook of de 18-dagdelenregel zich verdraagt met artikel 2, lid 2 van het Bza waarin is bepaald dat een verzekerde alleen aanspraak heeft op zorg voor zover hij daarop, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs is aangewezen. Op grond van deze regel moet bij de indicatiestelling het uitgangspunt zijn dat het CIZ doelmatige en adequate zorg indiceert. Naar de opvatting van het College dient het CIZ hierbij ook het kostenaspect mee te wegen in geval er een afweging moet worden gemaakt tussen een verblijfsindicatie (uitgedrukt in een ZZP) danwel een indicatie in functies en klassen (waaronder Verblijf-tijdelijk). De 18-dagdelenregel gaat geheel voorbij aan de afweging of de gevraagde zorg voor de thuissituatie nog wel doelmatig en adequaat is en waar het omslagpunt ligt ten opzichte van een verblijfsindicatie.

Het College moet dan ook concluderen dat deze 18-dagdelenregel onder omstandigheden strijdig kan zijn met de doelmatigheidstoets van artikel 2 van het Bza (zie ook RZA 2009, 112).

Casus

In het onderhavige geval heeft u met toepassing van de 18-dagdelenregel 9 dagdelen Begeleiding-groep en 3 dagdelen additioneel geïndiceerd, naast 1 etmaal Verblijf.

Het College gaat ervan uit dat u de indicatie op deze wijze heeft geformuleerd om niet strijdig te handelen met uw beleidsregels.

Niet ter discussie staat dat verzekerde gelet op zijn beperkingen zonder mantelzorg van de ouders is aangewezen op een indicatie voor langdurig verblijf. Vooralsnog willen de ouders thuis de benodigde zorg vrijwillig aan verzekerde leveren en vragen zij respijtzorg in de vorm van Verblijf tijdelijk 2 etmalen om de verzorging van verzekerde te kunnen volhouden. Verder indiceert u nog (ongevraagd) Persoonlijke verzorging, klasse 7, en Begeleiding individueel klasse 3. De vraag rijst in dit verband of de door de ouders gevraagde 2 etmalen verblijfszorg naast de dagopvang en overige AWBZ-zorg, in zijn totaliteit minder doelmatige AWBZ-zorg oplevert dan een langdurige verblijfsindicatie. U oordeelt op grond van de 18-dagdelenregel dat het omslagpunt in dit geval ligt bij 1 etmaal verblijfszorg: bij 1 etmaal verblijf-tijdelijk honoreert u het verzoek van de ouders en volgt geen indicatie voor verblijf in een ZZP; de vraag om 2 etmalen verblijf-tijdelijk leidt in uw redenering op grond van de 18-dagdelenregel echter tot een ZZP-indicatie.

Anders dan u acht het College het aannemelijk dat het indiceren van twee etmalen verblijf naast de overige AWBZ-zorg ook uit kostenoogpunt in dit geval doelmatiger is dan het indiceren van een verblijfsindicatie met een ZZP in de VG-sector. Het College concludeert dit uit Beleidsregel CA-395 van de Nza (Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaarte-pakketten). Hierin is beschreven dat de component dagbesteding voor cliënten die zijn aangewezen op een VG-ZZP geen integraal onderdeel is van het ZZP. De kosten van verblijf, inclusief persoonlijke verzorging en begeleiding, zijn dus het ZZP-tarief plus de kosten van de dagbesteding. Hieruit leidt het College af dat het ZZP-tarief voor de VG-sector (7 dagen verblijf) altijd hoger uit zal komen dan de kosten van 2 etmalen verblijf per week, nu de bekostiging van de dagopvang losstaat van de verblijfssituatie.

Concluderend stelt het College vast dat toepassing van de 18-dagdelenregel in dit geval strijdig is met de wettelijke aanspraak op zorg van verzekerde. Op grond van artikel 2 lid 2 Bza is verzekerde op grond van doelmatigheidsoverwegingen aangewezen op Verblijf-tijdelijk 2 etmalen. De gedurende dit verblijf benodigde Persoonlijke verzorging en Begeleiding dient eveneens te worden geïndiceerd.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat uw beslissing niet juist is en niet zorgvuldig tot stand is gekomen.

Het College raadt u aan uw beslissing te herzien met inachtneming van dit advies.

Onderwerp:	Indicatie voor verblijf van Bureau Jeugdzorg (BJz)
Samenvatting:	BJz is de bevoegde instantie om een indicatie af te geven voor minderjarige verzekerden met psychiatrische problematiek. Als blijkt dat de verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf, dan moet BJz aan de hand van zijn beperkingen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte beoordelen welke zorg het best passend is. De (dominante) grondslag hoeft daarbij niet altijd bepalend te zijn. De te stellen indicatie moet aansluiten bij de objectieve zorgbehoefte van de individuele verzekerde, zodat die de zorg krijgt die hij nodig heeft. Dit betekent dat BJz tot de conclusie zou kunnen komen dat verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten beter passend is dan verblijf in een GGZ-instelling. Daarbij moet BJz overigens ook rekening houden met een eventueel advies van een behandelaar.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	30 augustus 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 9-jarige jongen met een autistische stoornis en ADHD, achterstand in de taal-, motoriek- en sociaal emotionele ontwikkeling. Sinds 2004 zijn verschillende IQ-testen gedaan met uiteenlopende resultaten. In de meeste gevallen is echter een TIQ boven de 85 vastgesteld.

Met ingang van 2005 is verzekerde twee jaar opgenomen geweest in het Sophia Kinderziekenhuis voor diagnostiek en observatie. Daarna heeft hij op indicatie van Bureau Jeugdzorg (BJz) gewoond in een medisch kindertehuis (MKT). In september 2008 is verzekerde naar aanleiding van een crisissituatie via een spoedopname bij het RMPI De Grote Rivieren terecht gekomen. Hier is zijn medicatie bijgesteld en is hij behandeld binnen een klinische behandelgroep voor kinderen met een psychiatrische aandoening.

Verzekerde volgt speciaal onderwijs (cluster IV) en zit in een speciale klas voor kinderen met een autistische stoornis. Hij gaat eens in de 3 à 4 weken een weekend naar zijn moeder; zijn vader is niet in beeld.

Inmiddels is verzekerde (bijna) uitbehandeld. Het RMPI heeft plaatsing binnen de VG-sector geadviseerd. Naar aanleiding hiervan is bij u een aanvraag gedaan voor een indicatie voor verblijf in de vorm van een ZZP 6 VG.

Op 8 februari 2010 hebt u een besluit genomen waarin u hebt meegedeeld dat verzekerde niet in aanmerking komt voor AWBZ-zorg, omdat er geen sprake is van een verstandelijke handicap, maar alleen van een psychiatrische aandoening. U hebt aangegeven dat u de aanvraag daarom hebt doorgezonden naar Bureau Jeugdzorg (BJz) en dat u de desbetreffende persoon bij BJz op de hoogte hebt gesteld van de situatie.

De moeder van verzekerde heeft op 17 februari 2010 bezwaar aangetekend tegen dit besluit. Zij wil haar zoon graag in een instelling voor verstandelijk gehandicapten laten verblijven, omdat dit beter passend zou zijn voor hem. Als de aangevraagde indicatie niet wordt afgegeven, zullen er naar de verwachting van de moeder weer problemen ontstaan in het gedrag van verzekerde.

Ook geeft zij aan dat door u telefonisch zou zijn gezegd dat verzekerde waarschijnlijk met terugwerkende kracht vanaf 29 januari 2010 een indicatie voor verblijf in de vorm van het gewenste ZZP zou krijgen. MEE en het RMPI ondersteunen het bezwaarschrift van de moeder. U bent van plan het bezwaar ongegrond te verklaren. U motiveert uw beslissing als volgt. Met verwijzing naar de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, waaronder de beleidsregels en de van toepassing zijnde werkinstructies, geeft u aan dat u niet bevoegd bent om een indicatie af te geven voor verzekerde omdat hij jonger dan 18 jaar is en er sprake is van een psychiatrische aandoening. Om die reden hebt u de aanvraag in februari 2010 doorgestuurd naar BJz. Daarnaast geeft u aan dat u bij het vaststellen van de (dominante) grondslag geen rekening houdt met het zorgaanbod. U refereert verder aan het verschijnsel van de 'sectorvreemde ZZP's' en geeft aan dat het mogelijk is gemaakt dat een verzekerde met een 'sectorvreemd ZZP' kan worden opgenomen in de instelling waar men het meest is toegerust op de zorg die voor die verzekerde nodig is.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

AWBZ

Artikel 9b, vierde lid AWBZ bepaalt dat, in afwijking van het eerste t/m het derde lid, cliënten als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder d, van de Wet op de jeugdzorg (WJz) alleen aanspraak hebben op zorg aangewezen krachtens artikel 5, tweede lid, aanhef en onder b en c WJz, als de stichting die werkzaam is in de provincie waar de betrokken jeugdige duurzaam verblijft een besluit heeft genomen waaruit blijkt dat die cliënt op die zorg is aangewezen.

Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza)

Op grond van artikel 2, eerste en tweede lid Bza bestaat slechts aanspraak op AWBZ-zorg, als de desbetreffende zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (artikel 9, eerste lid Bza).

U baseert zich bij de indicatiestelling verder op de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, de van toepassing zijnde Indicatiwijzer en/of werkinstructies.

Jeugdzorg

Wet op de Jeugdzorg (WJz)

Ingevolge artikel 5, eerste lid WJz heeft een stichting die een BJz in stand houdt (hierna: stichting), tot taak te beoordelen of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel in verband met problemen van een cliënt, niet zijnde een jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren. Artikel 5, tweede lid, aanhef en onder a en b WJz bepaalt dat tot de in artikel 5, eerste lid WJz bedoelde taak behoort het vaststellen of een cliënt is aangewezen op jeugdzorg waarop ingevolge de WJz aanspraak bestaat of op zorg, bestaande uit bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen waarop ingevolge de AWBZ dan wel ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak bestaat.

Artikel 6, eerste lid WJz stelt (onder meer) dat BJz in haar indicatiebesluit in ieder geval moet aangeven de in verband met de problematiek van verzekerde benodigde zorg en het met die zorg beoogde doel (sub b) en dat BJz moet adviseren *wie* de benodigde zorg kan of kunnen verlenen (sub e).

Uitvoeringsbesluit WJz

Artikel 9 van het Uitvoeringsbesluit WJz (verder: Uitvoeringsbesluit) bepaalt dat als vorm van zorg als bedoeld in artikel 4, tweede lid, onder b WJz, voor zover deze zorg of het verblijf betrekking heeft op een jeugdige en verband houdt met een psychiatrische aandoening, worden aangewezen: [... onder meer] verblijf als bedoeld in artikel 9 Bza.

Op grond van artikel 21, eerste lid Uitvoeringsbesluit geeft BJz in het indicatiebesluit aan op welke vormen van zorg de jeugdige is aangewezen als zij vaststelt dat een jeugdige is aangewezen op een vorm van zorg als bedoeld in artikel 9 Uitvoeringsbesluit.

Als BJz vaststelt dat een jeugdige is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9 Bza, vermeldt het indicatiebesluit de omvang van het benodigde verblijf, uitgedrukt in het benodigde aantal uren per etmaal en het aantal dagen waarover de uren worden gespreid en is artikel 13 Zib van overeenkomstige toepassing. (derde en vierde lid).

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt hij het volgende mee.

Grondslag

U stelt terecht dat er sprake is van een grondslag psychiatrische aandoening. In de verschillende verslagen en testrapporten wordt een duidelijke DSM IV-classificatie genoemd die past bij de beschreven stoornissen en beperkingen van verzekerde.

Ook stelt u terecht dat verzekerde niet aan de criteria voor de grondslag verstandelijke handicap voldoet. Bij veruit de meeste IQ-testen is een TIQ van boven de 85 vastgesteld (2004: 114, 2005: 94, 2006: 113 en in 2008: 87). Bovendien wordt door geen van de onderzoekers gesproken over een verstandelijke handicap. Ook in de DSM IV-classificatie wordt geen zwakbegaafdheid (Code V62.89) vermeld. Alleen bij de laatste test (augustus 2009) werd een TIQ van 80 (90%?) betrouwbaarheidsinterval 74-89) gemeten, waarbij de test overigens niet op de gebruikelijke manier is afgenomen. Weliswaar wordt vermeld dat de score door het afnemen van de test in twee delen mogelijk een te hoge waarde opleverde, maar onduidelijk blijft hoe dit in het licht van de eerdere testen, die allen een veel hogere score opleverden, moet worden gezien.

Overigens merkt de medisch adviseur op dat een TIQ van 80 ook niet automatisch tot een grondslag verstandelijke handicap leidt. Daartoe moet ook sprake zijn van ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsstoornissen die voortkomen uit de intellectuele beperking van verzekerde. In dit geval heeft verzekerde wel beperkingen op de genoemde gebieden, maar gezien de informatie in het dossier lijken deze te wijten aan de psychiatrische problematiek en niet aan het benedengemiddelde IQ.

Verblijf

Wat betreft het verzoek om een indicatie voor verblijf in de vorm van ZZP 6 VG af te geven, merkt de medisch adviseur het volgende op.

Uit het dossier wordt niet duidelijk op welke vorm van verblijf verzekerde is aangewezen: op verblijf in het kader van jeugdhulp of op AWBZ-verblijf. Het uitgangspunt is dat kinderen zoveel mogelijk opgroeien in de thuissituatie. Uit het dossier begrijpt de medisch adviseur echter dat definitieve thuisplaatsing van verzekerde niet mogelijk is (mede) gezien de beperkte draagkracht van zijn moeder. De medisch adviseur is daarom van oordeel dat eerst beoordeeld moet worden of verzekerde gezien zijn problematiek niet is aangewezen op verblijf in het kader van de jeugdhulp in plaats van op AWBZ-verblijf. Pas als vaststaat op welke vorm van verblijf hij is aangewezen, kan worden beoordeeld waar dit verblijf het beste kan worden gerealiseerd. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met het advies van de behandelaar, die in dit geval plaatsing binnen de sector voor verstandelijk gehandicapten heeft geadviseerd.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Oordeel College

In het onderhavige geval heeft verzekerde een grondslag psychiatrische aandoening. Mede gelet op het advies van zijn medisch adviseur, is het College van oordeel dat uit het dossier niet blijkt dat verzekerde voldoet aan de criteria om te kunnen spreken van een verstandelijke handicap. De grondslag verstandelijke handicap kan daarom niet worden gesteld. Het College raadt u nog wel aan in uw definitieve beslissing op bezwaar op dit punt uw conclusie duidelijker te verwoorden.

Gezien het voorgaande hebt u terecht geconcludeerd dat u niet bevoegd bent op de aanvraag voor zorg te beslissen, omdat deze verband houdt met een psychiatrische aandoening. BJz is het bevoegde orgaan om te beoordelen op welke zorg verzekerde is aangewezen. Het College is van oordeel dat uw beslissing om het bezwaar ongegrond te verklaren juist is en dat u de aanvraag terecht hebt doorgestuurd naar BJz.

Overwegingen ten overvloede

Het College heeft geen adviserende rol gekregen in geschillen over AWBZ-zorg die door BJz is geïndiceerd. Het College heeft derhalve geen rechtstreekse uit de wet voortvloeiende relatie met BJz. Het is een wettelijke taak van het College om de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ te bevorderen (artikel 41, eerste lid AWBZ) en om voorlichting te geven over de aard, inhoud en omvang van de aanspraken (artikel 42 AWBZ). Hoewel het College geen directe relatie heeft met BJz, wenst het College op grond van die wettelijke taken toch het volgende op te merken.

Indicatiestelling door BJz

Sinds 2005 is BJz de bevoegde instantie om te besluiten of een jeugdige (verder: verzekerde) is aangewezen op zorg in verband met opgroei-, opvoedings- en/of psychiatrische problemen.

Als BJz heeft vastgesteld of en zo ja, op welke zorg (bijvoorbeeld verblijf) de verzekerde is aangewezen, moet het vaststellen of het gaat om jeugdhulp, Zvw-zorg of AWBZ-zorg.

Vervolgens moet BJz kijken wie of welke instelling passende zorg zou kunnen verlenen, uitgaande van onder meer de problematiek van de verzekerde en het beoogde doel van de zorg.

Blijkt dat verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf, dan moet BJz op grond van artikel 21, vierde lid Uitvoeringsbesluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen vaststellen. Aan de hand van de beperkingen van de verzekerde en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte moet vervolgens worden beoordeeld welke zorg het best passend is.

De (dominante) grondslag hoeft daarbij niet altijd bepalend te zijn. De te stellen indicatie moet aansluiten bij de objectieve zorgbehoefte van de individuele verzekerde, zodat die de zorg krijgt die hij nodig heeft. Zoals het College in een recent advies¹ heeft aangegeven, zijn de grondslagen slechts een hulpmiddel om op de juiste zorg uit te komen. Zij mogen de toewijzing van de juiste zorg niet in de weg staan.

Het voorgaande betekent dat BJz bij het beoordelen op welke zorg een verzekerde met een psychiatrische aandoening is aangewezen, tot de conclusie zou kunnen komen dat verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten beter passend is dan verblijf in een GGZ-instelling, gezien zijn problematiek en het beoogde doel van de zorg. Daarbij moet BJz overigens ook rekening houden met een eventueel advies van een behandelaar.

Casus

In dit geschil heeft verzekerde een psychiatrische aandoening. Hij zou zijn aangemeld bij een instelling voor verstandelijk gehandicapten in aansluiting op zijn verblijf in een klinische behandelsetting. Uit het dossier begrijpt het College dat de behandelaar plaatsing binnen de sector voor verstandelijk gehandicapten heeft geadviseerd. Om die reden is een aanvraag gedaan voor verblijf in een setting voor verstandelijk gehandicapten.

Het College heeft in eerdere adviezen² aangegeven dat het wenselijk wordt geacht dat minderjarige kinderen zo veel mogelijk in de thuissituatie opgroeien. In het onderhavige

¹ RZA 2010, 70; CVZ-advies van 21 juni 2010, zaaknr. 2010038065, 'Grondslagen bij ZZP', <http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1006+grondslag+zzp.pdf>

² o.a. RZA 2009, 66; CVZ-advies 30 juni 2009, zaaknr. 29042886: 'Enige ondoelmatigheid kan acceptabel zijn indien een minderjarig kind op verblijf is aangewezen',

geval woont verzekerde al sinds 2005 niet meer bij zijn moeder. Het College begrijpt uit het dossier dat hij eens in de 3 à 4 weken wel een weekend bij zijn moeder verblijft, maar dat definitieve thuisplaatsing niet mogelijk is, (mede) gezien de beperkte draagkracht van de moeder.

Gezien het voorgaande, is het College met zijn medisch adviseur van oordeel dat BJz eerst moet vaststellen of verzekerde wel op verblijf in het kader van de AWBZ is aangewezen en niet op verblijf in het kader van de jeugdhulp. Bij het beoordelen wie of welke instelling het desbetreffende verblijf het best kan leveren, moet BJz vervolgens beoordelen wat de best passende zorg voor verzekerde is. Zoals hiervoor al aangegeven, hoeft de (dominante) grondslag daarbij niet bepalend te zijn. Rekening moet worden gehouden met de problematiek van verzekerde, het beoogde doel van de in te zetten zorg en het advies van zijn behandelaar. Dit betekent dat, als verzekerde op grond van zijn psychiatrische problematiek is aangewezen op verblijf in een AWBZ-instelling, verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicapten beter passend zou kunnen zijn dan verblijf in een GGZ-instelling.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat uw beslissing juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Onderwerp:	Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau jeugdzorg bij indicatiestelling van jeugdigen
Samenvatting:	Verzekerde is een 13-jarige jongen met een dubbele grondslag, namelijk een verstandelijke handicap en een psychiatrische aandoening. De CRvB heeft in recente uitspraken geconcludeerd dat Bureau jeugdzorg (Bjz) en niet het CIZ, gezien de wettelijke bevoegdheidsverdeling, bevoegd is om te beslissen ten aanzien van de AWBZ-zorg waar een verzekerde op is aangewezen voor zover deze zorg verband houdt met zijn of haar psychiatrische aandoening/ beperking. Het College adviseert het CIZ om gelet op deze recente uitspraken van de CRvB af te wijken van zijn beleid en in gevallen waar een dubbele grondslagproblematiek speelt, zo ook in deze casus, in overleg te treden met Bjz en gezamenlijk een indicatiebesluit af te geven.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	21 juni 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Begeleiding

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 13-jarige jongen met een verstandelijke handicap (januari 2007, TIQ 61) en psychiatrische problematiek (ADHD, PDD-NOS). Er bestaan beperkingen op het gebied van de oriëntatie, de psychosociale functies en het gedrag en daarnaast bij de sociale redzaamheid, de persoonlijke verzorging, het sociaal-maatschappelijk leven en de deelname aan onderwijs.

Hij woont bij zijn moeder, haar vriend en een oudere halfzus. Verzekerde bezoekt het speciaal (basis) onderwijs (cluster 3). Om de twee weken verblijft hij het weekend bij zijn vader.

Namens verzekerde is op 18 augustus 2009 een indicatie aangevraagd voor AWBZ-zorg in de vorm van behandeling ten behoeve van psychomotorische therapie en andere functies. Het aanvraagformulier ontbreekt in de stukken.

Bij beslissing van 1 september 2009 heeft u een indicatie afgegeven voor zeven dagdelen begeleiding in groepsverband, verblijf tijdelijk klasse 1 en behandeling algemeen. De indicatieduur is één jaar.

Namens de moeder van verzekerde wordt bezwaar gemaakt tegen het niet meer indiceren van begeleiding individueel. De begeleiding in groepsverband en behandeling ontvangt verzekerde van Tjallinga Hiem¹. Deze zorgaanbieder heeft aangegeven dat het goed zou zijn als verzekerde met het geleerde tijdens de groepsbijeenkomsten door kan oefenen in de thuissituatie. Met de vorige indicatie voor begeleiding individueel kwam hiervoor wekelijks

¹ Tjallinga Hiem is een orthopedagogisch expertise- en behandelcentrum in Friesland voor opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking

pedagogische thuisbegeleiding. De moeder van verzekerde wil graag dat hiervoor weer een indicatie wordt gesteld.

In uw conceptbeslissing komt u tot het besluit dat verzekerde is aangewezen op behandeling algemeen, vier dagdelen begeleiding in groepsverband, begeleiding individueel klasse 2 en verblijf tijdelijk klasse 1. Verzekerde krijgt psychomotorische therapie waarvoor u een indicatie voor behandeling algemeen hebt gesteld. Daarnaast krijgt hij naschoolse dagbehandeling vier keer per week waarvoor de indicatie begeleiding in groepsverband is bedoeld.

Voor zijn persoonlijke verzorging en begeleiding heeft verzekerde meer zorg nodig dan een kind van vergelijkbare leeftijd zonder AWBZ-grondslag. Voor wat betreft begeleiding ziet deze meerzorg met name op een groter dan gebruikelijk noodzakelijk toezicht vanwege de gedragsproblemen, de beperkte sociale vaardigheden en noodzakelijke extra begeleiding buitenshuis/in het verkeer. Voor het bovengebruikelijke toezicht indiceert u verblijf tijdelijk één etmaal. Na aftrek van zes uur komt u uit op een indicatie voor begeleiding individueel klasse 2 en voor de persoonlijke verzorging blijft er geen te indiceren zorg over. U merkt in uw conceptbeslissing nog op dat het dooroefenen in de thuissituatie met het geleerde tijdens de naschoolse dagbehandeling valt onder gebruikelijke zorg. Voor zover de moeder van verzekerde niet over vaardigheden beschikt om deze zorg te kunnen leveren verwijst u naar Bureau Jeugdzorg (Bjz) die onder andere verantwoordelijk is voor het ondersteunen in de opvoeding. Uit informatie van de moeder van verzekerde blijkt dat er momenteel geen contact is met Bjz, maar dat verzekerde vanaf 2,5 tot 10 jarige leeftijd ondersteuning heeft gehad vanuit Bjz. Vanwege het verbod op reformatio in peius handhaaft u de indicatie gesteld in het primaire besluit.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Ingevolge artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ voorzien burgemeester en wethouders erin dat in hun gemeente ten behoeve van de inwoners een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is, dat kosteloos besluit of een inwoner is aangewezen op een van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg.

Artikel 9b, eerste lid, van de AWBZ bepaalt dat aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ, slechts bestaat indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Artikel 9b, vierde lid, van de AWBZ bepaalt dat, in afwijking van het eerste tot en met derde lid cliënten als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder d, van de Wet op de jeugdzorg (hierna: WJZ) slechts aanspraak hebben op zorg aangewezen krachtens artikel 5, tweede lid, aanhef en onder b en c, van die wet, indien de stichting die werkzaam is in de provincie waar de betrokken jeugdige duurzaam verblijft een besluit heeft genomen waaruit blijkt dat die cliënt op die zorg is aangewezen. De regels gesteld krachtens artikel 3, vijfde lid, van de WJZ zijn van toepassing.

Zorgindicatiebesluit (ZIB)

Ingevolge artikel 2 ZIB worden als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ onder meer aangewezen de zorg, bedoeld in de artikelen 4 (persoonlijke verzorging), 5 (verpleging), 6 (begeleiding), 8 (behandeling) en 9 (verblijf) van het Besluit zorgaanpakken AWBZ.

Wet op de Jeugdzorg (WJZ)

Artikel 4, eerste lid, van de WJZ bepaalt dat gedeputeerde staten er zorg voor dragen dat in de provincie één bureau jeugdzorg werkzaam is, dat in stand wordt gehouden door een stichting als bedoeld in artikel 285 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek die door de provincie wordt gesubsidieerd. Het tweede lid van dit wetsartikel bepaalt onder meer dat de stichting als doel heeft het in stand houden van een bureau jeugdzorg dat de in deze wet aan de stichting opgedragen taken vervult.

Ingevolge artikel 5, eerste lid, van de WJZ heeft een stichting die een bureau jeugdzorg instandhoudt (hierna: Stichting), tot taak te bezien of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel in verband met problemen van een cliënt, niet zijnde een jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren.

In artikel 5, tweede lid, aanhef en onder a en b, van de WJZ is bepaald dat tot de in artikel 5, eerste lid, van de WJZ bedoelde taak behoort het vaststellen of een cliënt is aangewezen op jeugdzorg waarop ingevolge de WJZ aanspraak bestaat of op zorg, bestaande uit bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen waarop ingevolge de AWBZ dan wel ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat.

Artikel 9 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg bepaalt dat als vormen van zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder b, van de wet worden, voor zover deze zorg of het verblijf betrekking heeft op een jeugdige en verband houdt met een psychiatrische aandoening, aangewezen:

- a. persoonlijke verzorging, begeleiding, verblijf en voortgezet verblijf als bedoeld in de artikelen 4, 6, 9, 10 en 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- b. geneeskundige zorg en verblijf als bedoeld in de artikelen 2.4 en 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 7, eerste lid, van de WJZ bepaalt dat aan een besluit waarbij wordt vastgesteld of een cliënt is aangewezen op zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, een aanvraag van een cliënt ten grondslag ligt.

Beleidsregels

U hanteert de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ-zorg bij de indicatiestelling, zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

CIZ-indicatielijzer

U hebt in deze indicatielijzer (zie www.CIZ.nl) een toelichting gegeven op de hiervoor genoemde Beleidsregels.

CRvB 17 februari 2010

De Centrale Raad van Beroep (CRvB) heeft in (onder meer) twee uitspraken van 17 februari 2010² het standpunt ingenomen dat in gevallen waar sprake is van zowel een grondslag verstandelijke handicap als een grondslag psychiatrische aandoening of beperking, onderlinge afstemming van de besluitvorming door het CIZ en Bzj noodzakelijk is. De CRvB concludeert dat het CIZ, gezien de wettelijke bevoegdheidsverdeling, niet bevoegd is om te beslissen ten aanzien van de AWBZ-zorg waar een verzekerde op is aangewezen voor zover deze zorg verband houdt met zijn of haar psychiatrische aandoening/ beperking.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Het geschil betreft vooral het niet (meer) indiceren van individuele begeleiding om de in de groepsbijeenkomsten geleerde vaardigheden in de thuissituatie te kunnen oefenen.

Duidelijk is dat er bij verzekerde sprake is van een dubbele grondslag, namelijk een verstandelijke handicap en een psychiatrische aandoening. Op grond van de beleidsregels wordt bij een dubbele grondslag gekeken welke grondslag dominant is. Op basis daarvan behandelt of CIZ of Bzj de aanvraag.

² LJN: BL7216, Centrale Raad van Beroep, 09/310 AWBZ (RZA 2010, 49) en BL7152, Centrale Raad van Beroep, 07/5422 AWBZ (RZA 2010, 41).

Deze beleidslijn kan niet meer gevolgd worden vanwege recente jurisprudentie. Uit deze jurisprudentie volgt dat zowel het CIZ als Bzj betrokken moeten zijn bij de indicatiestelling, ieder op het eigen deskundigheidsgebied.

Over de conceptbeslissing merkt de medisch adviseur het volgende op:

1) de naschoolse 'dagbehandeling' heeft een behandelingsgericht karakter (zie het behandelplan). U dient hiervoor dan ook Behandeling in groepsverband te indiceren en niet begeleiding-groep in combinatie met Behandeling (RZA 2010, 38).

2) wat de persoonlijke verzorging betreft is er zeker sprake van meer zorg dan bij een kind van vergelijkbare leeftijd zonder AWBZ-grondslag. Deze extra zorg wordt pas bij overstijgen van 1 uur per etmaal als bovengebruikelijke zorg gezien. Dit uur geldt het totaal van persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. De formulering van het CIZ, 'aftrek van 1 uur/etmaal', is niet correct.

3) het CIZ oordeelt terecht dat er voor verzekerde ook op het gebied van de begeleiding meer zorg in de thuissituatie nodig is dan gebruikelijk, namelijk voor toezicht en voor ondersteuning bij de zelfredzaamheid. Het meerdere toezicht wordt gecompenseerd door Verblijf tijdelijk klasse 1 te indiceren, terwijl het CIZ voor de zelfredzaamheidsgebreken een half uur per dag extra zorg berekent. Daarvoor wordt individuele begeleiding klasse 2 toegekend, de berekening is niet helemaal duidelijk, maar er lijkt wel rekening te worden gehouden met de principes van bovengebruikelijke zorg, zoals onder 2 vermeld.

Concluderend stelt de medisch adviseur het volgende.

- De indicatiestelling moet, in verband met de dubbele grondslag, samen met Bzj worden uitgevoerd en moet resulteren in één indicatiebesluit.
- De dagbehandeling moet als Behandeling in groepsverband worden geïndiceerd.
- De conceptbeslissing is inhoudelijk niet volledig te beoordelen, daar de totale omvang van de indicatie mede afhankelijk is van de eventueel door Bzj te indiceren Jeugdhulpverlening en behandeling in verband met de psychiatrische aandoening (Zvw).
- Dat er behoefte is aan meer begeleiding en persoonlijke verzorging dan bij gezonde leeftijdgenoten is evenwel juist.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Dominante grondslag

Verzekerde heeft een zogenaamde dubbele grondslag: een psychiatrische aandoening en een verstandelijke handicap. Op grond van de beleidsregels wordt bij meerdere grondslagen gekeken welke grondslag dominant is. De dominante grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Het CIZ heeft de aanvraag niet doorgestuurd naar Bzj omdat de verstandelijke handicap van verzekerde dominant is. Als de psychiatrische aandoening als grondslag dominant was bevonden, dan had CIZ de aanvraag doorgestuurd naar Bzj³ (RZA 2008, 88). Tot nu toe is het beleid in de indicatiepraktijk dat op basis van de dominante grondslag wordt beoordeeld welke instantie, CIZ of Bzj, bevoegd is de benodigde zorg te indiceren. Praktisch gezien is het erg lastig om precies uit te maken welke zorg benodigd is vanwege de grondslag verstandelijke handicap en welke vanwege de psychiatrische grondslag omdat beide grondslagen op elkaar inwerken. Het splitsen van een indicatieaanvraag op grondslagen leidt tot praktische bezwaren vandaar dat gekozen werd voor deze werkwijze waarbij de zaak bij één bestuursorgaan blijft.

Uitspraken CRvB: bevoegdheidsverdeling CIZ-Bzj

De CRvB heeft in een aantal recente uitspraken echter geoordeeld dat dit beleid, deze werkwijze, in strijd is met de wettelijke bevoegdheidsverdeling tussen CIZ en Bzj⁴. De wettelijke bevoegdheidsverdeling houdt in dat als een jeugdige vanwege een psychiatrische aandoening (of beperking, een gedragsprobleem of een psychisch of psychosociaal probleem) is aangewezen op geestelijke gezondheidszorg (AWBZ of Zvw), Bzj

³ Zie CIZ Indicatiewijzer versie 3.0 pagina 142, voetnoot 55

⁴ RZA 2010, 41 en RZA 2010, 49

het bevoegde bestuursorgaan is om een indicatiebesluit af te geven op grond waarvan aanspraak op die zorg bestaat, voor zover deze zorg verband houdt met genoemde aandoeningen of problemen. CIZ is uitsluitend bevoegd, wat betreft het indiceren van jeugdigen, ter zake van AWBZ-zorg die geen verband houdt met een psychiatrische aandoening (of beperking, een gedragsprobleem of een psychisch of psychosociaal probleem).

Nu verzekerde zorg nodig heeft in verband met zijn verstandelijke handicap én in verband met zijn psychiatrische aandoening, de zogenaamde dubbele grondslagproblematiek, zijn op grond van deze wettelijke bevoegdheidsverdeling zowel CIZ als Bzj deels bevoegd.

De CRvB merkt nog op dat deze bevoegdheidsverdeling bij jeugdigen met een dubbele grondslagproblematiek weliswaar op praktische bezwaren stuit (twee onderzoeken, dubbele besluiten, mogelijke doublures in geïndiceerde functies) maar dat dit niet kan afdoen aan de uit de wet voortvloeiende bevoegdheidsverdeling. Onder verwijzing naar vaste jurisprudentie (zie oa RZA 2008, 43) merkt de CRvB verder nog op dat een indicatiebesluit gelet op de samenhang tussen de -mogelijk- te indiceren zorgfuncties, één en ondeelbaar is. Gelet hierop acht de CRvB bij een dubbele grondslagproblematiek onderlinge afstemming van de besluitvorming door CIZ en Bzj aangewezen, waarbij om genoemde praktische bezwaren te ondervangen het mogelijk is om ter zake van de benodigde zorg gezamenlijk onderzoek te verrichten en/of gezamenlijk een besluit te nemen, ieder voor de zorg waarvoor hij bevoegd is te indiceren⁵⁶⁷.

Het College adviseert u om gelet op deze recente uitspraken van de CRvB af te wijken van uw beleid en in gevallen waar een dubbele grondslagproblematiek speelt, zo ook in deze casus, in overleg te treden met Bzj en gezamenlijk een indicatiebesluit af te geven.

Inhoudelijke beoordeling

Het College heeft uw conceptbeslissing op bezwaar, voor zover mogelijk, ook inhoudelijk beoordeeld. Het College adviseert u hiermee rekening te houden bij uw herbeoordeling naar aanleiding van uw overleg met Bzj.

Persoonlijke verzorging en begeleiding individueel

Gelet op de bevindingen van zijn medisch adviseur is het College met u van oordeel dat verzekerde voor zijn persoonlijke verzorging en begeleiding op meer zorg is aangewezen dan een kind van zijn leeftijd zonder AWBZ-grondslag. Het College is van oordeel dat u de berekening van deze meerzorg niet helemaal duidelijk in kaart hebt gebracht en merkt hierover het volgende op. Uitgangspunt is dat ouders verantwoordelijk zijn voor de zorg voor hun kind. Pas wanneer *substantieel meer zorg* (meer dan 1 uur per etmaal extra zorg voor beide functies tezamen) nodig is dan de zorg die een kind van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag nodig heeft, is sprake van bovengebruikelijke zorg en kan AWBZ-zorg worden geïndiceerd. In uw motivering geeft u aan '*vanwege de toe te passen aftrek van 1 uur bovengebruikelijke zorg per etmaal*' en '*De bovenstaande concretisering van 'substantiële overschrijding' houdt in dat er van de bovengebruikelijke zorg 7 uur afgetrokken moet worden om de indiceerbare bovengebruikelijke zorg te kunnen vaststellen*'. Dit wekt ten onrechte de indruk dat al sprake is van bovengebruikelijke zorg als een kind meer zorg nodig heeft dan een gemiddeld kind van dezelfde leeftijd.

⁵ In zijn noot (AB 2010, 115) merkt A. Tollenaar op dat deze situatie niet ideaal lijkt en er alle reden is om ook voor jeugdigen één bestuursorgaan de volledige bevoegdheid tot indiceren te geven. Hier zal de wetgever aan te pas moeten komen. Zonder wetswijziging is het ook mogelijk om wat onduidelijkheid weg te nemen, doordat bijvoorbeeld het CIZ en Bzj elkaar mandateren ten aanzien van de indicatiestelling bij jeugdigen die meer dan alleen psychiatrische problemen hebben.

⁶ Het College merkt nog op dat voor de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (WJZ) was voorzien dat Bzj ook het vaststellen van de benodigde AWBZ-zorg voor verstandelijke gehandicapten als taak zou krijgen, maar deze taak is wettelijk nog niet ingevoerd.

⁷ De wettelijke bevoegdheidsverdeling op grond waarvan één indicatiebesluit gedragen door zowel CIZ als Bzj nodig is, zal naast de geschetste praktische bezwaren ook nog leiden tot onduidelijkheden in bezwaar- en beroepsfasen. Deze zijn verschillend geregeld in de WJZ en AWBZ.

Om onduidelijkheid te voorkomen raadt het College u aan om aan te sluiten bij de tekst van de beleidsregels (bijlage 3, paragraaf 2⁸) die u ook aanhaalt op pagina 3 van uw conceptbeslissing.

U dient vervolgens in overleg met de moeder van verzekerde te bepalen welke zorg (op terrein van de persoonlijke verzorging of begeleiding) die niet valt onder de substantiële meerzorg zij zelf op zich neemt.

Begeleiding in groepsverband en behandeling

Het College is met zijn medisch adviseur van oordeel dat u voor de naschoolse dagbehandeling geen begeleiding in groepsverband moet indiceren, maar behandeling in groepsverband. Het College verwijst u hiervoor naar een recent gepubliceerd advies in RZA 2010, 38.

Advies van het College

Het College raadt u aan om gezamenlijk en in overleg met Bz een indicatiebesluit te nemen, rekening houdend met de opmerkingen van het College.

⁸ Er is sprake van bovengebruikelijke zorg bij kinderen in chronische situaties wanneer de omvang van de zorg substantieel meer is dan de zorg die een gezond kind van dezelfde leeftijd nodig heeft. Met substantieel kan gedacht worden aan een omvang, op weekbasis, van gemiddeld meer dan een uur per etmaal. Alleen voor de omvang vanaf dit extra uur per etmaal kan voor het kind een aanspraak op AWBZ-zorg worden bepaald.

Onderwerp:	Relevante criteria respijtzorg en Begeleiding ter vervanging van school en kinderopvang.
Samenvatting:	Respijtzorg kan geïndiceerd worden in geval van (dreigende) overbelasting van de verzorger(s), of om de ouders in langdurige zorgsituaties in staat te stellen de zorg vol te houden en (dreigende) overbelasting te voorkomen. Het is niet juist om respijtzorg te indiceren met als motivering dat de te verwachten leveringsvoorwaarde na het 18 ^e levensjaar B2 of C is: de vraag of verzekerde <i>in de toekomst</i> is aangewezen op zorg is immers niet bepalend voor de vraag welke zorg <i>nu</i> nodig is. Voor begeleiding-groep ter vervanging van school geldt dat uit de beleidsregels volgt dat kinderen 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaan, hetgeen gelijk staat aan 7 dagdelen per week per 52 weken (zie Bijlage 1, Algemeen in paragraaf 3.2). Voor kinderopvang kan in beginsel géén AWBZ-zorg worden geïndiceerd. Als een kind als gevolg van zijn beperkingen/zorgbehoefte zonder extra zorginzet geen gebruik kan maken van (reguliere) kinderopvang, is het mogelijk om de <i>bovengebruikelijke</i> zorg tijdens de opvang te indiceren.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	25 mei 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf-tijdelijk en Begeleiding-groep

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 7 jarige jongen bekend met het syndroom van Down. Er is sprake van een verstandelijke handicap en van matige tot ernstige gedragsstoornissen. Verzekerde heeft een vrijstelling van inschrijving op grond van artikel 5 onder a van de Leerplichtwet 1969 en bezoekt een KDC. Hij woont bij zijn moeder en zijn broer. Begin juni 2009 wordt een nieuw indicatiebesluit aangevraagd. Gevraagd wordt om voortzetting van AWBZ-zorg ten behoeve van het KDC. Daarnaast wordt een indicatie gevraagd voor 'naschoolse' opvang en voor zaterdagopvang. Er wordt aangegeven dat verzekerde niet naar reguliere opvang kan en dat de zorg nodig is om de moeder van verzekerde in staat te stellen te gaan werken.

Bij beslissing van 14 juli 2009 heeft u een indicatie afgegeven voor 10 dagdelen (waarvan 1 dagdeel ten behoeve van naschoolse opvang) begeleiding in groepsverband met vervoer en verblijf-tijdelijk klasse 1.

Namens de moeder van verzekerde wordt bezwaar gemaakt tegen de omvang van de indicatie voor begeleiding in groepsverband. Gesteld wordt dat 1 dagdeel voor naschoolse opvang niet voldoende is. Daarbij wordt opgemerkt dat de moeder van verzekerde een uitkering ontvangt op grond van de Wet werk en bijstand en dat zij wordt gestimuleerd te re-integreren in het arbeidsproces. Ook wordt aangegeven dat om te kunnen werken het nodig is dat er opvang is voor verzekerde en zijn broer. De broer kan naar reguliere naschoolse

opvang, maar verzekerde zou zijn aangewezen op speciale buitenschoolse opvang. In verband hiermee worden meer dagdelen begeleiding in groepsverband gevraagd.

In uw conceptbeslissing verklaart u de aangevoerde bezwaren ongegrond en handhaaft u het primaire indicatiebesluit. Hoewel uw motivering niet geheel duidelijk is, begrijpt het College dat u van oordeel bent dat verzekerde vanwege zijn gedragsproblemen weliswaar op meer zorg (toezicht) is aangewezen dan een kind van zijn leeftijd zonder AWBZ-grondslag, maar dat er geen sprake is van *substantieel meer* zorg.

U merkt bovendien op dat in het primaire besluit geen extra dagdeel voor naschoolse opvang afgegeven had mogen worden. U geeft aan dat naschoolse opvang niet onder de AWBZ valt en dat zorg in de vorm van oppassen en toezicht houden behoort tot de algemeen aanvaarde zorg die door de sociale omgeving, c.q. ouders geboden moet worden. U merkt verder op dat in de beleidsregels staat dat voor de buitenschoolse opvang van leerlingen van scholen voor speciaal onderwijs een AWBZ-indicatie voor de functie Begeleiding groep mogelijk is, voor zover Begeleiding groep een ander doel dient dan kinderopvang. U concludeert ten slotte dat de indicatie voor verblijf tijdelijk terecht is afgegeven.

U motiveert dit als volgt: 'De sociaal medisch adviseur heeft in haar advies aangegeven dat er geen sprake is van overbelasting van de moeder van verzekerde.

Wel is er sprake van leveringsvoorwaarde B2 of C na zijn 18^e levensjaar. Hierdoor kan er een indicatie voor verblijf tijdelijk worden afgegeven als respijtzorg.'

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (ZIB)

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functies begeleiding, verblijf en vervoer, geregeld in respectievelijk de artikelen 6, 9 en 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

Besluit Zorgaanspraken (Bza)

Artikel 2, eerste en tweede lid Bza

Ingevolge deze artikelen bestaat slechts aanspraak op AWBZ zorg, indien deze zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (...) en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Artikel 6 Bza

1. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen

hebben op het terrein van:

- a. de sociale zelfredzaamheid
- b. het bewegen en verplaatsen
- c. het psychisch functioneren
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,

- b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Artikel 9 Bza

1. Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Artikel 10 Bza

Indien de verzekerde zorg als bedoeld in artikel 6 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

Beleidsregels

U hanteert de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ-zorg bij de indicatiestelling, zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

CIZ-indicatiewijzer

U hebt in deze indicatiewijzer (zie www.CIZ.nl) een toelichting gegeven op de hiervoor genoemde Beleidsregels.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Verzekerde is een 7 jarige jongen bekend met het syndroom van Down. Naast een verstandelijke handicap is er sprake van matige tot ernstige gedragsstoornissen. Een aangeboren hartafwijking levert na een operatieve behandeling geen beperkingen meer op.

De conceptbeslissing is op basis van voldoende recente medische informatie en op het juiste deskundigheidsniveau tot stand gekomen.

Het CIZ stelt terecht dat er sprake is van een grondslag (verstandelijke handicap) op grond waarvan aanspraak op AWBZ-zorg kan bestaan.

T.a.v. de functie begeleiding:

Verzekerde heeft een ontheffing van de leerplicht en bezoekt een KDC. Dat het CIZ hiervoor begeleiding in groepsverband indiceert is juist. De medisch adviseur gaat er vanuit dat de CIZ-arts heeft geconcludeerd dat verzekerde niet is aangewezen op de functie Behandeling (al dan niet in groepsverband). Nu het niet indiceren van Behandeling verder geen onderwerp van geschil is en ook niet vanuit het KDC wordt aangegeven dat verzekerde (multidisciplinaire) behandeling ondergaat, lijkt deze conclusie gerechtvaardigd. Nu het CIZ de begeleiding-groep ter vervanging van school indiceert en het geen groepsgewijze behandeling betreft, dient het CIZ 7 in plaats van 9 dagdelen te indiceren conform de Beleidsregels (zie Bijlage 1, Algemeen in paragraaf 3.2).

In de conceptbeslissing wordt nauwelijks ingegaan op de bestaande beperkingen die relevant zijn voor het indiceren van (individuele) begeleiding. Afgaande op de stukken in het dossier is het echter aannemelijk dat verzekerde meer begeleiding behoeft dan een kind van vergelijkbare leeftijd zonder beperkingen. Het CIZ dient alsnog duidelijk in kaart te brengen of er, in de thuissituatie, sprake is van meer toezicht en begeleiding dan bij een kind van vergelijkbare leeftijd zonder AWBZ grondslag. Op grond van deze inventarisatie kan worden bepaald of er sprake is van bovengebruikelijke zorg en kan, ook ten behoeve van een eventuele buitenschoolse opvang, deze zorg worden geïndiceerd.

T.a.v. de functie persoonlijke verzorging:

Terecht stelt het CIZ dat er op het gebied van de persoonlijke verzorging geen sprake is van bovengebruikelijke zorg.

T.a.v. de functie Verblijf-tijdelijk:

Onduidelijk is waarop de motivering van het CIZ (bladzijde 4 van de conceptbeslissing) om hiervoor te indiceren is gebaseerd. De redenen om Verblijf-tijdelijk te indiceren zijn of ter ontlasting van de ouders bij (dreigende) overbelasting (meestal tijdelijk), of om de ouder(s) in langdurige zorgsituaties in staat te stellen de zorg vol te houden en (dreigende) overbelasting te voorkomen. Of verzekerde na zijn 18^e op Verblijf is aangewezen is hierbij niet doorslaggevend. In het geval van verzekerde is een indicatie gerechtvaardigd om moeder in staat te blijven stellen als alleenstaande ouder van twee kinderen de combinatie van werk en zorg vol te houden. Blijkens het dossier is er bij de moeder immers sprake van een verstoorde draaglast-draagkracht verhouding en is er ook geen enkele ondersteuning door de vader van de kinderen.

Voor de gevraagde indicatie ten behoeve van naschoolse opvang geldt dat dit, zoals het CIZ terecht stelt, geen AWBZ-zorg is. Opvang van kinderen buiten schooltijden om is de verantwoordelijkheid van de ouders. Verzekerde zou mogelijk gebruik kunnen maken van een vorm van kinderopvang, waarbij de eventuele bovengebruikelijke zorg (bijvoorbeeld in de vorm van extra toezicht) geïndiceerd en ingezet zou kunnen worden.

De medisch adviseur concludeert het volgende:

Het CIZ dient nader in kaart te brengen welke voor het indiceren van de functie begeleiding relevante beperkingen er bestaan en vervolgens vast te stellen of verzekerde op grond hiervan is aangewezen op individuele begeleiding.

Terecht wordt begeleiding in groepsverband geïndiceerd, de omvang dient te worden aangepast conform bovenstaande opmerkingen.

De afweging of verzekerde is aangewezen op Verblijf-tijdelijk dient op bovengenoemde wijze te worden gemaakt, waarbij niet onredelijk is om hiervoor een indicatie af te geven in een lage klasse.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Begeleiding

Het College volgt de overwegingen van zijn medisch adviseur en acht het juist dat u voor verzekerde begeleiding-groep indiceert ter vervanging van school. U heeft hiervoor 9 dagdelen geïndiceerd, maar uit de beleidsregels volgt dat kinderen 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaan, hetgeen gelijk staat aan 7 dagdelen per week per 52 weken (zie Bijlage 1, Algemeen in paragraaf 3.2). Nu het in casu om begeleiding in groepsverband ter vervanging van school gaat, raadt het College u aan om aan te sluiten bij dit uitgangspunt.

Gelet op de bevindingen van zijn medisch adviseur is het College vervolgens van oordeel dat u alsnog duidelijk in kaart moet brengen welke voor het indiceren van de functie begeleiding relevante beperkingen er bestaan en of er in geval van verzekerde sprake is van meer toezicht en begeleiding dan bij een kind van vergelijkbare leeftijd zonder AWBZ grondslag. Op grond van deze inventarisatie moet u vervolgens bepalen of er sprake is van bovengebruikelijke zorg waarvoor individuele begeleiding kan worden geïndiceerd.

In dit verband wijst het College nog op het volgende. In uw motivering geeft u aan: *'Het eerste uur bovengebruikelijke zorg is altijd gebruikelijke zorg pas vanaf dit extra uur kan er een indicatie voor AWBZ-zorg worden afgegeven'*.

Dit wekt de indruk dat al sprake is van bovengebruikelijke zorg als een kind meer zorg nodig heeft dan een gemiddeld kind van dezelfde leeftijd. Uitgangspunt is echter dat ouders verantwoordelijk zijn voor de zorg voor hun kind. Pas wanneer *substantieel meer zorg* nodig is dan de zorg die een kind van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag nodig heeft, is sprake van bovengebruikelijke zorg en kan AWBZ-zorg worden geïndiceerd.

Om onduidelijkheid te voorkomen raadt het College u aan om aan te sluiten bij de tekst van de beleidsregels:

Er is sprake van bovengebruikelijke zorg bij kinderen in chronische situaties wanneer de omvang van de zorg substantieel meer is dan de zorg die een gezond kind van dezelfde leeftijd nodig heeft. Met substantieel kan gedacht worden aan een omvang, op weekbasis,

van gemiddeld meer dan een uur per etmaal. Alleen voor de omvang vanaf dit extra uur per etmaal kan voor het kind een aanspraak op AWBZ-zorg worden bepaald.

Zoals u overigens terecht stelt is het uitgangspunt (zie ook RZA 2008, 39) dat voor kinderopvang (het inhuren van een oppas of het naar een crèche of buitenschoolse opvang laten gaan) om bijvoorbeeld te kunnen werken of vrijetijdsbesteding te hebben zonder kind(eren), in beginsel géén AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd. Kinderopvang als zodanig betreft een algemeen gebruikelijke voorziening en komt voor rekening van de ouders.

Als een kind als gevolg van zijn beperkingen/zorgbehoefte zonder extra zorginzet geen gebruik kan maken van (reguliere) kinderopvang, is het mogelijk om de *bovengebruikelijke* zorg tijdens de opvang te indiceren. Met deze indicatie kan vervolgens de *extra* zorgbehoefte van het kind die bestaat tijdens de door de ouder(s) gewenste opvang, worden bekostigd. De opvang als zodanig blijft echter de (financiële) verantwoordelijkheid van de ouders. Hiervoor kan in beginsel dus geen aanspraak op AWBZ-zorg worden gemaakt. Het College raadt u nog aan uw motivering meer af te stemmen op de situatie van verzekerde. Uw opmerking over wat in de beleidsregels staat over buitenschoolse opvang van leerlingen van scholen voor speciaal onderwijs is in geval van verzekerde niet relevant, daar in geval van verzekerde sprake is van een vrijstelling van inschrijving op grond van artikel 5 onder a van de Leerplichtwet 1969.

Respijtzorg; Verblijf-tijdelijk

In eerdere adviezen (zie ook RZA 2007, 28) heeft het College de term respijtzorg nader toegelicht. De term respijtzorg dient enkel gebruikt te worden voor de situatie waarbij zorg geïndiceerd wordt in geval van (dreigende) overbelasting van de verzorger(s), of om de ouders in langdurige zorgsituaties in staat te stellen de zorg vol te houden en (dreigende) overbelasting te voorkomen.

Met zijn medisch adviseur is het College dan ook van oordeel dat het indiceren van tijdelijk verblijf als respijtzorg in dit betreffende geval begrijpelijk is. Bij de moeder is immers sprake van een verstoorde draaglast-draagkracht verhouding en er is ook geen ondersteuning door de vader van de kinderen. Daarom is het aannemelijk dat respijtzorg nodig is om de moeder in deze langdurige zorgsituatie in staat te stellen de zorg vol te houden en (dreigende) overbelasting te voorkomen.

U indiceert echter verblijf tijdelijk klasse 1 als respijtzorg met als motivering dat er geen sprake is van overbelasting van moeder, maar dat er wel sprake is van leveringsvoorwaarde B2 (volgens afspraak + direct oproepbaar) of C (Voortdurend in de nabijheid) na het 18^e levensjaar van verzekerde.

Het College acht deze motivering niet juist.

Uw conclusie dat er nu geen sprake is van overbelasting van de moeder van verzekerde is weliswaar juist, maar in dit geval is wel aanleiding om respijtzorg te indiceren. Er is immers wel sprake van een situatie met een verstoorde draaglast-draagkracht verhouding, waarbij het inzetten van respijtzorg als doel heeft deze belastende zorgsituatie langdurig vol te kunnen houden en overbelasting te voorkomen.

Naar het oordeel van het College is verder de door u genoemde te verwachten leveringsvoorwaarde B2 of C na het 18^e levensjaar als reden om respijtzorg te indiceren niet juist. De vraag of verzekerde *in de toekomst* is aangewezen op zorg is immers niet bepalend voor de vraag welke zorg *nu* nodig is.

Ten slotte merkt het College op dat het verslag van de telefonische hoorzitting wel erg summier is. Het College wijst u in dit verband nog eens op het belang van het houden van een hoorzitting zoals dat is geformuleerd in de toelichting op artikel 7:2 Algemene wet bestuursrecht.

Advies van het College

Het College raadt u aan uw beslissing te herzien, rekening houdend met bovenstaande opmerkingen.

Wellicht ten overvloede wijst het College u er nog op dat u in het kader van deze bezwaarprocedure niet meer ten nadele van verzekerde mag terugkomen op uw primaire beslissing (het verbod op *reformatio in peius*).

Onderwerp:	Indicatie voor verblijf bij kinderen; per geval vaststellen in hoeverre er sprake is van enige ondoelmatigheid van zorg
Samenvatting:	Dit geschil betreft een verblijfsindicatie, uitgedrukt in een ZZP, voor een 8-jarige verzekerde. De moeder wenst verzekerde thuis te blijven verzorgen. Uitgangspunt bij de indicatiestelling voor kinderen is dat, in het belang van het kind, enige ondoelmatigheid van zorg thuis acceptabel is. Waar het omslagpunt ligt tussen extramuraal te indiceren zorg en verblijfszorg is niet geregeld in wetgeving en beleid, en moet per individuele situatie worden beoordeeld. In dit geval is de benodigde zorg in de thuissituatie onvoldoende in kaart gebracht. Factoren die bij de afweging van enige ondoelmatigheid een rol kunnen spelen zijn de veiligheid van de omgeving, de kwaliteit van de zorg, de gezinssituatie, de verwachte kwaliteit van leven van verzekerde in, danwel buiten de instelling, de prognose/levensverwachting, en daarmee gepaard gaand de gevolgen van een opname in een instelling voor het functioneren in de toekomst. Het CVZ adviseert nader onderzoek naar de benodigde zorg in de thuissituatie.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	19 april 2010
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf/ zorgzwaartepakket

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 8-jarige jongen met ernstige beperkingen. Verzekerde had tot 21 juli 2009 een indicatie voor activerende begeleiding dag klasse 9, persoonlijke verzorging klasse 8 met 6 additionele uren en verpleging klasse 7 met 44 extra uren. Wegens het verlopen van de indicatie is op 5 juni 2009 een herindicatie aangevraagd voor persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. U heeft op 21 juli 2009 per indicatiebesluit vastgesteld dat verzekerde in aanmerking komt voor een indicatie voor persoonlijke verzorging klasse 8, met 16 additionele uren, verblijf klasse 1, verpleging klasse 7 met 4 additionele uren en begeleiding groep klasse 2 met vervoer.

Tegen dit besluit is bezwaar aangetekend. Namens verzekerde wordt bezwaar gemaakt tegen de omvang van de indicatie. Gesteld wordt dat onvoldoende rekening gehouden is met de uitzonderlijke situatie in het gezin. Verzekerde heeft een broer met eveneens beperkingen, terwijl de moeder alleenstaand is en dus het resterende deel van de zorg (naast de geïndiceerde AWBZ-zorg) voor verzekerde en zijn broer zelf moet leveren. Tevens wordt aangegeven dat leveringsvoorwaarde D van toepassing is (24 uur per dag direct aanwezig). In het indicatiebesluit van 21 juli 2009 gaat u uit van leveringsvoorwaarde C (zorg voortdurend in de nabijheid).

U bent van plan het bezwaarschrift ongegrond te verklaren. U heeft daarom conform het bepaalde in artikel 58 AWBZ de conceptbeslissing op bezwaar voorgelegd aan het College. Per email van 9 maart 2010 heeft u aangegeven dat u naar aanleiding van een brief van de behandelend kinderarts van 18 februari 2010 de conceptbeslissing zult

aanvullen met een extra motivering. Het College zal uw conceptbeslissing beoordelen met toevoeging van deze extra motivering. In dit advies dient bij de bespreking van de conceptbeslissing dan ook verstaan te worden de oorspronkelijke conceptbeslissing aangevuld met de extra motivering.

Blijkens de conceptbeslissing bent u van oordeel dat het aangevallen indicatiebesluit niet juist is. U stelt dat in het primaire besluit ten onrechte geen indicatie is gesteld voor verblijf in de vorm van een ZZP. U stelt voorts dat hoewel de zorg verantwoord thuis geleverd kan worden een indicatie in functies en klassen niet doelmatig is en zelfs de grens van de bij kinderen toelaatbare "enige ondoelmatigheid" overschrijdt. U komt gezien de ernst van de situatie en de meervoudige problematiek tot een ZZP LG 7 met dagbesteding. U merkt op dat het primaire indicatiebesluit een zorgomvang heeft van 97 uur en dat meer zorg in de thuissituatie niet meer doelmatig is. Een vergelijking op basis van de PGB-tarieven tussen het geïndiceerde ZZP LG 7 (ca. €83.356,-) en de in het primaire indicatiebesluit gestelde extramurale indicaties (€124.816,-) laat volgens u zien dat er zelfs sprake is van een verregaande ondoelmatigheid met betrekking tot de in de thuissituatie geïndiceerde zorg. Bij uw afweging heeft u ook betrokken de brief van de kinderarts d.d. 18 februari 2010, die er dringend voor pleit verzekerde in de thuissituatie te blijven verzorgen.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Zorgindicatiebesluit (Zib)

Artikel 2 Zib

Als vormen van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 Zib onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijf, geregeld in de artikelen 4, 6 en 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

Besluit Zorgaanspraken (Bza)

Artikel 2, tweede lid Bza

De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Artikel 4 Bza

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

Artikel 6 Bza

1. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid,
- b. het bewegen en verplaatsen,
- c. het psychisch functioneren,
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Artikel 9 Bza

1. Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Van belang zijn verder de 2010 en de CIZ Indicatiewijzer versie 3.0.

Indicatiewijzer versie 3.0 paragraaf 2.3.4 Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder Verblijf

Alleen in die zorgsituatie waarvoor is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, zal leveringsvoorwaarde B2, C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Bij terminale zorg en bij zorg bij kinderen en jong volwassenen is enige ondoelmatigheid acceptabel en zal leveringsvoorwaarde B2, C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf.

Bij zorg bij kinderen is enige ondoelmatigheid acceptabel als:

- a. het de wens is van de ouders om het kind thuis te laten wonen; en
- b. het in het belang is van het kind; en
- c. dat leidt tot een doeltreffende en verantwoorde oplossing; en
- d. de mantelzorger het resterende deel van de zorg overneemt.

Bij jong volwassenen is enige ondoelmatigheid acceptabel als dat noodzakelijk is in bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld het ontwikkelen naar een min of meer zelfstandige woonsituatie of het afronden van een opleiding of stage. Als vastgesteld is dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, kan worden afgeweken van de maximaal mogelijke ondersteuning zoals beschreven in paragraaf 2.3.2 onder respijtzorg.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Deze casus handelt over een 8-jarige jongen met het syndroom van Charge, leidend tot zeer ernstige meervoudige beperkingen. De alleenstaande moeder wil haar kind thuis blijven verzorgen. Er is in het gezin nog een gehandicapt kind. De kern van het bezwaar is dat de moeder van verzekerde aangeeft niet voldoende de zorg te kunnen leveren nu de indicatie in vergelijking met de oude indicatie fors naar beneden is bijgesteld. Verzekerde heeft meerdere grondslagen op basis waarvan AWBZ-zorg mogelijk kan zijn. De medisch adviseur is het eens met het oordeel van het CIZ dat de dominante grondslag lichamelijke handicap is, met als bijkomende grondslagen somatische aandoening/beperking, verstandelijke handicap en zintuiglijke handicap. Naar het oordeel van de medisch adviseur is de conclusie van het CIZ juist dat verzekerde op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op de functie Verblijf. Nu moeder ervoor kiest haar zoon in de thuissituatie te (blijven) verzorgen, dient het CIZ vast te stellen of dit op een verantwoorde manier zou kunnen en zo ja, met welke functies en klassen.

De CIZ-arts stelt enerzijds dat de zorg thuis nog op een verantwoorde wijze kan worden geboden, hoewel de grenzen van verantwoorde zorgverlening nu en dan bereikt worden. De medisch adviseur kan zich vinden in dit oordeel mede gezien de brief van de behandelend kinderarts van verzekerde van 18 februari 2010. Anderzijds stelt de CIZ-arts dat de inzet van zoveel zorg in de thuissituatie niet als doelmatig kan worden beschouwd. Uit het dossier valt moeilijk op te maken op welke zorg verzekerde in de thuissituatie zou zijn aangewezen, waardoor niet goed is te beoordelen welke zorg in functies en klassen noodzakelijk zou zijn. Welke zorg daadwerkelijk en geobjectiveerd noodzakelijk is in de thuissituatie, dient daarom nader onderzocht te worden. Daarbij dient de zorgvraag van de moeder centraal te staan, zij kan immers aangeven welke zorg (gebruikelijke zorg en mantelzorg) zij zelf op zich kan nemen. Het CIZ acht terecht voor verzekerde ZZP 7 LG als meest passend. Opgemerkt wordt dat het niet juist is om bij een ZZP vervoer ten behoeve van dagbesteding te indiceren, daar er vanuit mag worden gegaan dat de instelling de dagbesteding zelf in huis heeft of indien dit niet het geval is voor vervoer zorg draagt. Nadat de benodigde zorg in de intra- en extramurale setting is vastgesteld, dient het CIZ vervolgens een doelmatigheidstoets te doen, waarbij de financiële consequenties van beide vormen van zorg tegen elkaar worden afgezet. Uitgangspunt bij een dergelijke afweging is enerzijds dat enige ondoelmatigheid bij kinderen toelaatbaar is, gezien het belang van opgroeien in de gezinssituatie, anderzijds dat van ouders wordt verwacht in elk geval een deel van de zorg op zich te nemen. De CIZ-arts komt in deze casus uitsluitend tot het stellen van een intramurale indicatie omdat hij van mening is dat zoveel zorg als gevraagd in de thuissituatie niet als doelmatig kan worden beschouwd.

De medisch adviseur merkt verder op dat niet duidelijk is in hoeverre de zorgsituatie rondom de (eveneens gehandicapte) broer van verzekerde van invloed is op de bestreden indicatie. De medisch adviseur stelt in dit verband dat een casus, waarbij er twee gehandicapte kinderen zijn binnen een éénoudergezin, voor het CIZ aanleiding zou moeten zijn om toepassing van zijn inherente afwijkingsbevoegdheid te overwegen.

Conclusie:

Kernpunt van de opmerkingen van de medisch adviseur is dat in de conceptbeslissing op bezwaar voorbijgegaan wordt aan de gebruikelijke indicatiestelling als men aangeeft de zorg thuis te ontvangen, namelijk beoordelen welk ZZP passend is en vaststellen met welke geïndiceerde AWBZ-zorg de totale zorg thuis (mantelzorg en AWBZ-zorg) verantwoord kan worden verleend. Vergelijking van beide mogelijkheden leidt dan tot een keuze op financieel gebied. Bij kinderen geniet opgroeien in een gezinssituatie, als de ouders dat wensen, de voorkeur boven verblijf in een instelling. Daarom is bij kinderen enige ondoelmatigheid toegestaan.

In de conceptbeslissing ontbreekt dus onterecht de vaststelling van die geobjectiveerde zorgindicatie in functies en klassen waarmee de zorg thuis zorginhoudelijk (nog) verantwoord en doelmatig kan worden gegeven ten opzichte van een verblijfsindicatie.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Het College zal allereerst het beoordelingskader schetsen voor AWBZ-zorg aan kinderen met ernstige beperkingen waarbij de ouders wensen dat zij de zorg thuis ontvangen. Vervolgens zal het College bespreken of het CIZ in de onderhavige casus de van toepassing zijnde regelgeving juist en zorgvuldig zijn toegepast.

Verblijf en doelmatigheid bij kinderen

In dit geschil speelt de vraag welke zorg geïndiceerd moet worden bij een verzekerde die op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op de functie verblijf, maar waarbij de moeder van verzekerde aangeeft verzekerde thuis te willen verzorgen en niet in een instelling te willen laten opnemen.

In dergelijke gevallen dient op grond van artikel 2, lid 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ een afweging te worden gemaakt of de benodigde zorg in de thuissituatie, gelet op de behoefte van de verzekerde, verantwoord én (financieel) doelmatig kan worden geleverd. Of de zorg thuis verantwoord en adequaat verleend kan worden, ook al is er een verblijfsindicatie, is doorgaans een zorginhoudelijk beoordeling en zal mede afhankelijk zijn van de vraag in hoeverre de verzorgers/ mantelzorgers bereid en in staat zijn (een deel van de) de benodigde zorg te leveren.

Indien de zorg (medisch) verantwoord in de thuissituatie gegeven kan worden, dient vervolgens nog beoordeeld te worden of de gevraagde AWBZ-zorg thuis wel financieel doelmatig is. Uit oogpunt van doelmatige zorgverlening mag een indicatie in functies en klassen voor zorg in de thuissituatie immers niet duurder zijn dan verblijf in een instelling.

Om de vergelijking tussen zorg thuis en verblijfszorg te maken, moet eerst geïnventariseerd worden welke zorgbehoefte er is in de thuissituatie en welke zorg de verzorgers/ mantelzorgers bereid zijn op zich te nemen. De kosten van deze te indiceren extramurale zorg in functies en klassen kunnen dan afgezet worden tegen de kosten van verblijf in een instelling. Om de kosten van de zorg in een instelling te bepalen is de objectieve individuele zorgbehoefte van een verzekerde het uitgangspunt, dat wil zeggen het meest passende ZZP, zo nodig aangevuld met eventueel additioneel benodigde zorg op grond van bijzondere omstandigheden of extreme zorgzwaarte (zie RZA 2009, 48 en RZA 2010, 6). In dit verband merkt het College op dat de indicatiepraktijk tot op heden – ondanks de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 oktober 2009 (LJN: BK4423, RZA 2010, 6) - bij een verblijfssituatie uitgaat van een ZZP-indicatie, en dat eventuele in een instelling voor een individuele verzekerde benodigde meerzorg wordt gefinancierd door middel van toeslagen door de Nza. In zijn signalement 'zorgzwaarte-bekostiging' van 29 juni 2009 heeft het College er al op gewezen dat indicatiestelling en financiering hier niet op elkaar aansluiten. Het wettelijk systeem van de AWBZ is erop gericht dat de volledige individuele zorgbehoefte eerst wordt vastgesteld bij indicatiebesluit en dat vervolgens de financiering van de zorg is gebaseerd op het indicatiebesluit.

Zoals het College in eerdere adviezen al heeft aangegeven, en ook is opgenomen in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, is uitgangspunt bij de indicatiestelling voor kinderen dat enige ondoelmatigheid acceptabel is voor zorg in de thuissituatie (RZA 2005, 186 en RZA 2006, 10). De achtergrond hiervan is dat het in het *belang van het* kind kan zijn om in de gezinssituatie te verblijven. Dit begrip "enige ondoelmatigheid" is niet nader uitgewerkt in de beleidsregels. Wel stelt de CIZ-indicatiewijzer (versie 3.0) dat bij zorg bij kinderen enige ondoelmatigheid acceptabel is als:

- a. het de wens is van de ouders om het kind thuis te laten wonen; en
- b. het in het belang is van het kind; en
- c. dat leidt tot een doeltreffende en verantwoorde oplossing; en
- d. de mantelzorger het resterende deel van de zorg overneemt.

Op grond van deze voorwaarden is echter niet vast te stellen welke resterende zorg van de mantelzorger wordt verwacht, naast de te indiceren AWBZ-zorg, en waar het omslagpunt ligt tussen extramuraal te indiceren zorg en verblijfszorg in een instelling. In een individuele situatie zal daarom steeds aan de hand van de specifieke omstandigheden van het geval moeten worden bepaald waar dit omslagpunt ligt en welke bijdrage van de mantelzorger wordt verlangd in de benodigde zorg.

Het geschil

Het bovenstaande toegepast op het onderhavige geschil komt het College tot het volgende oordeel. Evenals zijn medisch adviseur is het College het met u eens dat verzekerde op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op verblijf.

Het is echter de uitdrukkelijke wens van de moeder om verzekerde thuis te blijven verzorgen. In de voorgelegde conceptbeslissing stelt u enerzijds dat de zorg thuis (nog) verantwoord verleend kan worden, hetgeen door de medisch adviseur van het CVZ wordt ondersteund, maar dat op grond van financiële doelmatigheidsoverwegingen verblijfszorg moet worden geïndiceerd. Het College acht uw stelling dat gekeken moet worden

of de zorg in de thuissituatie, nu sprake is van een verblijfsindicatie, nog wel doelmatig geleverd kan worden, juist. De wijze waarop u deze beoordeling vervolgens invult, is echter naar het oordeel van het College niet juist.

U hebt niet de vergelijking gemaakt tussen de benodigde zorg thuis in functies en klassen, en verblijfszorg zoals hiervoor uiteengezet. Ook hebt u niet nader onderzocht en onderbouwd waar de grens voor de zorg thuis in dit specifieke geval ligt aan de hand van het criterium “enige ondoelmatigheid”, noch heeft u de voorwaarden in de CIZ-indicatiewijzer in uw beslissing betrokken. De benodigde zorg in de thuissituatie is daarvoor ook onvoldoende in kaart gebracht. In het primaire besluit is de omvang van de zorg niet nader gemotiveerd, en in uw conceptbeslissing gaat u niet in op de bepaling van deze zorg. Weliswaar noemt u in de aanvulling op de conceptbeslissing de bedragen die corresponderen met de indicatie in functies en klassen zoals geïndiceerd in het primaire besluit, maar uit de conceptbeslissing, noch uit de overige stukken in het dossier valt vast te stellen of deze indicatie een geobjectiverde juiste weergave van de zorgbehoefte is. Dit klemmt temeer daar de moeder van verzekerde expliciet in haar bezwaar aangeeft het niet eens te zijn met (de omvang van) deze indicatie.

Het College is overigens wel met u van oordeel dat er een grens is aan de toegestane ondoelmatigheid van de zorgverlening thuis bij kinderen met ernstige beperkingen. Ingeval deze grens wordt overschreden kan inderdaad niet anders geconcludeerd worden dan dat een indicatie in functies en klassen niet mogelijk is. Zoals hierboven aangegeven is de grens van deze ondoelmatigheid echter niet duidelijk uitgewerkt in wetgeving of beleid. Het gevolg hiervan is dat op u als bestuursorgaan een motiveringsplicht rust om aan te geven waarom volgens u in een specifiek geval de grens van enige ondoelmatigheid is overschreden. Factoren die bij deze afweging een rol zouden kunnen spelen zijn, naar het College meent, de veiligheid van de omgeving, de kwaliteit van de zorg, de gezinssituatie, de verwachte kwaliteit van leven van verzekerde in, danwel buiten de instelling, de prognose/levensverwachting, en daarmee gepaard gaand de gevolgen van een opname in een instelling voor het functioneren in de toekomst.

Overige opmerkingen

In dit geschil is sprake van een opvallende vermindering van AWBZ-zorg ten aanzien van de vorige indicatie. Ook speelt mee dat de moeder alleenstaand is en dat verzekerde een broertje heeft met eveneens beperkingen. De vraag kan gesteld worden of een afbouwperiode is aangewezen teneinde de moeder de mogelijkheid te bieden de zorg voor verzekerde te reorganiseren. Verder zou er in de omstandigheden van het geval aanleiding kunnen zijn om af te wijken van het beleid op grond van de inherente afwijkingsbevoegdheid waar de moeder van verzekerde zich ook op beroept. Het College is dan ook van oordeel dat u nader dient te onderzoeken of in dit geval een afbouwperiode aangewezen is en of er aanleiding is om in dit specifieke geval van uw beleid af te wijken (zie ook RZA 2008, 87).

Het College wijst er verder nog op dat het niet juist is om bij een ZZP vervoer ten behoeve van dagbesteding te indiceren, daar er vanuit mag worden gegaan dat de instelling de dagbesteding zelf in huis heeft of voor vervoer zorg draagt.

Tenslotte wijst het College u op het volgende. In de aanvulling op de conceptbeslissing aan het eind van de laatste alinea schrijft u dat “meer zorg in de thuissituatie niet meer als doelmatige zorg kan worden beschouwd zodat verzekerde op zorg-inhoudelijke gronden is aangewezen op de functie verblijf.”

Het College wijst u er op dat het zorginhoudelijk oordeel of een verzekerde is aangewezen op verblijf losstaat van het doelmatigheidsoordeel. Daarnaast is het College van oordeel dat het verwarrend is dat de medisch adviseur slechts de financiële aspecten van de doelmatigheid van de zorg lijkt te beoordelen terwijl hij zich juist moet richten op de zorginhoudelijke beoordeling.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat u uw beslissing niet juist is en niet zorgvuldig tot stand is gekomen.

Het College raadt u aan nader onderzoek te verrichten naar de benodigde zorg in de thuissituatie en vervolgens gemotiveerd aan te geven of in dit geval de grens van ondoelmatigheid is overschreden.

Rapport

Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten

Op 25 mei 2010 uitgebracht aan de minister van VWS

Publicatienummer

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2010003991
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	drs. A.M. Hopman
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 01
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Samenvatting

De Staatssecretaris van VWS heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd of een aantal vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten te verzekeren prestaties in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen (Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ) zijn.

Het gaat om de volgende zorgvormen:

- het aanleren van communicatieve vaardigheden bij plotsdoven;
- begeleiding bij “life-events” bij doven en slechthorenden;
- dienstverlening bij het leren omgaan met, of accepteren van tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis;
- de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt. Het gaat om een multidisciplinaire benadering met een vorm van cognitieve therapie.

Inmiddels is ook de vraag actueel in hoeverre begeleiding van doofblinden buitenshuis tot de aanspraak begeleiding in de AWBZ behoort, of dat het om zorg in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat. Het CVZ gaat ook op die vraag in.

In dit rapport geeft het CVZ aan of de zorgvormen ten laste van de sociale ziektekostenverzekering (Zvw of AWBZ) komen. Als dat zo is geeft het CVZ aan op welke manier dat op dit moment in de praktijk is geregeld. Een principiële domeindiscussie over het onderscheid tussen Zvw en AWBZ volgt later.

Het CVZ komt tot de volgende conclusies:

- Spraakafzien komt ten laste van de Zvw;
- Het aanleren van Nederlands met Gebaren of Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen als vierhandengebarentaal komt ten laste van de AWBZ;
- Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan komt ten laste van de Zvw. Bij andere communicatieapparatuur is vaak een uitgebreidere training nodig. Die komt ten laste van de AWBZ;
- Begeleiding bij de normale verwerking van “life-events” is noch AWBZ, noch Zvw-zorg. Bij een verstoord verwerkingsproces kan eerstelijnspsychologie of psychiatrische hulp ten laste van de Zvw zijn aangewezen;
- Begeleiding bij het leren omgaan met tinnitus of M. Ménière komt ten laste van de Zvw;

- Mits er sprake is van matige tot ernstige beperkingen kan begeleiding bij zelfredzaamheid ten laste van de AWBZ komen. Het CVZ constateert dat de operationalisering van “matig tot ernstige beperkingen” in de beleidsregels indicatiestelling niet goed zijn toegesneden op zintuiglijk gehandicapten.
- Begeleiding van doofblinden buitenshuis komt ten laste van de AWBZ. Het gaat niet om maatschappelijke participatie, maar om een persoonsgebonden voorwaarde daarvoor.

1. Inleiding

Vraag Staatssecretaris

In haar brief van 2 september 2009 (kenmerk DLZ/KZ-U-2953579, DM5 nr. 29095593) vraagt de Staatssecretaris van VWS advies van het CVZ over een aantal interventies in de zintuiglijke gehandicaptenzorg. De vraag van de staatssecretaris is of de volgende interventies tot de verzekerde zorg in het kader van de sociale zorgverzekeringen behoren:

- het aanleren van communicatieve vaardigheden bij plotsdoven;
- begeleiding bij "life-events" bij doven en slechthorenden;
- dienstverlening bij het leren omgaan met, of accepteren van tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis;
- de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt. Het gaat om een multidisciplinaire benadering met een vorm van cognitieve therapie.

De staatssecretaris stuurt ter illustratie de briefwisseling van het departement met de instelling GGMD mee, en een brief van het audiologisch centrum van Adelante.

Begeleiding van doofblinden

Inmiddels is ook onduidelijkheid gebleken over de vraag of de begeleiding van doofblinden buiten de deur door het CIZ terecht als maatschappelijke participatie wordt gezien. De vraag is of dat terecht is, of dat die begeleiding wél verzekerde AWBZ-zorg is. Het CVZ gaat in dit rapport ook in op die vraag.

Het CVZ heeft de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt, in een afzonderlijk rapport geduid. Omdat voor de effectiviteit van die interventie onvoldoende bewijskracht is, bleek dat het geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw of AWBZ is.

1.a. Afbakening van de vraagstelling

In overleg met VWS is in dit rapport afgezien van de fundamentele discussie of bepaalde zorgvormen naar hun aard tot het domein van de Zvw of het domein van de AWBZ behoren.

Een duiding tot welk domein bepaalde zorg naar zijn aard behoort vraagt een fundamentele benadering en vraagt meer tijd dan die beschikbaar is. Een dergelijke duiding kan ook grote gevolgen hebben voor de uitvoeringspraktijk. Om onnodige uitvoeringsproblemen te voorkomen moeten die in een fundamentele duiding aan de orde komen.

De achtergrond van de vraagstelling van VWS is dat er over bepaalde zorgvormen twijfel is gerezen of het gaat om een te verzekeren prestatie in het kader van een van de sociale ziektekostenverzekeringen, of dat het gaat om Wmo-zorg. Voor zover het te verzekeren prestaties betreft, gaat het om de vraag hoe die zorg op dit moment bekostigd kan worden.

Daarom beoordeelt het CVZ in dit rapport of de door de staatssecretaris genoemde zorgvormen te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw of de AWBZ zijn of dat het gaat om zorg buiten het domein van de sociale ziektekostenverzekering. Voor de te verzekeren zorg geeft het CVZ aan hoe die zorg op dit moment in de praktijk is geregeld.

Een fundamentele discussie over de domeinafbakening tussen AWBZ en Zvw is van later orde.

1.b. Leeswijzer

Leeswijzer

Hieronder gaat het CVZ in hoofdstuk 2 in op manier waarop het de vragen van de staatssecretaris heeft benaderd.

In hoofdstuk 3 beoordeelt het CVZ in hoeverre de genoemde zorgvormen ten laste van de Zvw of de AWBZ komen.

In hoofdstuk 4 vat het CVZ de conclusies samen. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 5) gaat het in op de consequenties die dit rapport heeft voor de uitvoeringspraktijk.

2. Zorgverzekeringswet of AWBZ

Hieronder legt het CVZ uit waarom de domeinduiding zeker voor wat betreft het grensgebied van Zvw en AWBZ niet eenvoudig is, en in het kader van de vraagstelling van de staatssecretaris ook niet noodzakelijk. Het CVZ geeft daarna aan waarom het de beantwoording van de vragen beperkt tot de vraag hoe zorg op dit moment feitelijk is geregeld.

2.a. Domeinaanduiding

De Ziekenfondswet (Zfw) was aanbodgestuurd. In het Besluit ziekenfondsverzekering werd per zorgvorm bepaald of die onderdeel uitmaakte van de verzekerde zorg of niet. De Zvw daarentegen is functiegericht opgezet. De aard van de zorg is bepalend of die een te verzekeren prestatie is of niet. De omschrijving van de te verzekeren zorg is niet zo specifiek als onder de Zfw, maar laat ruimte voor diversiteit.

Bij de overgang van de Zfw naar de Zvw is er indertijd voor gekozen het te verzekeren pakket in de Zvw in grote trekken te laten aansluiten bij het verzekeringspakket van de Zfw, zoals dat in de loop der jaren is geformuleerd. Bij de invoering van de Zvw is indertijd niet uitdrukkelijk de vraag gesteld of de in het Zfw-pakket opgenomen prestaties ook daadwerkelijk vielen onder het domein van de Zvw.

In het pakketadvies 2010 gaat het CVZ in op de domeinduiding van de Zvw. Het leidt het domein af van de doelstelling van de wet, zoals die is neergelegd in de considerans van de wet, namelijk de compensatie voor behoefte aan geneeskundige zorg¹.

Het begrip "behoefte aan geneeskundige zorg" is niet nader gedefinieerd in de toelichting op de Zvw. Wel is daaruit af te leiden dat "de Zvw betrekking heeft op zorg die is gericht op genezing", terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging."

Daarmee is echter nog geen scherpe afbakening tussen het domein van de Zvw en de AWBZ geformuleerd. Daarvoor zijn een bredere en fundamentele analyse en beoordeling noodzakelijk.

2.b. Verduidelijking historische achtergrond

De vraag in hoeverre de huidige zorgverlening van de zorg rond zintuiglijke aandoeningen en beperkingen ten laste van Zvw danwel AWBZ komen, is vooral historisch bepaald. De inhoud van de Zfw en AWBZ was indertijd sterk beïnvloed door de beleidsbeslissingen die in de loop der jaren zijn gemaakt.

¹ Pakketadvies 2010, CVZ, op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; paragraaf 3b.

Zo werden veel zorgvormen ter voorbereiding van het Plan Simons overgeheveld van de Zfw naar de AWBZ. Toen dat plan niet doorging werden niet alle zorgvormen teruggeheveld. Ook andere beleidswijzigingen hebben hun sporen achtergelaten. De afbakening tussen de Zfw en de AWBZ was daarom niet strikt logisch.

Die historisch gegroeide afbakening tussen Zfw en AWBZ bleef in de praktijk bestaan. Bij auditieve beperkingen is die ordening bijvoorbeeld niet gelijk aan die bij visuele beperkingen. Ook de revalidatie van lichamelijke beperkingen is historisch anders gepositioneerd dan die bij zintuiglijke beperkingen. Een nadere duiding van het domein waartoe die zorg op dit moment, na invoering van de Zvw, feitelijk zou moeten behoren, zou anders kunnen uitvallen.

De Zvw is niet aanbodgericht, zoals de Zfw, maar functiegericht. Dat maakt dat de afbakening die historisch was ontstaan tussen de Zfw en AWBZ niet vanzelfsprekend van toepassing is op die tussen de Zvw en de AWBZ.

Ter illustratie gaat het CVZ hieronder kort in op audiologische zorg en op de revalidatie van zintuiglijk gehandicapten. Daarna geeft het aan waarom een nadere domeinduiding in het kader van de vraagstelling van de staatssecretaris niet zinvol is.

2.b.1. Audiologische centra

Audiologische centra

In de Ziekenfondswet was de hulp door audiologische centra apart geregeld in artikel 19 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Psychosociale hulp in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie stond expliciet als onderdeel van de audiologische zorg genoemd.

Met de invoering van de Zvw is geen wijziging van het verzekerde pakket beoogd. Omdat de Zvw niet het aanbod als uitgangspunt neemt, maar functiegericht is vormgegeven, is de zorg die audiologische centra in het kader van de Zfw boden, in de Zvw niet apart geregeld. Verzekeraars zijn ervan uitgegaan dat die zorg valt onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4. Bzv (zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden), en hebben de formulering van artikel 19 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering ongewijzigd opgenomen in de Zvw-polis.

Het adviseren over, en leren omgaan met hulpmiddelen, is naast gehooronderzoek en begeleiding zorg zoals audiologische centra die van oudsher in het kader van de Zfw boden. Ze leverden ook "revalidatie" bij gehoorstoornissen. Die revalidatie is echter niet alomvattend. Een cursus spraakafzien valt van oudsher wel onder de zorg die audiologische centra plegen te bieden. Cursussen Gebarentaal of Nederlands met Gebaren werden in de Zfw niet door audiologische centra geboden.

2.b.2. Revalidatie bij zintuiglijke beperkingen

Revalidatiezorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden is onderdeel van de geneeskundige zorg van artikel 2.4 Bzv. De somatische revalidatie die specialisten ouderengeneeskunde bieden maakt historisch onderdeel uit van de AWBZ. Ook de revalidatie van visueel gehandicapten is vanoudsher in de AWBZ ondergebracht. Dit onderscheid is alleen historisch te duiden.

2.b.3. Achtergrond van de vraagstelling

De achtergrond van de vragen van de staatssecretaris is dat er onduidelijkheid is gerezen over de vraag of voor een aantal zorgvormen een AWBZ-indicatie kan worden verstrekt of niet. De reden daarvoor waren praktische problemen die over de zorgverlening door een aantal instellingen zijn gerezen.

Een domeinduiding kan tot gevolg hebben dat zorg die van oudsher vanuit het ene domein wordt bekostigd, tot een ander domein blijkt te behoren. Zo'n duiding brengt ingrijpende consequenties met zich mee voor de indicatiestelling, bekostiging, zorginkoop, administratieve afwerking enzovoort. Dat maakt dat zo'n duiding uiterst zorgvuldig moet gebeuren, en dat de praktische consequenties ervan goed in beeld moeten worden gebracht. Een strikte domeinduiding zou wellicht verstreckende consequenties hebben. Die consequenties zijn nu niet goed te overzien.

3. Beantwoording van vragen

Het CVZ beoordeelt in dit rapport of de volgende zorgvormen te verzekeren prestaties in het kader van een van de wettelijke zorgverzekeringen (Zvw of AWBZ) zijn, en zo ja, ten laste van welk van beide die op dit moment komen:

3.a. Aanleren van communicatieve vaardigheden aan plotsdoven

Communicatieve vaardigheden voor (plots)doven is een verzamelbegrip dat verschillende interventies omvat. Het kan gaan om:

- het leren van spraakafzien;
- Nederlands met Gebaren²;
- Nederlandse Gebarentaal³;
- communicatievormen voor specifieke doelgroepen zoals vingerspelling en vierhandengebarentaal;
- het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen.

Hieronder gaat het CVZ nader op deze interventies in.

3.a.1. Het aanleren van spraakafzien

Audiologische centra leveren van oudsher het leren van spraakafzien (liplezen)⁴. Deze zorg was apart geregeld in de Zvw, en komt nu ten laste van de Zvw.

Het leren van spraakafzien is ook zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De omschrijving in het Besluit zorverzekering (Bzv) omvat logopedische zorg met een geneeskundig doel. Dit laat zich vertalen in zorg die zich specifiek richt op de articulatie, het slikken, de stem, de taal en het gehoor. Bij dit laatste gaat het behalve om bijvoorbeeld het oefenen van de stem en spraak bij mensen die zichzelf niet kunnen horen en het begeleiden van mensen die pas een gehoorapparaat hebben gekregen ook om de training in spraakafzien (liplezen) van slechthorenden en plots- en laatdoven.

3.a.2. Nederlands met Gebaren, Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen

Nederlandse Gebarentaal (NGT) en Nederlands met Gebaren (NmG) zijn alternatieve communicatievormen voor doven en slechthorenden.

Prelinguaal doven leren de NGT vaak van jongs af aan (op natuurlijke wijze als ze dove ouders hebben). Vaak is het hun eerste taal. Horende ouders kunnen de NGT vanaf de geboorte

² Bij Nederlands met Gebaren wordt gewoon Nederlands gesproken, waarbij de belangrijkste woorden worden ondersteund met gebaren.

³ Nederlandse Gebarentaal is een taal die volledig uit gebaren bestaat. Lichaamshouding, mimiek en mondbeeld spelen tevens een rol.

⁴ RZA 2005, 195

van hun kind (samen met hun kind) leren in de vanuit de AWBZ ingezette gezinsbegeleiding. Het aanleren van NGT is vaak onderdeel van het speciaal onderwijs. Voor zover dat niet het geval is, komt die zorg van oudsher ten laste van de AWBZ. Deze zorg valt nu onder artikel 8 Bza (behandeling). Dat geldt ook voor het aanleren van NGT aan de directe omgeving van de verzekerde, zoals ouders, gezinsleden en het directe sociale netwerk.

NmG is gebaseerd op de gesproken taal, waarbij de kernbegrippen ondersteund worden met gebaren. Plotsdoven gebruiken vaak NmG bij hun communicatie. Het aanleren van NmG aan doven, slechthorenden, plotsdoven en hun naasten, komt van oudsher ten laste van de AWBZ. Ook deze zorg valt onder artikel 8 Bza (behandeling).

Hetzelfde geldt voor het aanleren van andere alternatieve communicatievormen voor specifieke doelgroepen als vingerspellen en vierhandengebarentaal.

Het aanleren van NGT en NmG of een andere communicatievorm vergt een programmatische aanpak waarvoor deskundigheid op het niveau van een behandelaar noodzakelijk is. Deze zorg valt daarom onder de aanspraak op behandeling van artikel 8 Bza.

Het CVZ heeft begrepen dat in de praktijk het beeld bestaat dat AWBZ-behandeling altijd multidisciplinair zou moeten zijn, en het aanleren van NGT of NmG daarom niet geïndiceerd zou kunnen worden. Die stelling vindt geen basis in de wet. Ook als het aanleren van NGT of NmG monodisciplinair plaatsvindt, is het onderdeel van de aanspraak op behandeling.

3.a.3. Het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen

Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan hoort van oudsher tot de zorg van audiologische centra. Die zorg komt ten laste van de zorgverzekering.

Prelinguale doofheid

Het trainen van het hanteren van communicatieapparatuur in verband met andere zintuiglijke handicaps vereist vaak veel langdurige training. Dit is vaak anders geregeld. Het trainen van het omgaan met spraakcomputers, brailleapparatuur en dergelijke wordt meestal door AWBZ-instellingen geleverd.

3.b. Begeleiding bij “life-events” van doven en slechthorenden

Bij prelinguale doofheid is er vaak sprake van een spraaktaalachterstand. Vooral als (zoals vroeger gebruikelijk was) het dove kind met de Nederlandse (spreek)taal werd opgevoed. Een te arm taalaanbod kan leiden tot een ongenueanceerd (zwart-wit) begrippenkader. Door het ontbreken van “incidental learning” (toevallig leren), is er ook vaak een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling. En in de kennis van sociale codes en ongeschreven regels. Veel prelinguaal doven kunnen moeilijk omgaan met de complexiteit van de horende wereld. Het leren verloopt in kleine stapjes, en het omgaan met nieuwe situaties en levensvragen kan problematisch zijn⁵. Het begeleiden van deze prelinguaal doven vereist niet alleen voldoende kennis van gebarentaal, maar ook van hun achtergrond en manier van denken.

GGMD biedt een breed scala aan individuele en groepsgewijze begeleidingsmogelijkheden op verschillende levensterreinen. Ook geestelijke gezondheidszorg aan doven hoort tot het aanbod. Het gaat daarbij om geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zvw.

Over verwerkingsproblematiek bij “life-events” is het CVZ in eerdere rapporten al ingegaan⁶. Het is van belang onderscheid te maken tussen een verstoord en een normaal verwerkingsproces.

Life-events

3.b.1. Begeleiding bij een verstoord verwerkingsproces

Het doormaken van “life-events” hoort bij het normale leven. De verwerking van verlies, of het zich aanpassen aan een nieuwe situatie zijn normale processen. De meeste mensen hebben voldoende herstellend vermogen om zelfstandig, of met steun, begrip en erkenning vanuit de omgeving, een schokkende gebeurtenis of verlies te verwerken. De stressreacties nemen geleidelijk af en na enige tijd wordt het leven en werken er niet meer door gehinderd.

⁵ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ETC-Tangram, Leusden, drs. J. Spek, 29 oktober 2009.

⁶ Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, CVZ, 13-07-2006, onder 2.b.1. en de (bijlage bij) de beantwoording van de aanvullende vragen van VWS over de uitvoeringstoets OB/AB/BH, CVZ, 25148519

**Verstoord
verwerkingsproces**

Soms is de problematiek zo ernstig, of verloopt het verwerkings- of aanpassingsproces zodanig, dat specifieke professionele hulp noodzakelijk is in de vorm van eerstelijnspsychologie. Er moet dan wel een diagnose op as I en/of II van de DSM IV aanwezig zijn.

In sommige situaties kunnen levensvragen sluimerende psychiatrische problematiek luxeren. In die gevallen is een psychiatrische behandeling aangewezen.

Zorg zoals (klinisch) psychologen of psychiaters die plegen te bieden is te verzekeren zorg in het kader van de Zvw.

Het feit dat voor de psychologische en psychiatrische zorg aan doven specifieke deskundigheid over de doelgroep noodzakelijk kan zijn, is voor die duiding niet van belang. Het is aan de zorgverzekeraar om verantwoorde zorg in te kopen.

3.b.2. Begeleiding bij een normaal verwerkingsproces

Begeleiding bij de normale verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (life-events), is geen AWBZ-zorg. Voor zover de directe omgeving niet voorziet in de nodige steun, gaat het om psychosociale begeleiding, die sinds 1 januari 2008 geen onderdeel uitmaakt van de AWBZ. Als de begeleiding vanuit de directe omgeving tekortschiet, is wellicht een beroep op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mogelijk.

Dat kennis van de situatie van de doelgroep gewenst is om die psychosociale begeleiding te bieden, doet daar niet aan af. Ook voor andere doelgroepen met specifieke problematiek zoals patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), verstandelijk gehandicapten en mensen met psychiatrische problematiek geldt dat specifieke kennis nodig is van de doelgroep.

Het CVZ beseft dat het voorzien in begeleiding gericht op specifieke doelgroepen soms problemen oplevert. Er bestaan echter ook goede initiatieven zoals een dovenambassadeur en teletolken⁷. Het CVZ is niet bevoegd de uitvoering van de Wmo door gemeenten te sturen. De Wmo maakt geen uitzondering voor specifieke doelgroepen, gemeenten moeten zelf beleid maken voor die doelgroepen.

Doven en doofblinden behoren overigens tot de doelgroep van MEE, die hiervoor een aanbod zou moeten hebben.

⁷ <http://www.doof.nl/Gemeenten-vaak-slecht-toegankelijk-voor-doven-en-slechthorenden-2-1995.htm>

3.c. Leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière, en hyperacusis

Tinnitus is oorsuizen. Als er een oorzaak voor aan te wijzen is (bijvoorbeeld een vaatafwijking waardoor de eigen hartslag hoorbaar is), spreekt men van objectieve tinnitus. Vaak is er geen aanwijsbare oorzaak. Dan spreekt men van subjectieve tinnitus.

De ziekte van Ménière kenmerkt zich door de volgende drie symptomen: oorsuizen, duizelingen en gehoorverlies.

Bij hyperacusis worden normale geluiden als te sterk, onaangenaam of zelfs pijnlijk ervaren.

Het bieden van begeleiding aan mensen met problemen met de gehoorfunctie is een van de zorgvormen die audiologische centra van oudsher bieden. Het gaat daarbij om cursussen en individuele begeleiding voor het leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis. De verzekerde krijgt tips, adviezen en handvatten waardoor hij zo goed mogelijk met de symptomen kan functioneren. Deze zorg vindt plaats op grond van de Zvw.

3.d. Begeleiding bij zelfredzaamheid

Prelinguale doofheid kan gepaard gaan met stoornissen in de ontwikkeling van de communicatie, sociale vaardigheden, zelfstandigheid en weerbaarheid. Dit geldt vooral voor de huidige volwassenen, die in hun jeugd alleen de gesproken taal kregen aangeboden, en vaak ook opgroeiden in een overbeschermende omgeving⁸. Het is voor te stellen dat een deel van hen zodanige beperkingen heeft, dat ze voor hun dagelijkse leven zijn aangewezen op begeleiding.

De formulering van artikel 6 Bza maakt het mogelijk begeleiding die is gericht op het compenseren, behouden of verbeteren van de sociale redzaamheid van zintuiglijk gehandicapten ten laste van de AWBZ te leveren.

Het moet dan wel gaan om matige of zware beperkingen op een of meer van de in het eerste lid van dat artikel genoemde terreinen. Vooral zal het bij deze doelgroep gaan om problemen t.a.v. de sociale redzaamheid, psychisch functioneren, en misschien om probleemgedrag.

Als er dergelijke matige tot zware beperkingen aanwezig zijn, is er aanspraak op begeleiding die is gericht op een van de in het derde lid genoemde activiteiten.

⁸ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ECT-Tangram, Leusden, drs. J. Spek, 29 oktober 2009

3.d.1. Matige of zware beperkingen

Artikel 6 Bza stelt dat een verzekerde alleen aanspraak op begeleiding heeft, als er sprake is van matige of zware beperkingen op een of meer van de volgende terreinen:

- de sociale redzaamheid;
- het bewegen en verplaatsen;
- het psychisch functioneren;
- het geheugen en de oriëntatie;

of de verzekerde moet matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

Prelinguale doofheid leidt niet persé tot matige of zware beperkingen op een van de genoemde terreinen. Veel doven bewijzen dagelijks dat het, ondanks een ernstige gehoorstoornis, mogelijk is uitstekend te functioneren.

Zoals hierboven is beschreven, brengt (prelinguale) doofheid echter wel een risico met zich mee dat zich beperkingen ontwikkelen (of hebben ontwikkeld) op het terrein van de sociale redzaamheid en/of het psychisch functioneren. Op grond van artikel 6 Bza heeft de verzekerde aanspraak op begeleiding als die beperkingen matig of zwaar zijn.

Operationalisering “matige of zware beperking”

Vanuit de zintuiglijk gehandicaptensector is gesteld dat de manier waarop het CLZ vaststelt of er sprake is van matige of ernstige beperkingen, niet passend is voor zintuiglijk gehandicapten.

De operationalisering van het criterium “matige tot zware beperkingen” in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ kan daar inderdaad aanleiding toe zijn.

De operationalisering van “sociale redzaamheid” lijkt vooral te zijn gebaseerd op intellectuele vermogens. Die van “zich bewegen en verplaatsen” vooral op problemen in het bewegingsapparaat. Bij oriëntatiestoornissen lijkt vooral te zijn gedacht aan psychogeriatrische en psychiatrische problematiek.

De aanspraak op AWBZ-zorg is vastgelegd in het Bza. De wettelijke aanspraak op zorg kan niet op grond van beleidsregels worden beperkt.

Het CVZ adviseert de minister de operationalisering van de term “matige tot ernstige beperkingen” in de bestaande beleidsregels herkenbaarder te maken voor de specifieke problematiek van zintuiglijk gehandicapten. Desgewenst wil het CVZ daarbij hulp bieden.

3.e. Begeleiding van doofblinden

De aanspraak op begeleiding in het kader van de AWBZ is met ingang van 1 januari 2009 beperkt. Er moet sprake zijn van

matige tot ernstige beperkingen ten gevolgen van een van de AWBZ-grondslagen. Daarnaast is de aanspraak beperkt tot een van de activiteiten die zijn genoemd in artikel 6 lid 3 Bza:

- het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Maatschappelijke participatie is geen doelstelling meer van de AWBZ. Die komt ten laste van de Wmo.

Bij de indicatiestelling voor begeleiding van doofblinden bleek dat het indicatieorgaan de begeleiding buitenshuis interpreteerde als maatschappelijke participatie.

In overleg met het departement beoordeelt het CVZ hieronder of die interpretatie correct is.

Het beschrijft eerst de problematiek van doofblinden, en de operationalisering daarvan in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Daarna gaat het in op de relatie tussen zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

De conclusie is dat begeleiding bij de zelfredzaamheid een voorwaarde is voor maatschappelijke participatie. Op die begeleiding heeft de verzekerde aanspraak. De omvang waarin dat het geval is, is afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde.

3.e.1. Doofblindheid

Het Platform Doofblindheid heeft in 1999 doofblindheid als volgt gedefinieerd:

Definitie doofblindheid

Doofblindheid is een combinatie van doofheid/slechthorendheid en blindheid/slechtziendheid. Doofblindheid belemmert mensen in hun communicatie, het verwerven van informatie en de mobiliteit. Zonder aanpassingen, hulpmiddelen en/of ondersteuning van anderen kunnen doofblinde mensen niet vanzelfsprekend deelnemen aan het dagelijkse en het maatschappelijke leven".

De medische definitie beschrijft doofblindheid in termen van gehoorverlies in combinatie met een visusverlies in scherpzien en/of een gezichtsveldbeperking:
doofblind is een gehoorverlies van 35 decibel of meer, een gezichtsverlies in scherpzien van 0.30 of minder en/of een gezichtsveld van 30° of minder.

Prevalentie

Er zijn in Nederland tussen de 33.000 en 38.000 doofblinden, waarvan ongeveer 100 doofblind zijn geboren. Tussen de 30.000 en 35.000 mensen zijn na hun 55-ste doofblind geworden, ongeveer 1000 mensen daarvoor. Ruim 3500 doofblinden hebben ook een verstandelijke handicap⁹¹⁰.

De ernst van de beperkingen varieert van slechthorendheid in combinatie met slechtziendheid tot totale doofheid en blindheid.

Divers beperkingenbeeld

De manier waarop en de mate waarin individuen beperkingen ervaren in hun dagelijks leven, is afhankelijk van veel factoren. Het is van belang in welke mate iemand doof en blind is, en of het gaat om aangeboren stoornissen of verworven stoornissen. Ook is de progressie van belang: was er eerst sprake van slechthorendheid/doofheid of van slechtziendheid/blindheid, hoe en in welk tempo treedt verslechtering op. Daarnaast zijn persoonlijke kenmerken, zoals bijkomende beperkingen, karaktereigenschappen en intelligentie van belang, en speelt ook de sociale omgeving een belangrijke rol. Er is dan ook geen algemeen beperkingenpatroon te beschrijven. Beperkingen betreffen vooral de communicatie, informatie, mobiliteit, en snelle vermoeidheid omdat elke handeling veel concentratie vereist. Kleine veranderingen in de dagelijkse omgeving vragen veel aanpassingsvermogen. Hoe de objectieve beperkingen in de praktijk uitwerken, is voor iedere doofblinde verschillend, en varieert in de tijd. Er zijn geen standaardoplossingen.

3.e.2. Matige of zware beperkingen

Dat doofblindheid leidt tot matige tot zware beperkingen ten aanzien van de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, en de oriëntatie, is evident.

Afhankelijk van ontstaan en achtergrond van de problematiek, bijkomende beperkingen en omstandigheden kan er daarnaast sprake zijn van beperkingen in het psychisch functioneren en kan er sprake zijn van probleemgedrag.

In paragraaf 4.d.1. is het CVZ ingegaan op de operationalisering van de term “matige of ernstige beperkingen” in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010. Deze is niet goed toegesneden op de specifieke problematiek van zintuiglijk gehandicapten.

Een aandachtspunt daarbij is, dat de beperkingen waarmee doofblinden in het dagelijks leven worden geconfronteerd, geen optelsom zijn van de auditieve en visuele beperkingen. De combinatie van beide maakt de beperkingen veel

⁹ Prevalentie van doofblindheid in Nederland, NIZW, Vaal en Schipppper, 2005

¹⁰ Ouderdomsdoofblindheid in Nederland, EMGO/LASA- VU Medisch Centrum, Vaal en Deeg, 2005

complexer.

Hun beperkingen beïnvloeden elkaar negatief. Doofblinde mensen nemen de omgeving verbrokken waar. In de dagelijkse praktijk hebben zij moeite met het vergaren van informatie, communicatie, en oriëntatie in de ruimte¹¹.

**Maatschappelijke
participatie geen
doel van de AWBZ**

3.e.3. Maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid

Met ingang van 1 januari 2009 is de aanspraak op begeleiding vanuit de AWBZ beperkt. Uit de toelichting bij het wijzigingsbesluit blijkt dat de wetgever vindt dat "maatschappelijke participatie niet tot de onbetwistbare AWBZ-zorg, en derhalve niet tot het domein van de AWBZ" behoort. "Het schrappen van de participatiedoelstelling betekent dat geen begeleiding meer wordt geïndiceerd die uitsluitend is gericht op maatschappelijke integratie." "De nieuwe functie begeleiding wordt uitsluitend gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid...."

Deze toelichting maakt het van belang duidelijkheid te scheppen over de vraag wat precies onder de termen "maatschappelijke participatie" en "zelfredzaamheid" moet worden verstaan, en hoe die zich tot elkaar verhouden.

Beide termen zijn noch in het Bza, noch in de Wmo gedefinieerd. Hieronder gaat het CVZ eerst in op deze termen. Daarna geeft het aan hoe die zich tot elkaar verhouden.

Definitie

3.e.4. Maatschappelijke participatie

Het RIVM verwijst in een rapport uit 2005¹² naar een aantal definities van maatschappelijke participatie. Een eenduidige definitie is er niet, en voor zover er definities bestaan blinken ze niet uit in scherpte. Zo lijkt de definitie van de WHO een cirkelredenering. De WHO definieert maatschappelijke participatie als deelname aan het maatschappelijk verkeer. Het RIVM operationaliseert maatschappelijke participatie dan ook (in navolging van de SCP) aan de hand van activiteiten.

Het stimuleringsprogramma Sociale cohesie¹³ definieert maatschappelijke participatie als: "de bijdrage van een individu aan de vorming en instandhouding van een systeem, zij het een groep, een organisatie, of een samenleving".

Het Verweij-Jonker Instituut gaat in een rapport van 2008¹⁴ ook in op de definitie van maatschappelijke participatie. De definitie die het aan maatschappelijke participatie geeft is: "het feit dat mensen actief zijn in vrijwillige organisaties om hun

¹¹ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ECT Tangram, 29 oktober 2009

¹² Rapport "Gezond actief, de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen, RIVM rapport 270054001/2005.

¹³ Stimuleringsprogramma Sociale Cohesie, 2000

¹⁴ "Als een steen in de Vijver", analysekader en casestudyprotocol voor de evaluatie van het Fonds Maatschappelijke Ontwikkeling, Boogers c.s. november 2008

eigen of meer algemene verlangens of belangen te behartigen”.

Onder een samenleving wordt in de sociologie het volgende verstaan: “een groep mensen die samen een halfgesloten systeem vormen en waarbinnen wisselwerking bestaat tussen de leden die van die groep deel uitmaken. Hoewel de mens ook samenleeft met dieren en dingen, staat het netwerk van relaties tussen mensen centraal. De samenleving is het studieobject par excellence van de sociologie. Afhankelijk van de context kan men het begrip samenleving beperken of uitbreiden met minimaal twee personen tot bijvoorbeeld een gezin, woongemeenschap, stad, staat of de gemeenschap van alle mensen.”

Het begrip maatschappij valt grotendeels samen met de notie samenleving, maar legt meer de nadruk op institutionele, ordenende aspecten van de samenleving: de staat en de staatsapparaten. Daarmee is het ook een meer territoriumgebonden begrip dan samenleving.

De maatschappij is dus op te vatten als dat deel van de samenleving waarin relaties niet zijn gebaseerd op persoonlijke verhoudingen, zoals in het gezin, leefeenheid, vriendenkring, familie e.d. maar op gezamenlijke belangen en interesses, zoals sport, politiek, cultuur, arbeid of onderwijs.

3.e.5. Zelfredzaamheid

Ook zelfredzaamheid is geen eenduidig gedefinieerd begrip. Van Daele omschrijft het als het vermogen zonder professionele zorg te leven.

Andere definities zijn:

- vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken en vermogen om sociaal te kunnen functioneren¹⁵.
- het zichzelf kunnen redden, kunnen helpen, bijv. van patiënten¹⁶.
- activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) kunnen uitvoeren (ergotherapie). Het gaat om zaken als wassen, eten, aankleden e.d.

¹⁵ www.thesauruszorgenwelzijn.nl

¹⁶ www.ecyclo.nl

Zelfredzaamheid is volgens het NIZW (nu Vilans) het vermogen om dagelijks algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bv. wassen, aankleden en koken. Daarnaast onderscheidt Vilans het begrip "psychosociale zelfredzaamheid": het vermogen tot sociaal functioneren in de dagelijkse leefsituaties, zoals thuis, bij winkelen, vrijetijdsbesteding, in relatie met vrienden, collega's enz.

Het CVZ heeft in RZA 2006, 39 zelfredzaamheid gekoppeld aan de ICF¹⁷. Deze analyse is ook opgenomen in het AWBZ-Kompas. Het blijkt dat ook de ICF behulpzaam kan zijn om de inhoud van zelfredzaamheid te verduidelijken.

3.e.6. Verhouding tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid

Formele en informele verbanden

Het onderscheid tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid is in de kern als volgt te karakteriseren: zelfredzaamheid betreft het persoonlijk functioneren in de dagelijkse persoonlijke leefsituaties. Maatschappelijke participatie betreft de deelname aan niet-persoonlijke (min of meer formele) verbanden, op basis van gemeenschappelijke belangen en interesses.

Dit onderscheid betekent dat niet de plaats waar de verzekerde zich bevindt, bepalend is, maar de aard van zijn activiteiten. Niet alle activiteiten buitenshuis zijn maatschappelijke participatie. Van maatschappelijke participatie is alleen sprake als de activiteiten erop zijn gericht deel te nemen aan min of meer formele maatschappelijke verbanden.

Begeleiding voorwaarde voor participatie

Er zijn situaties waarin zonder meer duidelijk is dat het alléén gaat om zelfredzaamheid of alléén om maatschappelijke participatie. Maar vaak dat onderscheid is minder scherp. Een bepaalde mate van zelfredzaamheid is een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Bij somatische aandoeningen vallen bijvoorbeeld eten, drinken en toiletgang onder zelfredzaamheid. Dat geldt bij doofblindheid voor het communiceren, het herkennen van objecten, oriëntatie op straat en in openbare gebouwen etc.

Soms is de zelfredzaamheid die nodig is tijdens maatschappelijke participatie te verhelpen met hulpmiddelen (bril, blindenstok, blindengeleidehond, ringleiding, etc.), of ligt het voor de hand dat de omgeving zich enigszins aanpast of hand- en spandiensten verleent. Als er geen technische oplossingen voorhanden zijn, moet de compensatie ervan door mensen gebeuren. Bijvoorbeeld door de Begeleidersvoorziening doofblinden, die al jarenlang een vertrouwde en noodzakelijke voorziening voor de doofblinden in Nederland is. Voor wat betreft de AWBZ gaat het dan om de

¹⁷ International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Geneva 2001

functies persoonlijke verzorging en/of begeleiding.

3.e.7. De omvang van de aanspraak

De omvang van de aanspraak op zorg wordt bepaald door artikel 2 lid 1 Bza. Er bestaat aanspraak op AWBZ-zorg voor zover die niet op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw kan worden bekostigd. Ook moet de verzekerde redelijkerwijs, en “mede uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening” op de zorg zijn aangewezen.

Geen absolute bovengrens

Het Bza bevat geen andere absolute bovengrens voor de omvang van de zorg. De bovengrens van de aanspraak wordt vooral bepaald door het begrip “redelijkerwijs zijn aangewezen op”.

In de Beleidsregels Indicatiestelling 2010 is uitgewerkt hoe het indicatieorgaan bepaalt op welke zorg de verzekerde is aangewezen. In paragraaf 4.1 staat een normering van de omvang. Deze normering wordt gepresenteerd als een maximum omvang.

Beperking van de aanspraak is alleen in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) mogelijk, niet door middel van beleidsregels¹⁸. De normeringen die in de beleidsregels zijn opgenomen zijn geen absolute maxima. Als de verzekerde aantoonbaar op meer zorg is aangewezen, moet het indicatieorgaan dat indiceren. Op dit moment lijkt 10 uur per week het maximum aantal uren te zijn. In een aantal gevallen kan dit voldoende zijn, maar er zijn ook situaties (bijvoorbeeld bij vrijwel volledige doofheid en blindheid bij een alleenstaande) waar dit kennelijk onvoldoende is.

Standaardoplossing niet mogelijk

In paragraaf 4.d.1. is beschreven dat de beperkingen waarmee doofblinden worden geconfronteerd heel divers zijn, en dat standaardoplossingen niet bestaan.

Een harde normering voor de omvang is daarom niet mogelijk. De omvang waarop een doofblinde verzekerde is aangewezen kan niet anders dan individueel worden bepaald. Het is zinvol handvatten te maken welke activiteiten in ieder geval mogelijk moeten zijn.

¹⁸ Zie voor de juridische onderbouwing daarvan het advies van het CVZ over de beleidsregels indicatiestelling 2010, kenmerk ZA/29120020, op 30 november 2009 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS.

4. Conclusies

Hieronder geeft het CVZ per zorgvorm kort de conclusies weer die uit het vorige hoofdstuk volgen.

4.a. Het aanleren van communicatieve vaardigheden aan plotsdoven

4.a.1. Het leren van spraakafzien

Het leren van spraakafzien is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geleverd. Het is ook zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg komt ten laste van de Zvw.

4.a.2. Nederlands met Gebaren, Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen

Het aanleren van Nederlands met Gebaren, Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen voor specifieke doelgroepen, zoals vingerspellen en vierhandengebarentaal, valt onder de functie behandeling van de AWBZ.

Die behandeling kan ook monodisciplinair zijn.

4.a.3. Het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen

Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geleverd. De zorg komt ten laste van de Zvw.

Het trainen van het hanteren van andere communicatieapparatuur is vaak anders geregeld. Meestal wordt dat door AWBZ-instellingen geleverd.

4.b. Begeleiding bij “life-events” bij doven en slechthorenden

Als er sprake is van een verstoord verwerkingsproces bij een ingrijpende gebeurtenis, en er een diagnose is op as I en/of II van de DSM IV kan de verzekerde zijn aangewezen op eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4. Bzv.

Begeleiding bij een normaal verwerkingsproces is geen Zvw-zorg, maar ook geen AWBZ-zorg.

Gemeenten maken in het kader van de Wmo beleid in hoeverre en hoe zij hun burgers hierbij ondersteuning bieden.

Doven horen ook tot de doelgroep van MEE, dat hiervoor een aanbod zou moeten hebben.

4.c. Leren omgaan met tinnitus, M. Ménière en hyperacusis

Begeleiding bij het leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière of hyperacusis is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geboden. De zorg komt ten laste van de Zvw.

Over de nieuwe behandeling van subjectieve tinnitus door Adelante heeft het CVZ in een apart rapport vastgesteld dat die onvoldoende bewezen effectief is. Die behandeling komt noch ten laste van de Zvw, noch van de AWBZ.

4.d. Begeleiding bij zelfredzaamheid

Vooraf prelinguale doofheid kan gepaard gaan met zodanige beperkingen in de zelfredzaamheid dat de verzekerde is aangewezen op begeleiding. De formulering van artikel 6 Bza maakt dat mogelijk.

Het CVZ constateert dat de operationalisering van de beperkingen in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010 niet goed is toegesneden op zintuiglijk gehandicapten. Het adviseert de Minister de beleidsregels herkenbaarder te maken voor zintuiglijke handicaps. Het gaat vooral om de dimensies sociale zelfredzaamheid, bewegen en verplaatsen en oriëntatie. Desgewenst wil het CVZ daarbij ondersteuning bieden.

4.e. Begeleiding van doofblinden

Een bepaalde mate van zelfredzaamheid is een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Die zelfredzaamheid is geen onderdeel van de maatschappelijke participatie, maar van het persoonlijk functioneren. Bij doofblindheid bieden hulpmiddelen en andere voorzieningen vaak onvoldoende compensatie, en is daar alleen door middel van een persoonlijke begeleider in te voorzien. Die compensatie van zelfredzaamheid komt (bij matige of ernstige beperkingen) ten laste van de AWBZ.

Omdat de beperkingen waarmee doofblinden worden geconfronteerd heel divers zijn, en nog meer dan bij andere aandoeningen afhangen van allerlei persoonlijke omstandigheden is de bepaling van de omvang van de begeleiding altijd een individuele beoordeling.

5. Consequenties voor de uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk gaat het CVZ in op de gevolgen van bovenstaand standpunt voor de uitvoeringspraktijk.

5.a. Aanspraak op zorg

In dit rapport geeft het CVZ aan welke zorgvormen ten laste van de Zvw en welke ten laste van de AWBZ komen.

5.b. Indicatiestelling AWBZ

Dit rapport geeft voor indicatiestellers AWBZ handvatten om te bepalen of een verzekerde recht heeft op behandeling en/of begeleiding ten laste van de AWBZ.

De operationalisering van de begrippen “matige” en “zware” beperkingen, zoals die in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010 is uitgewerkt, sluit niet goed aan bij de doelgroepen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Tot die operationalisering is aangepast, moeten indicatiestellers beide begrippen in de geest van de regelgeving interpreteren.

Individuele beoordeling

Voor de omvang van de begeleiding bij doofblinden is geen algemene normering mogelijk. De indicatie moet naar redelijkheid worden vastgesteld. Dit moet echter niet tot gedetailleerde regelgeving leiden.

5.c. Zorginkoop en zorglevering

Historisch gegroeid

De zorg aan zintuiglijk gehandicapten is (historisch gegroeid) deels in de Zvw, en deels in de AWBZ gepositioneerd.

Voor zover aanbieders zorg vanuit zowel het Zvw- als het AWBZ-domein leveren, moeten ze zowel met het (regionale) zorgkantoor, als met de zorgverzekeraars overeenkomsten aangaan.

Specifieke zorg

Niet iedereen is in staat om met doven te communiceren. Dat geldt nog sterker bij doofblinden. Het gaat dan om heel specifieke zorg waarvoor een beperkt aantal gespecialiseerde instellingen bestaat. Het CVZ heeft in contacten met het veld begrepen dat die niet altijd voldoende capaciteit hebben om in de vraag naar gespecialiseerde begeleiding te voorzien. Het lijkt daarom noodzakelijk het aanbod van gespecialiseerde begeleiding te vergroten.

6. Vaststelling rapport

Vastgesteld op 25 mei 2010

College voor zorgverzekeringen

Lid Raad van Bestuur

dr. A. Boer

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Standpunt

Multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus

Uitgave

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

Volgnummer

2010029390

Afdeling

Zorg Advies

Auteur

drs. A.M. Hopman

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 01

Bestellingen

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

Samenvatting

Vraag Staatssecretaris	In haar brief van 2 september 2009 ¹ vraagt de Staatssecretaris van VWS aan het CVZ een aantal zorgvormen voor zintuiglijk gehandicapten te duiden. Onder andere gaat het om de vraag of de dienstverlening zoals het audiologisch centrum van Adelante Zorggroep die levert aan mensen die leiden aan ernstig oorsuizen (tinnitus), onder de te verzekeren zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ valt.
Onderzochte interventie	Het behandelprogramma dat Adelante aanbiedt, betreft een viertal onderscheiden behandelprogramma's, die worden ingezet afhankelijk van de ernst van de klachten. De programma's beginnen met audiologische diagnostiek en bestaan verder uit counseling, begeleiding, een gedragstherapeutische aanpak (cognitieve gedragstherapie, CGT), en elementen van tinnitus retraining therapie (TRT). TRT bestaat uit directieve counseling, aangevuld met acoustische therapie, waarbij witte-ruisgeneratoren ingezet worden. Dit zijn instrumenten die te vergelijken zijn met tinnitusmaskeerders.
Achtergrondstudie	Het CVZ heeft een achtergrondstudie verricht naar de effectiviteit van deze interventie. De conclusie hiervan is dat deze niet bewezen effectief is, en niet voldoet aan het criterium "stand van de wetenschap en praktijk".
Standpunt	Het CVZ neemt daarom het standpunt in dat de interventie geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw of de AWBZ is.
Consequentie	ZON-MW financiert onderzoek naar de effectiviteit van deze interventie. Dit onderzoek komt in het gedrang, doordat de te onderzoeken behandeling geen te verzekeren prestatie is. In dit verband wijst het CVZ op het onlangs uitgebrachte rapport "Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket" ² . Indien de minister dit advies aanvaardt zijn er wellicht mogelijkheden voor financiering. Daarbij benoemt het CVZ zes toegangscriteria voor interventies om in aanmerking te komen voor deze mogelijkheid van voorwaardelijke financiering.

¹ Brief van de Staatssecretaris van VWS aan CVZ dd 2 september 2009, kenmerk DLZ/KZ-U-2953579

² Rapport CVZ: Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket, op 1 december 2009 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

1. Inleiding

Vraag Staatssecretaris

In haar brief van 2 september 2009³ vraagt de Staatssecretaris van VWS aan het CVZ een aantal zorgvormen te duiden. De staatssecretaris vraagt onder andere of de behandeling van ernstig oorsuizen (tinnitus) zoals het audiologisch centrum van Adelante Zorggroep die levert behoort tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ.

In dit rapport duidt het CVZ deze behandeling. Op de overige vragen van de staatssecretaris gaat het CVZ in een apart rapport in.

Naar aanleiding van dit verzoek heeft het CVZ gesproken met Adelante. In dat gesprek is afgesproken dat de instelling achtergrondinformatie over de aard en vorm van de interventie zou sturen, aangevuld met de beschikbare literatuur over de effectiviteit ervan, zodat het CVZ zo snel mogelijk zou kunnen duiden of het gaat om te verzekeren zorg in het kader van de AWBZ of Zvw.

Behandelprogramma

Het behandelprogramma dat Adelante aanbiedt, betreft een viertal onderscheiden behandelprogramma's, die worden ingezet afhankelijk van de ernst van de klachten. De programma's beginnen met audiologische diagnostiek en bestaan verder uit counseling, begeleiding, een gedragstherapeutische aanpak (cognitieve gedragstherapie, CGT), en elementen van tinnitus retraining therapie (TRT). TRT bestaat uit directieve counseling, aangevuld met acoustische therapie, waarbij witte-ruisgeneratoren ingezet worden. Dit zijn instrumenten die te vergelijken zijn met tinnitusmaskeerders.

Het CVZ heeft op grond van de door Adelante aangeleverde literatuur en een eigen literatuursearch de evidence voor de effectiviteit van de interventie beoordeeld. Omdat zowel voor de Zvw als voor de AWBZ geldt dat een interventie voldoende bewezen effectief moet zijn, heeft het CVZ de interventie zowel in het kader van de AZvw als van de AWBZ beoordeeld. Omdat de Zvw voorgaat op de AWBZ is daarbij die volgorde aangehouden.

Omdat op dit moment onvoldoende evidence voor de effectiviteit van de interventie bestaat, is de vraag tot welk domein de zorg zou behoren, niet aan de orde. Die gaat pas spelen als er wél voldoende evidence beschikbaar komt.

ZON-MW financiert een wetenschappelijk onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de interventie. De beoordeling van het

³ Brief van de Staatssecretaris van VWS aan CVZ dd 2 september 2009, kenmerk DLZ/KZ-U-2953579

CVZ is altijd een actuele beoordeling. Lopend onderzoek neemt het CVZ niet mee in zijn beoordeling.

Leeswijzer

Hieronder geeft het CVZ eerst de relevante regelgeving weer uit de Zvw, en gaat het in op de criteria “plegen te bieden” en “stand van de wetenschap en praktijk” (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 gaat het in op de vraag of het hier gaat om zorg in het kader van de AWBZ. Daarvoor geeft het rapport eerst de relevante regelgeving weer, en beoordeelt op grond daarvan of het gaat om AWBZ-zorg. Hoofdstuk 4 geeft het standpunt van het CVZ weer, en hoofdstuk 5 gaat in op de uitvoeringsconsequenties.

2. Beoordeling standpunt

Zorgverzekeringswet	2.a. Relevante regelgeving Op grond van artikel 10 Zvw is geneeskundige zorg een te verzekeren risico krachtens de Zorgverzekeringswet.
Besluit zorgverzekering	De te verzekeren prestaties zijn in het Besluit zorgverzekering (Bzv) uitgewerkt. In het kader van deze beoordeling zijn artikel 2.1 onderdeel 2 en artikel 2.4 van dit besluit van belang. Artikel 2.1. onderdeel 2 luidt als volgt: De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voor zover voor deze duiding van belang, luidt artikel 2.4 Bzv als volgt: Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, (.....). Op grond van deze regelgeving behoort een bepaalde zorgvorm alleen tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, als die voldoet aan de criteria “stand van de wetenschap en praktijk” en “plegen te bieden”. Hieronder gaat het CVZ nader in op beide criteria, en toetst het in hoeverre de multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus, zoals Adelante die aanbiedt, tot de te verzekeren zorg in het kader van de Zvw hoort.
Literatuursearch	2.b. Stand van de wetenschap en praktijk Bij de beoordeling of een bepaalde zorgvorm voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk volgt het CVZ de principes van de Evidence Based Medicine (EBM). In het rapport “Beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk” ⁴ heeft het CVZ dit verder uitgewerkt.
	Het CVZ heeft een literatuursearch gedaan naar de effectiviteit van de tinnitusbehandeling zoals Adelante die aanbiedt. Ook is een update verricht van de review die Adelante heeft aangeboden.
	In de achtergrondstudie die als bijlage bij dit rapport is gevoegd, is beoordeeld of er voldoende evidence voor de effectiviteit van deze behandeling is.

⁴ Rapport “Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk”, op 2 november 2007 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS, publicatienummer 254

***Onvoldoende
evidence***

De conclusie van de achtergrondstudie is dat multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus, in de vorm zoals Adelante die aanbiedt, niet bewezen effectief is, en niet voldoet aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk”.

2.c. Plegen te bieden

Het CVZ beoordeelt of een bepaalde zorgvorm voldoet aan het criterium “plegen te bieden” aan de hand van het rapport Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’⁵.

Zorg die “pleegt te worden geboden” betreft –kort gesteld- zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg, en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

In de regel kan aan de hand van richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep “pleegt te bieden”.

2.d. Beoordeling

Alleen zorg die zowel voldoet aan het criterium “plegen te bieden” als aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk” valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

***Geen te verzekeren
prestatie***

Omdat de behandeling die Adelante aanbiedt niet bewezen effectief is, en niet voldoet aan het criterium “stand van de wetenschap en de praktijk”, is het geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Het CVZ komt daarom niet toe aan een oordeel of het gaat om zorg die pleegt te worden geboden door een van de in artikel 2.4. Bzv genoemde beroepsgroepen.

Mocht in de toekomst voldoende evidence beschikbaar komen voor de effectiviteit van de interventie, dan is de vraag of het gaat om zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden wél aan de orde. Het CVZ stelt daarover in ieder geval vast dat de zorg van audiologische centra, die voorheen in de Ziekenfondswet apart was geregeld, in de Zvw onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4 Bzv valt.

⁵ Rapport Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’, op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van VWS, publicatienummer 268

3. Beoordeling standpunt AWBZ

3.a. Relevante regelgeving

In het kader van de beoordeling of de behandeling van subjectieve tinnitus zoals Adelante die aanbiedt, een te verzekeren prestatie in het kader van de AWBZ is, is de volgende regelgeving van belang:

- artikel 2 lid 1 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)
- artikel 2 lid 2 Bza
- artikel 8 Bza
- Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Besluit zorgaanspraken AWBZ

Op grond van artikel 2 lid 1 Bza bestaat er geen aanspraak op AWBZ-zorg als de zorg kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling.

Op grond van artikel 2 lid 2 Bza bestaat er alleen aanspraak op AWBZ-zorg als de verzekerde daar, mede op grond van doelmatige zorgverlening, op is aangewezen. Het CVZ heeft eerder het standpunt ingenomen dat zorg die onvoldoende bewezen effectief is, geen doelmatige zorg is. Daarop bestaat geen aanspraak⁶.

Artikel 8 Bza bepaalt dat de aanspraak op behandeling de behandeling omvat van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van (...) een zintuiglijke handicap (...).

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010

In de beleidsregels indicatiestelling AWBZ die de minister van VWS op grond van artikel 11 Zorgindicatiebesluit heeft vastgesteld, is in Bijlage 2 de grondslag auditief-communicatieve handicap vastgesteld. Dit is een specifieke vorm van de grondslag zintuiglijke handicap.

3.b. Beoordeling

Hierboven heeft het CVZ vastgesteld dat de interventie geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw is. Daarom is het van belang te beoordelen of de interventie kan worden bekostigd op grond van de AWBZ.

Onvoldoende bewezen effectief

Uit de achtergrondstudie die het CVZ heeft verricht blijkt dat de zorg die Adelante biedt, niet bewezen effectief is. Op grond van artikel 2 lid 2 Bza bestaat daarom geen aanspraak op deze zorg in het kader van de AWBZ.

⁶ RZA 2006/36 en Rechtbank Leeuwarden 20 februari 2008, *LJN* BC4605, *RZA* 2008,48, met noot van J.Hallie

<i>Geen grondslag</i>	<i>3.b.1. Artikel 2 lid 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ</i> De zorg die Adelante aanbiedt is gericht op tinnitus. Adelante is een instelling die zorg aan zintuiglijk gehandicapten aanbiedt, in het bijzonder aan mensen met een auditief-communicatieve stoornis. Tinnitus valt als zodanig niet onder de definitie van de grondslag auditief-communicatieve stoornis zoals die in Bijlage 2 van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ is geformuleerd. Mocht in de toekomst voldoende evidence beschikbaar komen voor de effectiviteit van de interventie, dan bestaat er geen aanspraak op grond van de AWBZ, omdat die niet is gericht op een AWBZ-grondslag.

4. Standpunt

Geen te verzekeren prestatie

De multidisciplinaire behandeling van subjectieve tinnitus zoals die door Adelante wordt aangeboden, is geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet. Er is onvoldoende evidence voor de effectiviteit ervan.

Vanwege het ontbreken van voldoende evidence voor de effectiviteit is er ook geen aanspraak op die zorg in het kader van de AWBZ.

De zorg is niet gericht op een AWBZ-grondslag. Mocht in de toekomst voldoende evidence beschikbaar komen voor de effectiviteit van deze zorg, valt die niet onder de functie behandeling in het kader van de AWBZ.

Als er voldoende evidence voor de effectiviteit beschikbaar is, moet worden beoordeeld of de zorg voldoet aan het criterium "plegen te bieden" van artikel 2.4 Bzv.

5. Consequenties

Voor de behandeling van subjectieve tinnitus die Adelante biedt, werd tot begin 2009 AWBZ-zorg geïndiceerd. Vanaf 1 januari 2009 is dat niet meer het geval, omdat het volgens het Centrum Indicatiestelling Zorg niet gaat om AWBZ-zorg. Gezien de conclusie van dit rapport is dat terecht. Er is meer evidence nodig voor de effectiviteit ervan. Daarbij gaat het eerder om Zvw-zorg dan om AWBZ-zorg.

Onderzoek naar effectiviteit

Door ZON-MW is onderzoeksbudget ingezet om de (kosten)effectiviteit van de tinnitusbehandeling van Adelante te onderzoeken. De kosten van de feitelijke behandeling vallen niet onder dat budget. Nu is gebleken dat (juist vanwege het ontbreken van voldoende evidence voor de effectiviteit) de behandeling geen verzekerde zorg is, is de consequentie dat het onderzoek wellicht niet tot een goed einde kan worden gebracht. De instelling heeft de zorg lange tijd voor eigen rekening geleverd, maar kan daar uiteraard niet mee doorgaan. De FENAC vraagt in zijn reactie op het conceptrapport aandacht voor het feit dat het onderzoek zo in het gedrang komt.

Voorwaardelijke financiering

Op 1 december 2009 heeft het CVZ het rapport "Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket" uitgebracht⁷ aan de minister van VWS. In dit rapport adviseert het CVZ voor een subsidieregeling in het leven te roepen om innovatieve zorg waarvoor nog geen voldoende evidence beschikbaar is tijdelijk te financieren. Als voorwaarde geldt dan dat in die periode de effectiviteit wordt onderzocht. Met de nu geldende wet- en regelgeving ziet het CVZ geen mogelijkheid de behandeling zoals Adelante die aanbiedt, te bekostigen.

Als uit het onderzoek, of uit andere bronnen, voldoende evidence voor de effectiviteit van de interventie beschikbaar komt, komt de vraag aan de orde of de zorg tot het domein van de Zvw of van de AWBZ hoort. Gezien de aard van de zorg (leren omgaan met tinnitus) lijkt het vooral te gaan om Zvw-zorg.

⁷ Rapport CVZ: Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket, op 1 december 2009 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 19 april 2010.

College voor Zorgverzekeringen,

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder
het cvz/publicaties/standpunten

Standpunt

Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek

Volgnummer	2010035260
Afdeling	Zorgadvies
Auteur	mw. S. Kleijnen MSc, mw. J. Derksen, gynaecoloog, mw. mr. B. Blekkenhorst
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 8959

Samenvatting

Osteoporotische compressie wervelfracturen komen steeds meer voor (vergrijzing) en kunnen leiden tot ernstige morbiditeit en een toenemend beroep op de voorzieningen binnen de gezondheidszorg.

Vertebroplastiek (VP) en ballonkyphoplastiek (BK) zijn percutane invasieve technieken voor de behandeling van compressie wervelfracturen die klachten geven. Het CVZ heeft beoordeeld of VP en BK tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.

Twee onafhankelijke dubbelblinde placebogecontroleerde studies naar de effectiviteit van VP bij de behandeling van osteoporotische wervelcompressiefracturen komen tot de conclusie dat de VP en de sham operatie eenzelfde positief effect hebben op pijnvermindering en toename van mobiliteit. Deze resultaten bevestigen de bevindingen bij eerder onderzoek van lager niveau van bewijs, waarin VP wel effectief leek, niet, maar trekken deze ernstig in twijfel. In wetenschappelijke tijdschriften en in de reacties van sommige door CVZ geconsulteerde wetenschappelijke verenigingen is dan ook uitgebreid gereageerd. Hierbij uit men kritiek op de methodologische kwaliteit van de twee A2 studies en twijfelt men aan de generaliseerbaarheid van de conclusies. Het CVZ is echter van oordeel dat door de beide RCT's op zijn minst ernstige twijfel is ontstaan over de effectiviteit van VP en BK en dat onderzoek van vergelijkbaar niveau nodig is om de conclusies ervan eventueel te weerleggen.

Conclusie CVZ

De conclusie van het CVZ is dat VP en BK niet voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen te verzekeren zorg zijn volgens de Zorgverzekeringswet.

1. Inleiding

	1.a. Aanleiding
Historie	In juni 2008 heeft het CVZ geconcludeerd dat tot het verschijnen van valide data van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek ballonkyphoplastiek (BK) bij symptomatische compressie wervelfracturen niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Vertebroplastiek (VP) is nog niet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' getoetst.
Aanleiding	In februari 2009 zijn de 1-jaars data van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) gepubliceerd waarin BK vergeleken wordt met conservatieve behandeling. Daarnaast zijn in augustus 2009 twee dubbelblinde RCT's gepubliceerd waarin VP is vergeleken met placebo ('sham' ^a operatie) bij patiënten met osteoporotische wervelfracturen. Dit vormt voor het CVZ aanleiding tot een (her)beoordeling van beide technieken.
	1.b. Vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek
Vertebroplastiek	Naast de conservatieve behandelingen worden ook minimaal invasieve behandelingen toegepast bij de behandeling van symptomatische compressie wervelfracturen. Bij percutane vertebroplastiek (VP) wordt cement (bijvoorbeeld PolyMethylMethAcrylaat = PMMA) ingebracht in het ingezakte wervellichaam. Het doel is het bewerkstelligen van pijnreductie door mechanische stabilisatie.
Ballonkyphoplastiek	Ballonkyphoplastiek (BK) is een variatie op VP waarbij met een speciale ballonkatheter een holte wordt gevormd door de ballon in het wervellichaam op te blazen. Het cement kan na het verwijderen van de ballon met minder hoge druk in de holte worden gespoten. Ook hierbij is pijnreductie het doel. Naast stabilisatie wordt ook beoogd hoogteverlies te corrigeren en de kyfotische hoek te verminderen.
Vraagstelling	In het huidige rapport gaat het CVZ in op de vraag of deze interventies voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee zorg is conform de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

^a Dit zijn nep-operaties waarbij de patiënt daadwerkelijk wordt verdoofd en eventueel wordt open gesneden maar waarbij er geen interventie plaatsvindt.

2. Beoordeling standpunt

2.a. Wet- en regelgeving

Te verzekeren risico's/prestaties

Te verzekeren risico's en prestaties

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid, Zvw, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat de zorg zoals o.a. medisch-specialisten die plegen te bieden.

Stand wetenschap en praktijk

Stand van de wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Het CVZ volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

Werkwijze: EBM- methode

Principes EBM

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expertopinionen.

Selectie en weging

Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern methode

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Standpuntbepaling CVZ	Uiteindelijk neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht. Het CVZ kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoegen genomen wordt met bewijs van een lager niveau.
Gelijkwaardig of meerwaarde	Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het CVZ dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.
Beschrijving werkwijze CVZ: Rapport 5-11-2007	Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het CVZ naar zijn rapport van 5 november 2007 "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk" (uitgave CVZ 2007/254).
Functioneel omschreven prestaties	2.b. Plegen te bieden In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden. Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Bij het plegen te bieden-criterium gaat het – kort gezegd – om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Om vast te stellen wat de beroepsgroep tot het aanvaarde zorgarsenaal rekent, gaat men te rade bij de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep. Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of zorg wordt verleend zoals de betreffende beroepsgroep die pleegt te bieden, verwijst het CVZ naar zijn rapport <i>Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'</i>. (CVZ 2008, 268)

Invasieve behandeling van ‘symptomatische compressie wervelfracturen’ kan worden aangemerkt als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Om te worden aangemerkt als te verzekeren prestatie dient de zorg eveneens te voldoen aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De beoordeling hiervan volgt hieronder.

2.c. Beoordeling ‘stand van de wetenschap en praktijk’

In deze paragraaf wordt de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk samengevat. De volledige beoordeling is beschreven in ‘Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk vertebroplastiek en ballonkyphoplastiek’ (Documentnummer 29060581) en is toegevoegd als bijlage bij dit standpunt.

Kenmerken van wervelfracturen	<i>2.c.1. Indicatie</i> Compressiefracturen van wervels kunnen acute rugpijn, chronische rugpijn en deformiteit van de wervelkolom veroorzaken. De meest voorkomende oorzaak van wervelfracturen is osteoporose^b. Een compressie fractuur wordt gedefinieerd als een fractuur waarbij een reductie van de wervelhoogte van minstens 20% of 4 mm optreedt. Primaire osteoporose is verantwoordelijk voor 85% van de compressie wervelfracturen. Andere oorzaken zijn secundaire osteoporose, trauma’s, wervelmetastasen, multiple myelomen (ziekte van Kahler) en minder frequent haemangiomen.
Incidentie osteoporotische wervelfracturen	In de CBO-richtlijn Osteoporose (2006) wordt aangegeven dat de incidentie van osteoporotische wervelfracturen (radiologisch waarneembaar en klinisch vastgesteld) in Nederland bij 55-plussers wordt geschat op 16.000, waarvan 13.000 bij vrouwen. Slechts ongeveer 30% van de osteoporotische wervelfracturen wordt klinisch vastgesteld.
Conservatieve behandeling	<i>2.c.2. Behandeling</i> Compressie wervelfracturen welke aanleiding geven tot klachten worden in Nederland voornamelijk symptomatisch behandeld met fysiotherapie, een korset, bedrust gedurende een korte periode en analgetica. Slechts een minderheid van de patiënten heeft persisterende pijnklachten.
Vertebroplastiek	Naast de conservatieve behandelingen worden ook invasieve behandelingen toegepast. Percutane vertebroplastiek (VP) is een minimaal invasieve behandeling voor wervelfracturen waarbij cement (bijvoorbeeld PolyMethylMethAcrylaat = PMMA) wordt ingebracht in het ingezakte wervellichaam. Het doel is het bewerkstelligen van pijnreductie door mechanische

^b Osteoporose is een systemische aandoening van het skelet gekarakteriseerd door een lage botmassa en verslechtering van de microarchitectuur, met als gevolg een toegenomen risico op fracturen.

	stabilisatie. BK is een variatie op VP waarbij met een speciale ballonkatheter een holte wordt gevormd door de ballon in het wervellichaam op te blazen. Het cement kan na het verwijderen van de ballon met minder hoge druk in de holte worden gespoten. Ook hierbij is pijnreductie het doel. Naast stabilisatie wordt ook beoogd hoogteverlies te corrigeren en de kyfotische hoek te verminderen.
Ballon- kyphoplastiek	
literatuur search	<i>2.c.3. Beoordeling</i> Het CVZ heeft in november 2009 een literatuur search verricht vanaf januari 2008 met de zoektermen "vertebroplasty" en/of "kyphoplasty" in Medline (Pubmed), EMBASE en Cochrane Library. Daarnaast is gebruik gemaakt van de "related articles" functie- en citatieanalyse. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze en exacte zoektermen verwijzen we naar de achtergrondrapportage. In totaal werden vijf gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) geïncludeerd waarvan twee dubbelblind, vier systematische reviews en drie prospectieve vergelijkende studies.
Bespreking vertebroplastiek	In augustus 2009 zijn twee onafhankelijke dubbelblinde RCT's gepubliceerd waarin VP is vergeleken met placebo (sham operaties). Zowel in de VP groep als in de placebo groep is er sprake van significante reductie van pijn en verbetering van functioneren/mobiliteit na de interventie, maar er is geen significant verschil tussen de twee behandelgroepen. Beide studies concluderen dan ook dat de klinische verbetering vergelijkbaar was in de twee behandelgroepen. Het is nog niet geheel duidelijk waarin de verklaring voor deze vergelijkbare uitkomsten ligt. Het placebo effect van een operatieve interventie speelt vermoedelijk een grote rol, maar andere oorzaken, zoals bijvoorbeeld het toepassen van lokale anesthesie, zijn voornamelijk niet uitgesloten. In deze twee RCT's werden oncologische compressie wervelfracturen uitgesloten. De resultaten van deze twee A2 studies vormen voor CVZ aanleiding vast te stellen dat VP niet meer verbetering geeft op de primaire uitkomstmaten pijn en functionaliteit dan een sham operatie bij de behandeling van osteoporotische compressie wervelfracturen en derhalve niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.
Bespreking ballon- kyphoplastiek	Het CVZ heeft in 2008 bij de beoordeling van BK aangegeven dat vanwege de hoeveelheid bewijs van lager niveau de positieve resultaten van een toekomstige RCT voldoende zouden kunnen zijn voor een positief oordeel wat betreft 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Inmiddels is er inderdaad één recente RCT waarin geconcludeerd wordt dat BK vergeleken met conservatieve behandeling meer effectief is. Echter, omdat bewijs van een hoger niveau (A2) voor VP de positieve resultaten van de vele studies van lager niveau niet

bevestigd, kan ook voor BK niet meer worden volstaan met bewijs van niveau B (niet-dubbelblinde RCT) voor een positieve beoordeling. In vergelijkende studies tussen BK en VP is bovendien geen verschil gevonden in de primaire uitkomstmaten pijn en mobiliteit tussen deze twee behandelingen bij de behandeling van compressie wervelfracturen. Het CVZ concludeert dan ook dat BK (nog) niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk bij de behandeling van compressie wervelfracturen.

Indicatie maligne aandoeningen

Door de expliciete exclusie van patiënten met compressie wervelfracturen op basis van maligne aandoeningen in de beide A2 studies blijft de vraag over de effectiviteit van VP en BK bij deze indicatie bestaan.

Mede op basis van een recente meta-analyse van Bouza et al over de toepassing van BK en VP bij maligne wervelfracturen stelt het CVZ vast dat onderzoek van hoge kwaliteit op dit moment ontbreekt. Slechts op basis van C studies lijkt met name BK bij deze indicatie relatief veilig en effectief wat betreft de pijnvermindering en de toename van functionaliteit. Het CVZ is van mening dat ook voor dit specifieke indicatiegebied onderzoek van hoger niveau moet worden verricht en ziet geen aanleiding genoeg te nemen met bewijs van lager niveau. BK en VP voldoen daarmee ook voor de indicatie maligne wervelfracturen niet aan 'de stand van wetenschap en praktijk'.

3. Standpunt

VP en BK zijn bij de behandeling van compressie wervelfracturen niet conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' en behoren daarmee niet tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

4. Consequenties

Kosten

Medisch-specialistische zorg wordt gedeclareerd middels Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's).

VP is niet eerder onderworpen aan een onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk en wordt uitgevoerd en gedeclareerd volgens de meest passende prestatiecodes. Deze meest passende declaratiecodes zijn destijds voor elke vereniging apart uitgezocht door de Wetenschappelijke Verenigingen die de behandelingen uitvoeren (heelkunde, neurochirurgie, radiologie en orthopaedie).

Over BK bracht het CVZ in juni 2008 een advies uit. BK bleek niet te voldoen aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Als gevolg daarvan werd de DBC (zorgactiviteit in DOT) oranje gekleurd (zorg die onder bepaalde voorwaarden een verzekerde prestatie is of zorg die deels verzekerd is).

Nu het standpunt over BK (update) en VP bekend is (beide behandelingen voldoen voor compressie wervelfracturen niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk) betekent dit dat er voor BK geen wijziging noodzakelijk is in het DBC-systeem en DOT-systeem. Indien er een zorgactiviteit wordt ontwikkeld voor alleen VP, dient deze rood gekleurd te worden.

Verzekeraars kunnen de behandeling met VP en BK niet inbrengen in de risicoverevening.
Het CVZ zal de NZa, de WV's, DBC-Onderhoud en de verzekeraars over dit standpunt informeren.

5. Vaststelling standpunt

Datum 30 augustus 2010

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Onderwerp:	Cochleair implantaat bij tinnitus
Samenvatting:	Het plaatsen van een CI, bij mensen met (zeer) ernstige slechthorendheid of doofheid, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft onderzocht of tinnitus (oorsuizen) een nieuwe indicatie is voor een CI. Drie groepen kwamen naar voren: Een groep waarbij alleen sprake is van tinnitus zonder dat er tevens sprake is van zeer ernstige tweezijdige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid (1) Een groep waarbij sprake is van zeer ernstige tweezijdige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid en waarbij tevens sprake is van tinnitus. Dit is de klassieke groep patiënten die in aanmerking komen voor een CI op basis van ernstige slechthorendheid of doofheid (2) Een groep met eenzijdige zeer ernstige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid in combinatie met eenzijdige (ipsilaterale) tinnitus. (3) Voor geen van de groepen voldoet een CI als behandeling van tinnitus voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zwv
Datum:	30 augustus 2010
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

Onderwerp geschil

Verzoeker is aan één kant (links) geheel doof en kampt met tinnitus. Hij draagt een hoor-toestel, maar wenst een cochleair implantaat als behandeling van tinnitus. Verweerder weigert verstrekking van een cochleair implantaat, aangezien dit als behandeling van tinnitus niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is.

Toepasselijke polisbepalingen

Voor de beoordeling van dit geschil zijn de navolgende bepalingen uit de tussen partijen afgesloten zorgverzekering van belang.

- Artikel 2 uit de lijst van aanspraken omschrijft het recht op medisch-specialistische zorg als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Deze bepalingen komen overeen met hetgeen hierover is bepaald bij en krachtens de Zorgverzekeringswet.

Stand wetenschap en praktijk

Het plaatsen van een cochleair implantaat als behandeling van tinnitus kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze College

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM). De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënt-tevredenheid betrokken. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.

Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg wordt genomen met bewijs van een lager niveau. Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd. De medisch adviseur heeft onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van een cochleair implantaat bij tinnitus. Het volledige rapport is bijgevoegd. Onderstaand treft u een korte samenvatting en de conclusies aan.

Uitkomstmaten onderzoek

Uitkomstmaten voor het onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk waren de afname of het verdwijnen van tinnitusklasten na het implanteren van een cochleair implantaat.

Conclusie onderzoek

Drie groepen patiënten zijn onderscheiden:

- (i) Bij deze groep is alleen sprake van tinnitus zonder dat er tevens sprake is van zeer ernstige tweezijdige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid. Er zijn geen wetenschappelijke publicaties gevonden waarbij een cochleair implantaat geïndiceerd wordt voor de behandeling van tinnitus *zonder* dat tevens sprake is van zeer ernstige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid.
- (ii) Bij deze groep is sprake van zeer ernstige tweezijdige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid waarbij tevens sprake is van tinnitus. Dit is de klassieke groep patiënten die in aanmerking komt voor een cochleair implantaat op basis van ernstige slechthorendheid of doofheid.

- (iii) Er is onvoldoende wetenschappelijk evidence gevonden op grond waarvan pre-operatief voorspelbaar is wie wel en wie geen afname ervaart van tinnitus na activatie van het cochleair implantaat. De indicatie voor behandeling met een CI is primair gericht op het opheffen van de ernstige slechthorendheid of doofheid. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat een CI daarmee ook een indicatie is voor de behandeling van tinnitus.
- (iv) Bij deze groep is sprake van eenzijdige zeer ernstige perceptieve gehoorstoornissen of doofheid in combinatie met eenzijdige tinnitus. Er is onvoldoende wetenschappelijk evidence gevonden dat therapieresistente tinnitus bij deze groep een indicatie oplevert voor een cochleair implantaat.

Voor geen van de groepen patiënten geldt dat het plaatsen van een cochleair implantaat behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering, is het College dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

Verzoeker is eenzijdig doof en kampt met tinnitus. Hij behoort tot patiëntengroep (iii) Voor deze groep geldt, net als voor patiëntengroepen (i) en (ii) dat de behandeling van tinnitus door middel van het plaatsen van een cochleair implantaat niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Een behandeling die niet kan worden aangemerkt als conform de stand van de wetenschap en praktijk, is geen verzekerde prestatie en kan niet ten laste van de zogenaamde basisverzekering worden gebracht.

Advies van het College

Het College adviseert u het gevraagde af te wijzen aangezien het geen verzekerde prestatie is.

Onderwerp:	Hyaluronzuur-injecties ter behandeling van enkelartrose
Samenvatting:	In dit geschil speelt de vraag of de behandeling van enkelartrose door middel van injecties met hyaluronzuur voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij enkelartrose is er een langzaam verlies van het kraakbeen dat de botuiteinden in het gewricht bedekt. De belangrijkste symptomen zijn pijn, zwelling, bewegingsbeperking. De oorzaak is meestal een (sport)trauma. De aandoening kan verergeren, maar kan ook stabiel blijven. Voor ernstige enkelartrose is een operatie geïndiceerd. Lichte of matige enkelartrose wordt behandeld met pijnstillers, ontstekingsremmers, gewichtsbeperking, schoenaanpassing of oefentherapie. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er onvoldoende onderbouwing is voor een therapeutische meerwaarde ten opzichte van placebo of voor een gelijke waarde als oefentherapie. Daarom is behandeling met hyaluronzuurinjecties bij enkelartrose niet conform de stand van wetenschap en praktijk.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	20 september 2010
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

In geschil is de vergoeding van hyaluronzuur-injecties ter behandeling van enkelartrose. Verzoekster stelt dat de behandelingen succesvol zijn geweest. Verweerder stelt zich op het standpunt dat behandeling van enkelartrose door middel van injecties met hyaluron-zuur niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Wet en regelgeving

In dit advies zijn de volgende bepalingen van belang.

Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering

Artikel 10, onder a Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (hierna: Besluit Zv).

Artikel 2.1, eerste lid Besluit Zv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.1, tweede lid Besluit Zv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Stand wetenschap en praktijk

Behandeling van enkelartrose door middel van injecties met hyaluronzuur kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze College

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht. Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoegen wordt genomen met bewijs van een lager niveau.

Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd. De medisch adviseur heeft onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van behandeling van enkelartrose door middel van injecties met hyaluronzuur. Het volledige rapport is bijgevoegd. Onderstaand treft u een korte samenvatting en de conclusie aan.

Bij enkelartrose is er een langzaam verlies van het kraakbeen dat de botuiteinden in het gewricht bedekt. De belangrijkste symptomen zijn pijn, zwelling, bewegingsbeperking. De oorzaak is meestal een (sport)trauma. De aandoening kan verergeren, maar kan ook stabiel blijven. Voor ernstige enkelartrose is een operatie geïndiceerd. Lichte of matige enkelartrose wordt behandeld met pijnstillers, ontstekingsremmers, gewichtsbeperking, schoenaanpassing of oefentherapie.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er onvoldoende onderbouwing is voor een therapeutische meerwaarde ten opzichte van placebo of voor een gelijke waarde als oefentherapie. Daarom is behandeling met hyaluronzuurinjecties bij enkelartrose niet conform de stand van wetenschap en praktijk.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur is het College van oordeel dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 2.5 van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Een behandeling die niet kan worden aangemerkt als conform de stand van de wetenschap en praktijk, is geen verzekerde prestatie en kan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht. Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat behandeling met hyaluronzuurinjecties bij enkelartrose niet conform stand van wetenschap en praktijk is, komt verzoekster niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

Advies van het College

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Standpunt

Zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken

Uitgave

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

Volgnummer

2010061520

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

H.M. Gaasbeek Janzen (arts), mw. drs. A.J. Link en
dr. Ir. D.C. Welten

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 47

Samenvatting

Paketscan diabetes

In 2008 heeft het CVZ de 'Paketscan diabetes' uitgebracht. Daarin is geconcludeerd dat er vraag is van mensen met diabetes type 2 naar vergoeding van zelfcontrole. Sinds de laatste CVZ-beoordeling van zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken in 2005 zijn er verschillende nieuwe onderzoeken naar (kosten)effectiviteit van zelfcontrole gepubliceerd zijn. Naar aanleiding hiervan heeft het CVZ een herbeoordeling uitgevoerd van de effectiviteit van de behandeling bij deze doelgroep.

Geen verzekerde zorg

De literatuursarch heeft geleid tot 15 systematische reviews gepubliceerd in 2005 of later. De systematische reviews die betrokken zijn bij deze beoordeling zijn van redelijke tot goede kwaliteit. De systematische reviews vinden allen een kleine, maar significante verbetering in het HbA1c-gehalte. Op grond van de literatuur oordeelt het CVZ dat deze kleine significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed niet klinisch relevant is. De relatie tussen HbA1c en mogelijke complicaties blijkt niet lineair. Daarnaast is sprake van analytische variatie bij laboratoriummeting van HbA1c. Bovendien zijn er in recente RCT's (van goede kwaliteit) ongewenste neveneffecten met betrekking tot kwaliteit van leven gevonden. Het CVZ is daarmee tot de conclusie gekomen dat langdurige zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Deze conclusie komt overeen met het beeld dat naar voren komt uit de richtlijnen en standpunten van (inter)-nationale kenniscentra en zorgverzekeraars. Ook de Nederlandse Diabetes Federatie en de Landelijke Huisartsen Vereniging hebben aangegeven zich te kunnen vinden in deze conclusie.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

In 2005 heeft het CVZ op basis van een systematische review van het EMGO instituut een advies uitgebracht over de vraag of zelfcontrole een adequaat en doelmatig middel is bij niet maximaal ingestelde tabletgebruikende mensen met type 2 diabetes. Het EMGO instituut heeft deze systematische review (aangevuld met één RCT uit 2005) in 2005 gepubliceerd als Cochrane Review (Welschen et al., 2005).

Conclusie beoordeling 2005

De belangrijkste conclusie van het CVZ-advies 'Zelfcontrole bij type 2 diabetes (publicatienummer 223)' was dat kortdurende zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes zonder een insulinebehandeling een klein maar significant verlagend effect heeft op het glucosegehalte in het bloed. Uit onderzoek onder praktijkdeskundigen bleek dat zij het verkrijgen van inzicht in de aandoening als groot voordeel van zelfcontrole zien, het liefst direct bij diagnose. Ook waren deskundigen van mening dat voldoende competentie en motivatie van de patiënt relevante patiëntkenmerken zijn voor een succesvolle behandeling met zelfcontrole.

Over de effecten van langdurige zelfcontrole bij niet maximaal ingestelde tabletgebruikende type 2 diabetes waren in de systematische review geen onderzoeken gevonden. Om die reden was het CVZ er geen voorstander van de Regeling hulpmiddelen 1996 (Ziekenfondswet) uit te breiden met langdurige zelfcontrole voor deze doelgroep.

Het CVZ stelde wel voor de kortdurende zelfcontrole voor pas gediagnosticeerde type 2 diabetes (zonder insulinetherapie of maximale orale medicatie) op te nemen als onderdeel van de diabeteseducatie in de keten-DBC diabetes.

Conclusie pakketscan diabetes

In 2008 heeft het CVZ de 'Pakketscan diabetes' uitgebracht. Daarin is het volgende geconcludeerd met betrekking tot zelfcontrole bij de genoemde doelgroep. Patiënten met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken, hebben volgens het huidige pakket geen recht op vergoeding van zelfcontrole-materialen. De DVN (Diabetes Vereniging Nederland) heeft herhaaldelijk verzocht om zelfcontrole voor alle diabetespatiënten in het pakket op te nemen. Omdat bovendien de laatste beoordeling van zelfcontrole in 2005 heeft plaatsgevonden en er sindsdien verschillende nieuwe onderzoeken naar (kosten)-effectiviteit gepubliceerd zijn, achten wij een nieuwe beoordeling wenselijk. Zelfcontrole is dan ook opgenomen op de Pakketagenda 2009/2010.

Herbeoordeling

Naar aanleiding hiervan heeft het CVZ een herbeoordeling uitgevoerd van de effectiviteit van de behandeling bij deze doelgroep. Bij deze herbeoordeling heeft het CVZ ook gegevens betrokken (indien beschikbaar) over de ziektelast (criterium van het pakketprincipe 'Noodzakelijkheid') en het pakketprincipe kosteneffectiviteit.

Stofwisselings- ziekte	1.b. Medische achtergrond Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam onvoldoende energie uit glucose (suikers) kan halen. Suikers kunnen in de meeste cellen alleen opgenomen worden indien er voldoende insuline aanwezig is en de insulinereceptoren in de cellen goed werken. Bij mensen met diabetes mellitus is het regelend mechanisme van de bloed-suikerspiegel niet helemaal in orde. Bij diabetes type 1 (ongeveer 15% van de mensen met diabetes in Nederland) is er sprake van onvoldoende of geen productie van insuline (geproduceerd door de eilandjes van Langerhans in de alveesklier) waardoor de suikers niet in de cellen worden opgenomen. Bij diabetes type 2 (ongeveer 85% van de mensen met diabetes in Nederland) werken de insulinereceptoren in de cellen niet naar behoren.
Ernstige gevolgen	Een gevolg van onvoldoende opname van glucose in de cellen is een te hoge bloedglucosespiegel (hyperglykemie). Dit kan uiteindelijk leiden tot hart- en vaatziekten, slechtziendheid/blindheid, diabetische nefropathie en het minder goed werken van de gevoelszenuwen. Behalve deze chronische klachten, zijn er ook acute complicaties mogelijk. Bij een ernstige hyperglykemie kan ketoacidose optreden: lage bloeddruk, misselijkheid en braken, verminderde alertheid en een dreigend coma of zelfs overlijden.
	1.b.1. Behandeling
Behandeling type 2	Behandeling van type 2 diabetes is erop gericht de glucose-spiegel te reguleren en te komen tot een scherpe instelling om zo het ontstaan van acute en chronische complicaties te voorkomen. Dit gebeurt door de bloedglucosewaarden te meten. Omdat deze waarden een momentopname zijn wordt daarnaast regelmatig een HbA1c-bepaling (geglycolyseerd hemoglobine) gedaan. Het HbA1c geeft een indicatie van de hoogte van de bloedglucosewaarden van een periode van gemiddeld twee maanden. Het HbA1c-gehalte heeft een streefwaarde van lager dan 53 mmol/mol (7 procent).
Behandeltraject	Bij diabetes type 2 is de behandeling afhankelijk van de fase van de ziekte. Vanwege het progressieve karakter van de ziekte is het vaak nodig om de behandeling in de loop van de tijd te intensiveren. Men begint meestal met leefstijlmaatregelen (voedings- en bewegingsadviezen). Als dit onvoldoende helpt om de bloedsuikerspiegel op peil te houden, zal iemand met diabetes type 2 orale bloedsuikerverlagende middelen voorgeschreven krijgen. Indien dit niet (langer meer) het gewenste effect heeft zal een patiënt met diabetes type 2 ook insuline erbij moeten gaan gebruiken. Uiteindelijk is bij veel mensen met type 2 diabetes een behandeling met uitsluitend insuline noodzakelijk.
Controle bloedglucose	Controle van de bloedglucosewaarden is belangrijk bij diabetes. Voor de groep patiënten die nog geen insuline gebruiken, is het gebruikelijk om elke drie maanden (of vaker indien nodig) de bloedglucosewaarde door een arts te laten controleren. Het zelf meten van de bloedglucose (zelfcontrole) is een onderdeel van de behandeling bij patiënten die

insulineafhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met orale bloedglucoseverlagende middelen. Deze groep krijgt de noodzakelijke hulpmiddelen voor zelfcontrole vergoed uit de basisverzekering.

1.b.2. Prevalentie en incidentie

Stijging incidentie

Bij diabetesproblematiek type 2 is sprake van een forse stijging in de incidentie. Deze stijging is te wijten aan de vergrijzing van de bevolking en aan veranderde leef- en eetgewoontes. Opvallend is dat ook het aantal kinderen en tieners met diabetes toeneemt. Ook is er een toename van aantal diabeten type 2 te zien in de leeftijdscategorie 35-50 jaar. Uit de cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM blijkt dat er in 2007 ongeveer 740.000 mensen met gediagnosticeerde diabetes (type 1 en 2) waren in Nederland. Het aandeel type 2 bedraagt ongeveer 85%. In 2007 kwamen er ongeveer 71.000 nieuwe patiënten met diabetes (type 1 en 2) bij.

1.c. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 is de relevante wet- en regelgeving opgenomen. Hoofdstuk 3 beschrijft de beoordeling van het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk. Hoofdstuk 4 geeft de reacties uit de bestuurlijke consultatie en de reactie van het CVZ hierop weer. In hoofdstuk 5 is het besluit van het CVZ geformuleerd. Hoofdstuk 6 betreft de vaststelling van het standpunt en hoofdstuk 7 is de literatuurlijst.

2. Wet- en regelgeving

2.a. Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid, Zvw, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering (Bzv).

2.b. Besluit zorgverzekering (Bzv)

Stand van de W&P

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv, is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv, is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Geneeskundige zorg is één van de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw. Die zorg omvat onder meer zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (zie artikel 2.4, lid 1, Bzv).

Voor pas gediagnosticeerde type 2 diabetes (zonder insuline-therapie of maximale orale medicatie) behoort kortdurende zelfcontrole tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Kortdurende zelfcontrole bij deze groep in de eerste lijn is niet opgenomen in de Regeling zorgverzekering (paragraaf Hulp-middelenzorg) en komt niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de basisverzekering.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv, is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

2.c. Regeling zorgverzekering (Rzv)

In onderstaand artikel van de Regeling zorgverzekering zijn de verschillende diabetes-hulpmiddelen als te verzekeren prestatie opgenomen zoals deze geldig zijn in het jaar 2010.

Artikel 2.6. onderdeel n: hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.20

Aanspraak

Deze te verzekeren prestatie omvat:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is

- uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
- a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangegeven is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

2.d. Functiegerichte omschrijving diabetes-hulpmiddelen

Pakketadvies 2010 In het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 van het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ de minister geadviseerd per 1 januari 2011 de aanspraak op diabetes-hulpmiddelen functiegericht te omschrijven. Het advies luidt als volgt:

Functiegericht **Artikel 2.6**
o. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Toelichting op artikel 2.6, onderdeel o

Deze functiegerichte omschrijving betreft de diabetes-hulpmiddelen. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de injectiepenen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de bloedglucosemeter inclusief de noodzakelijke teststrips inclusief eventuele noodzakelijke toebehoren.

Indien een verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een niet-aangepaste uitvoering van bijvoorbeeld een bloedglucosemeter, heeft een verzekerde aanspraak op een aan de handicap aangepaste bloedglucosemeter.

Ketonen teststrips maken geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving, maar van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Er is dus sprake van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie.

Advies overgenomen De minister heeft de functiegerichte omschrijving overgenomen met ingangsdatum 1 januari 2011.

2.e. Ziektebelasting en kosteneffectiviteit

Omdat bij aanvang van de werkzaamheden voor de beoordeling van de zelfcontrole niet duidelijk was of de minister het advies over de functiegerichte omschrijving zou overnemen, heeft het CVZ tevens de ziektebelasting en kosteneffectiviteitsgegevens in beeld gebracht en ter

consultatie voorgelegd aan betrokken partijen. Hoewel nu niet meer relevant voor deze beoordeling presenteert het CVZ deze gegevens in bijlage 8.¹

¹ Bij een functiegerichte omschrijving toetst het CVZ alleen aan de wettelijke criteria, waaronder de stand van wetenschap en praktijk. Bij een pakketbeslissing toetst het CVZ ook aan de pakketprincipes, waaronder de ziektelast en kosteneffectiviteit.

3. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

3.a. Methode

3.a.1. Vraagstelling

De vraagstelling die centraal staat in deze beoordeling is:

- Voldoet langdurige zelfcontrole van de bloedglucose bij niet-insuline afhankelijk diabetes type 2 patiënten aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'?
- Eventuele ongewenste neveneffecten en bijwerkingen maken deel uit van deze beoordeling.

3.a.2. Zoekstrategie

PICO + T + Q

Voorafgaand aan de literatuursearch is de vraagstelling nader aangescherpt door middel van een PICO + T + Q. Hieronder worden deze afkortingen verder uitgewerkt:

- Om welke patiëntenpopulatie (P) gaat het?
Volwassen patiënten met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken.
- Om welke interventie (I) gaat het?
Zelfcontrole van bloedglucose (In het Engels: self-monitoring of blood glucose (SMBG)).
- Waarmee dient de interventie vergeleken te worden (C)?
Usual care, controle van bloedsuiker één keer in de drie maanden (indien nodig vaker) door behandelend arts.
- Wat zijn de relevante uitkomstmaten (O)?
HbA1c en de kwaliteit van leven. Er is aangetoond dat een verhoogt HbA1c een prognostische waarde heeft met betrekking tot microvasculaire en neuropathische complicaties van diabetes.
- Wat is de relevante duur van de interventie (T)?
Omdat het hier gaat om langdurige zelfcontrole is het van belang te weten wat de effecten zijn op de lange termijn. Het liefst is de duur van de interventie langer dan één jaar, maar het CVZ zal ook onderzoeken includeren met een interventieperiode vanaf 6 maanden.
- Wat zijn de vereiste methodologische kenmerken (Q) van de studies (randomisatie, minimum aantal patiënten etc.)?
Reviews van randomised controlled trials (RCT's), expliciete vraagstelling, en adequate zoekstrategie in MEDLINE.

Het CVZ heeft in februari 2010 in Medline (Pubmed) een brede literatuursearch uitgevoerd (zie bijlage 6). De search had betrekking op systematische reviews van RCT's. Er is gezocht vanaf 1966 tot februari 2010. De volgende zoektermen zijn gebruikt:

("Blood Glucose Self-Monitoring"[Mesh]) AND "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) AND (systematic OR medline[tiab])

((self OR home) AND monit AND art io*) OR SMBG
AND diabete* OR diabeti* AND systematic OR (in process[sb]
OR publisher[sb] OR pubmednotmedline[sb])*

Standpunten en richtlijnen

Daarnaast zijn de websites van de volgende organisaties gescreend betreffende uitgebrachte standpunten en richtlijnen:

- de American Association of Clinical Endocrinologist (AACE);
- de Amerikaanse zorgverzekeraars AETNA en CIGNA;
- de American Diabetes Association;
- het Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH);
- de Canadian Diabetes Association;
- de Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA);
- Diabetes UK;
- het Amerikaanse Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI);
- het Canadese Institute of Health Economics (IHE);
- International Diabetes Federation;
- het Duitse Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG);
- de Nederlandse Diabetes Federatie;
- het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE);
- de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN);
- het Diabetes Australia Guideline Development Consortium.

Werkwijze literatuurbeoordeling

In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van samenvattingen. Twee beoordelaars van het CVZ hebben onafhankelijk van elkaar de samenvattingen beoordeeld aan de hand van de PICO (+T+Q). Indien artikelen niet op basis van de samenvatting konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

Omdat in 2005 een Cochrane review (Welschen et al., 2005) is gepubliceerd over zelfcontrole van bloedglucose bij type 2 diabetes die geen insuline gebruiken, is besloten alleen systematische reviews te includeren die vanaf 2005 zijn gepubliceerd.

Checklist CBO

3.a.3. Kwaliteit van de reviews

Het CVZ heeft de kwaliteit van de systematische reviews bepaald aan de hand van de checklist voor het beoordelen van systematische reviews van RCT's van het CBO. De checklist bestaat uit de volgende items:

1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?
2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?
3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?
4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?
5. Is adequaat beschreven hoe data-extractie heeft plaatsgevonden?
6. Zijn de belangrijkste kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?

7. Is adequaat omgegaan met klinische en statistische heterogeniteit van de onderzoeken?
 8. Is statistische pooling op een correcte manier uitgevoerd?
- Op de website van het CBO, www.cbo.nl, worden bovenstaande items kort toegelicht.

3.b. Resultaten

3.b.1. Literatuursearch

Resultaten literatuursearch

De literatuursearch heeft geleid tot 16 systematische reviews. Op basis van de samenvattingen zijn 4 artikelen geëxcludeerd. Dit resulteerde in 12 mogelijk relevante systematische reviews. In maart en mei 2010 zijn nog twee systematische reviews naar de effectiviteit van zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken verschenen (Clar et al., 2010 en McIntosh et al., 2010). Verder is op basis van de inhoudelijke consultatie nog een relevante systematische review toegevoegd (Kleefstra, 2009). Van de 15 geselecteerde artikelen is de volledige tekst opgevraagd. Na het lezen van de artikelen zijn nogmaals 4 systematische reviews geëxcludeerd. In totaal zijn er 11 systematische reviews bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk betrokken. Tabel 1 geeft een overzicht van de gevonden 19 artikelen en de reden van uitsluiting.

Poolsup heeft twee reviews gepubliceerd (zie tabel 1). In de analyse is alleen de review uit 2009 meegenomen, omdat dit een update is van de review uit 2008. Ook door Welschen zijn twee reviews gepubliceerd, beiden in 2005. Deze reviews zijn gebaseerd op dezelfde RCT's, waarvan één review een Cochrane review is. De Cochrane review is meegenomen in de analyse. Daarnaast zijn er sinds de laatste systematische reviews uit 2009 geen nieuwe RCT's meer gepubliceerd.

Referentie	Geïnccludeerd	Reden van exclusie
Faas, 1997		Voor 2005 gepubliceerd
Coster, 2000		Voor 2005 gepubliceerd
Coster, 2000		Voor 2005 gepubliceerd
Holmes, 2002		Voor 2005 gepubliceerd
Welschen, 2005	X	
Welschen, 2005	X	
Sarol, 2005		Meerdere RCT's waarbij duur van de interventie kleiner was dan 6 maanden
Jansen, 2006	X	
McAndrew, 2007		Geen aparte analyse voor type 2 diabetes die niet insuline afhankelijk zijn
McGeoch, 2007	X	
Towfigh, 2008	X	
Poolsup, 2008	X	
Poolsup, 2009	X	
Allemann, 2009	X	
Kleefstra, 2009	X	
Minet, 2009		Geen aparte analyse voor type 2 diabetes die niet insuline afhankelijk zijn
St John, 2009	X	
Clar, 2010		Geen aparte analyse voor type 2 diabetes die niet insuline afhankelijk zijn

McIntosh, 2010	X	

Tabel 1: Overzicht van gevonden systematische reviews en redenen van exclusie

3.b.2. Kwaliteit van de systematische reviews

Redelijk tot goed

De kwaliteit van alle systematische reviews is redelijk tot goed. Verschillen in de kwaliteit van de reviews hebben met name betrekking op item 3 (selectie van RCT's) en item 4 (kwaliteitsbeoordeling RCT's) van de checklist van het CBO.

Wat betreft het derde item, zijn in de reviews verschillende inclusiecriteria gehanteerd. Bijvoorbeeld McGeoch (2007) gebruikt strenge inclusiecriteria, namelijk dat de RCT's aan strikte kwaliteitscriteria moeten voldoen, dat de RCT's meer dan 50 proefpersonen moeten bevatten en dat de duur van de behandeling tenminste 6 maanden moet zijn. Deze review includeert slechts 3 RCT's. Ook de review van Welschen (2005) hanteert strenge inclusiecriteria voor de gevonden RCT's. Hun review bestaat uit 5 artikelen. Verder hebben ook de reviews van Kleefstra (2009), St John (2009) en McIntosh (2010) alleen RCT's opgenomen die voldoen aan de door het CVZ gestelde inclusiecriteria. Andere reviews daarentegen nemen ook RCT's op die niet voldoen aan de inclusiecriteria. Het gaat dan om een RCT die niet goed gerandomiseerd is (Rutten, 1990), of om RCT's waarbij SMBG niet de primair onderzochte behandeling is (Estey, 1990; Jaber, 1996; Kwon, 2004), en een RCT waarbij geen aparte analyse is uitgevoerd voor diabetes die niet insuline afhankelijk zijn (Wing, 1986). In bijlage 1 is per review aangegeven welke RCT's zijn opgenomen.

Kwaliteitsbeoordeling RCT's

Wat betreft het vierde item, is niet in alle reviews de kwaliteitsbeoordeling van de opgenomen RCT's adequaat uitgevoerd. De kwaliteit van de RCT's is mede bepalend voor de validiteit van de resultaten en conclusies van de reviews. De RCT's moeten tenminste beoordeeld zijn op de volgende twee criteria: blinding van de randomisatie (allocation concealment) en blinding van de beoordelaars. Voor beiden is de vertekende invloed aangetoond. Bovendien moet ook per individuele RCT het resultaat van de kwaliteitsbeoordeling terug te vinden zijn. Dit is gebeurd in de reviews van Welschen (2005), Jansen (2006), Towfigh (2008), Alleman (2009), Kleefstra (2009) en McIntosh (2010). Uit deze reviews blijkt dat in de oudere RCT's (tot en met 2005) geen blinding van de randomisatie heeft plaatsgevonden of geen informatie hierover is te vinden in het artikel. Hetzelfde geldt in principe voor blinding van de beoordelaars. Verder blijkt dat in de meer recente RCT's (Farmer, 2007; O'Kane, 2008; Barnett, 2008) blinding van de randomisatie en blinding van de beoordelaars wel heeft plaatsgevonden (3 en 2 studies respectievelijk).

Samengevat

Samengevat de review van Welschen uit 2005 springt er uit omdat deze op alle items van de checklist van het CBO positief scoort. Verder zijn de recente RCT's van betere methodolo-

gische kwaliteit dan de oudere RCT's. De nieuwe systematische reviews weegt het CVZ om die reden zwaarder mee in het oordeel van het CVZ. Dit betreft de reviews van Allemann (2009), Kleefstra (2009), Poolsup (2009), St. John (2009) en McIntosh (2010).

3.b.3. Duur van de interventie

In de meeste RCT's was de duur van de interventie minstens zes maanden, met uitzondering van de RCT's van Estey (1990), Jaber (1996) en Kwon (2004) met een duur van drie tot vier maanden. De studies van Rutten (1990), Brown (2002), Farmer (2007) en O'Kane (2008) daarentegen hadden een interventie-duur van twaalf maanden, terwijl de studie van Wing (1986) zelfs een interventieduur had van 62 weken.

In bijlage 2 is per review aangegeven wat de duur van de interventie is voor de afzonderlijke RCT's. Uit deze bijlage blijkt dat de review van Sarol (2005) drie RCT's bevat met een duur korter dan 6 maanden. Besloten is om op basis hiervan deze review te excluseren

3.b.4. Beoordeling

Systematische reviews

Bijlage 3a geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de negen systematische reviews en bijlage 3b toont de resultaten. In de reviews van McGeoch (2007), St. John (2009) en McIntosh (2010) zijn aparte analyses uitgevoerd voor RCT's en voor de observationele studies. Alleen de resultaten van de RCT's zijn opgenomen in de tabel.

Uit bijlage 3b blijkt dat zelfcontrole van bloedglucose een significante verbetering van HbA1c laat zien. In alle meta-analyses wordt een statistisch significante reductie gevonden variërend van -0,22% tot -0,42%, en in de vier recente meta-analyses varieert deze reductie tussen -0,22% en -0,31%. De systematische reviews van Welschen (2005), McGeoch (2007), en Kleefstra (2009) waarin geen meta-analyse wordt uitgevoerd, geven aan dat alleen de RCT's van Schwedes (2002), Guerri (2003) en Barnett (2008) een statistisch significant effect vinden variërend van -0,24% tot -0,46%. McGeoch (2007) vermeldt hierbij dat het om studies gaat met een relatief groot aantal proefpersonen

Significante reductie HbA1c

Beperkingen studies

Bovenstaande resultaten laten een consistent beeld zien maar moeten toch met enige voorzichtigheid worden bekeken vanwege de beperkte methodologische kwaliteit van met name de oudere RCT's. Kleefstra (2009) concludeert in zijn review dat juist de studies met een lagere methodologische kwaliteit de grootste effecten van SMBG laten zien. Daarnaast zijn er ook nog een aantal andere beperkingen in verschillende RCT's. In de RCT van Schwedes (2002) is sprake van een co-interventie; alleen in de SMBG groep wordt educatie gegeven. Dit betekent dat de significante reductie van HbA1c niet alleen aan SMBG kan worden toegeschreven. In de RCT van Guerri (2003) zijn de drop-out percentages erg hoog, namelijk 48% in de SMBG groep en 40% in de controle groep. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten. In de RCT van Farmer (2007)

ligt de gemiddelde baseline HbA1c waarde (7,5%) dicht tegen de streefwaarde aan zodat verdere verbeteringen moeilijk te behalen zijn. De RCT van O'Kane (2008) heeft betrekking op nieuw gediagnosticeerde patiënten met relatief hoge HbA1c-waarden. In deze selectieve patiëntenpopulatie zal HbA1c al verbeteren wanneer zij alleen behandeling en intensieve educatie krijgen los van het feit of SMBG is toegepast of niet. Dit blijkt ook uit de grote reductie in HbA1c in de controle groep. Hierdoor blijft weinig ruimte over om de voordelen van SMBG aan te tonen. Tenslotte is in beide recente RCT's de therapietrouw (compliance) erg laag ($\leq 65\%$).

Invloed baseline HbA1c

In een aantal reviews is gekeken naar mogelijke factoren die de relatie tussen zelfcontrole en HbA1c kunnen verstoren. Het gaat om baseline HbA1c en duur van de interventie. Wat betreft baseline HbA1c blijkt uit drie reviews dat bij een hoge baseline HbA1c ($\geq 8\%$) de verbetering groter is dan bij een lage baseline HbA1c (Allemann, 2009; Poolsup, 2009 en McIntosh, 2010). De review van Towfigh (2008) daarentegen concludeert dat SMBG juist minder effectief blijkt te zijn bij patiënten met een hoge baseline HbA1c.

Invloed duur interventie

Ook wat betreft de invloed van de duur van de interventie zijn de resultaten niet éénduidig. De review van Allemann (2009) geeft aan dat hoe langer de interventie duurt, hoe groter de reductie in HbA1c is. De andere drie reviews tonen daarentegen juist aan dat de reductie in HbA1c juist kleiner is als de zelfcontrole langer dan 6 maanden (McIntosh, 2010) of 12 maanden duurt (Towfigh, 2008; St John, 2009).

Kwaliteit van leven

Bijlage 3b geeft ook de resultaten van een andere relevante uitkomstmaat. Vier reviews hebben bestudeerd wat het effect is van zelfcontrole op kwaliteit van leven (Welschen, 2005; McGeoch, 2007; Kleefstra, 2009; McIntosh, 2010). Beide oudere reviews vinden geen verschil in uitkomsten op kwaliteit-van-leven-schalen tussen de interventie en controlegroep. Deze reviews verwijzen naar de studie van Muchmore (1994) en Schwedes (2002). De nieuwere reviews van Kleefstra (2009) en McIntosh (2010) verwijzen ook naar enkele recente RCT's. Deze recente RCT's vinden wel significante verschillen. In de studie van O'Kane (2008) zijn patiënten in de interventie groep vaker depressief ($p=0,01$) dan in de controle groep en is er een trend te zien dat deze patiënten ook vaker angstig zijn ($p=0,07$). In de kosten-effectiviteitsstudie van Simon (2008), gebaseerd op gegevens uit de studie van Farmer (2007), wordt ook een significant lagere uitkomst op de kwaliteit-van-leven-schalen gevonden voor de interventiegroep, waarschijnlijk als gevolg van een toename van depressie. Dit geldt overigens alleen voor de interventiegroep die naast SMBG ook training krijgt in het interpreteren van de resultaten en niet voor de interventiegroep die alleen SMBG krijgt.

Conclusie literatuur Alle reviews laten zien dat zelfcontrole van bloedglucose leidt tot een kleine maar significante daling in het HbA1c gehalte.

Dit geldt voor de systematische review van Welschen uit 2005, waarbij geen meta-analyse is uitgevoerd. Deze review scoorde het beste op de checklist van het CBO. Welschen vond vijf RCT's, waarbij de twee grotere RCT's wel een significant effect rapporteerden (-0,5% (Schwedes, 2002) en -0,4% (Guerci, 2003)), en de drie kleinere RCT's niet. De meest recente meta-analyses (Allemann, 2009; Poolsup, 2009; St. John, 2009; McIntosh 2010) laten eveneens een statistisch significante reductie van het HbA1c gehalte in het bloed zien art iour van -0,22% tot -0,31%. De nieuwe RCT's die zijn opgenomen in deze meta-analyses hebben een betere methodologische kwaliteit dan de oudere studies. Toch hebben ook deze RCT's beperkingen.

Met betrekking tot kwaliteit van leven laten enkele recente RCT's (Farmer, 2007; O'Kane, 2008) een negatief effect zien. Een mogelijk gevolg hiervan is dat in beide RCT's de compliance ook laag is ($\leq 65\%$).

Klinische relevantie Los van het feit dat de RCT's die geïnccludeerd zijn in de systematische reviews slechts over het algemeen een matig tot redelijke kwaliteit hebben, er mogelijk ook ongewenste neven-effecten zijn en het niet duidelijk is of de effecten op de lange termijn aanhouden, is het de vraag of de significante verbetering ook klinisch relevant is.

Alhoewel er epidemiologisch aanwijzingen zijn dat verlagen van het HbA1c het risico op cardiovasculaire complicaties verlaagt (Stratton, 2000; Martin, 2006), tonen recentere studies met intensieve interventies om het glucosegehalte te verlagen wisselende en meer bescheiden voordelen (Butalia en Rabi., 2010 en Ferreira 2009). Het verband tussen het HbA1c en mogelijke complicaties blijkt niet lineair. De mate van voordeel wat betreft macrovasculaire uitkomsten verbonden aan het verlagen van het HbA1c, hangt waarschijnlijk af van meerdere factoren zoals de duur van de diabetes, de mate waarin de bloed-suikerregulering is verstoord (dysglycaemie) en mogelijk ook de gekozen orale therapie (Butalia en Rabi., 2010).

Bij laboratoriummeting van het HbA1c bestaat een analytische variatie. In België wordt in een kwaliteitscontrole van Volksgezondheid een variatie tot 0,4% als acceptabel beschouwd en dit is zelfs het streefdoel voor Belgische laboratoria (Minerva, 2007). Daarom gaan veel diabetesstudies, voor statistische berekeningen, uit van een verschil van ten minste 0,4%. Alleen verschillen $>0,4\%$ zijn klinisch relevant (Niskanen et al., 2004 en IQWiG 2006). In andere studies wordt een daling van HbA1c $\geq 0,5\%$ als klinisch relevant beschouwd (Holman et al., 2007 en Keers et al., 2004).

Verder wordt aanbevolen een absoluut verschil van kleiner dan 0,5% niet als klinisch relevant te beschouwen vanwege de biologische variatie in 1 persoon van zeker 1,9% (en waarschijnlijk hoger bij mensen met diabetes). In de dagelijkse

praktijk zijn het veranderingen van ongeveer 1% die de aandacht zouden moeten trekken (Sacks et al., 2002 en John 2003).

***Niet klinisch
relevant***

Op basis van bovenstaande literatuur is het CVZ van mening dat de gevonden significante verlaging van het HbA1c in de verschillende reviews niet klinisch relevant is.

***Standpunten en richtlijnen van (inter)nationale
kenniscentra en zorgverzekeraars***

In bijlage 4 heeft het CVZ een overzicht opgenomen van de nationale en internationale organisaties die een richtlijn hebben uitgebracht of een standpunt hebben ingenomen over zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken. Onderstaande conclusies of aanbevelingen komen minimaal bij drie kenniscentra of zorgverzekeraars naar voren, namelijk:

- routinematige zelfcontrole bij deze groep patiënten wordt niet aanbevolen (level of evidence B, gebaseerd op ten minste twee RCT's) (CADTH, IQWiG en SIGN);
- er bestaat consensus onder experts (level of evidence D, meningen van deskundigen) dat zelfcontrole (inclusief educatie) nuttig kan zijn als hulpmiddel naar een succesvolle therapie (American Diabetes Association, Amerikaanse zorgverzekeraar CIGNA, NICE en de Canadian Diabetes Association (beide bevelen alleen kortdurende zelfcontrole bij pas gediagnosticeerde diabetes aan).
- Er is geen consensus over de klinische effectiviteit door tegenstrijdig bewijs van zowel RCT's als observationele studies (Diabetes UK, IHE en de International Diabetes Federation).
- De voordelen en optimale frequentie van zelfcontrole bij patiënten die geen insuline gebruiken is niet bekend (Canadian Diabetes Association, ICSI, Diabetes Australian Guideline Development Consortium).

Opvallend is dat de Amerikaanse zorgverzekeraars AETNA en CIGNA geen onderscheid maken tussen zelfcontrole bij mensen met type 1 of type 2 diabetes en de materialen vergoeden indien er sprake is van een vorm van diabetes, het op voorschrift van een arts is en de zorg door adequate zorgverleners wordt geleverd. CIGNA haalt hierbij de conclusie aan van de American Diabetes Association dat zelfcontrole bij patiënten die niet met insuline behandeld worden, of medische voedingstherapie (medical nutrition therapy) ondergaan nuttig kan zijn als (tijdelijk) hulpmiddel naar een succesvolle therapie (level of evidence D, mening van deskundigen).

Overige relevante conclusies uit de standpunten en richtlijnen zijn:

- Sommige instantie refereren aan gepubliceerde meta-analyses die een significante verbetering op HbA1c-gehalte zien. De CERC (Compus Expert Review Committee van de

**Geen verzekerde
zorg**

CADTH) heeft een eigen meta-analyse uitgevoerd, waarbij een afname van 0.25% is gevonden op de HbA1c bij patiënten met type 2 diabetes die orale middelen gebruiken. Indien alleen de kwalitatief goede RCT's worden meegenomen betreft de afname slechts 0.21%. In de groep van patiënten die ook geen orale middelen slikken vonden zij (op basis van één RCT) slechts een afname van 0.05%. De CERC is van mening dat de gevonden afname van 0.25% niet klinisch relevant is.

- Nader onderzoek is nodig in een grote goed opgezette RCT met langetermijn resultaten (Canadian Diabetes Association en de International Diabetes Federation).

3.b.5. Conclusie stand van de wetenschap en praktijk

De systematische reviews die betrokken zijn bij deze beoordeling zijn van redelijke tot goede kwaliteit. De kwaliteit van de RCT's die in de systematische reviews zijn meegenomen zijn van matige tot redelijke kwaliteit. De recentere RCT's kennen een betere kwaliteit dan de oudere RCT's.

Op grond van de literatuur oordeelt het CVZ dat de gevonden kleine significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed niet klinisch relevant is. De relatie tussen HbA1c en mogelijke complicaties blijkt niet lineair. Daarnaast is sprake van analytische variatie bij laboratoriummeting van HbA1c. In recente RCT's (van goede kwaliteit) zijn ongewenste neveneffecten (angst en depressiviteit) gevonden met betrekking tot kwaliteit van leven. Daarom is het CVZ van oordeel dat langdurige zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Deze conclusie komt overeen met het beeld dat naar voren komt uit de richtlijnen en standpunten van (inter)nationale kenniscentra en zorgverzekeraars.

4. Inhoudelijke consultatie

Geconsulteerde partijen	De volgende partijen zijn voor dit onderwerp geconsulteerd: • Zorgverzekeraars Nederland (ZN) • SOMT – Stichting Ondernemingen Medische Technologie; • NDF – Nederlandse Diabetes Federatie; • DVN – Diabetes Vereniging Nederland; • NHG – Nederlandse Huisartsen Genootschap; • LHV – Landelijke Huisartsen Vereniging; • NIV – Nederlandse Internisten Vereniging; • EADV – beroepsorganisatie voor diabeteszorgverleners; • NVE – Nederlandse Vereniging Endocrinologie.
NDF/LHV	Uit de inhoudelijke consultatie is gebleken dat de NDF de conclusie dat er geen overtuigend bewijs is dat langdurige zelfcontrole bij deze doelgroep meerwaarde heeft onderschrijft. De NDF kent tien leden, waaronder de NIV, de EADV, de DVN en de diabetes Huisartsen Advies Groep. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft aangegeven zich aan te sluiten bij de reactie van de NDF. De NDF wees ons nog op een systematische review van Kleefstra. Deze heeft het CVZ toegevoegd. De NDF wil pleiten voor de mogelijkheid om op indicatie een tijdsgelimiteerde toepassing van zelfcontrole in combinatie met educatie te vergoeden. In het kader van de geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden is een kortdurende behandeling van mensen met diabetes type 2 door middel van zelfcontrole mogelijk. Indien onderzoeken naar de meerwaarde van kortdurende zelfcontrole in de eerste lijn beschikbaar komen, zal het CVZ dit gaan beoordelen.
Diagned	Diagned heeft als belanghebbende partij (lid van het SOMT) gereageerd. Diagned geeft aan dat er op (korte) termijn een nieuwe studie gepubliceerd zal worden over dit onderwerp met een verbetering van -0.5% (STeP-studie van Polonsky). Daarnaast geeft Diagned aan dat ze de onderbouwing van de klinische relevantie mager vinden. Zij verwijzen naar de UKPDS-studie waarbij gevonden is dat elke 1% reductie is geassocieerd met reductie van 21% voor 'deaths related to diabetes', 14% voor 'myocardial infarction' en 37% voor 'microvascular complications'. Het CVZ heeft deze studie betrokken bij de onderbouwing van de klinische relevantie, echter niet opgenomen als referentie. Het CVZ voegt deze studie toe als referentie. Echter omdat niet duidelijk is dat sprake is van een lineair verband, kan niet gesteld worden dat een verbetering van tussen de 0.22-0.5% ook klinisch relevant is.
NVE	De Nederlandse Vereniging Endocrinologie (NVE) is het niet eens met onze beoordelingswijze. Zij zijn van mening dat ook niet gerandomiseerde studies meegenomen zouden moeten worden en kunnen zich ook niet vinden in de onderbouwing van de klinische relevantie.
VGZ en Z&Z	Zorgverzekeraars VGZ en Zorg & Zekerheid (leden van Zorgverzekeraars Nederland) hebben aangegeven zich te kunnen vinden in ons standpunt.

5. Besluit CVZ

Geen verzekerde zorg

Gezien het feit dat het CVZ de significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed niet klinisch relevant acht (geen lineair verband met complicaties en analytische variatie bij laboratoriummeting) en er in recente RCT's (van goede kwaliteit) ongewenste neveneffecten gevonden zijn van zelfcontrole op de kwaliteit van leven, is het CVZ van mening dat langdurige zelf-controle bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 september 2010.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

7. Literatuurlijst

- Allemann S, Houriet C, Diem P, et al. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Curr Med Res Opin* 2009; 25 (12): 2903-13.
- Atsumi Y, Kadowaki T, Origasa H, group Sscact. Self-monitoring blood glucose improves quality of life in NIDDM patients treated with diet alone or oral antidiabetic agents. *Diabetes* 1997; 46 (Suppl. 1): 267A
- Barnett AH, Krentz AJ, Strojek K, et al. The efficacy of self-monitoring of blood glucose in the management of patients with type 2 diabetes treated with a gliclazide modified release-based regimen. A multicentre, randomized, parallel-group, 6-month evaluation (DINAMIC 1 study). *Diabetes Obes Metab* 2008; 10: 1239-1247.
- Belsey JD, Pittard JB, Rao S, et al. Self blood glucose monitoring in type 2 diabetes. A Financial impact analysis based on UK primary care. *Int J Clin Pract* 2009 ; 63(3) : 439-48.
- Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K, et al. Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr County border health initiative. *Diabetes Care* 2002; 25: 259-68.
- Butalia S, Rabi DM. To test or not to test? Selfmonitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes managed without insulin. *Open Medicine* 2010;4(2):114-5.
- Cameron C, Coyle D, Ur E, et al. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ* 2010; 182(1): 28-34.
- Clar C, Barnard K, Cummins E, et al. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. *Health Technol Assess* 2010; 14 (12).
- Clua Espuny JL, Puig Junoy J, Queralto Tomas ML, et al. [Cost-effectiveness analysis of self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetics] Analisis coste-efectividad de la automonitorización de la glicemia sanguínea en diabéticos tipo 2. *Gac Sanit* 2000; 14(6): 442-8.
- Coster S, Gulliford MC, Seed PT, et al. Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabet Med* 2000; 17 (11): 755-61.
- Coster S, Gulliford MC, Seed PT, et al. Monitoring blood glucose control in diabetes mellitus: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4 (12).
- Davidson MB, Castellanos M, Kain D, et al. The effect of self-monitoring of blood glucose concentrations on glycated haemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial. *Am J Med* 2005; 118: 422-425.
- Estey AL, Tan MH, Mann K. Follow-up intervention: its effect on compliance with treatment to a diabetes regimen. *Diabetes Educ* 1990; 16: 291-5.
- Faas A, Schellevis FG, Van Eijk JT. The efficacy of self-monitoring of blood glucose in NIDDM subjects. A criteria-based literature review. *Diabetes Care* 1997; 20 (9): 1482-6.
- Farmer A, Wade A, Goyder E, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* 2007; 335: 132-139.
- Farmer AJ, Wade AN, French DP, et al. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2009; 13(15): iii-xi, 1.
- Ferreira SRG. Revisiting clinical trials on glycemic control and cardiovascular risk. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2009 ;1 :12.
- Fontbonne A, Billault B, Acosta M, et al. Is glucose self-monitoring beneficial in non-insulin treated diabetic patients? Results of a randomized comparative trial. *Diabetes & Metab* 1989; 15: 255-60.

- Guerci B, Drouin P, Grange V, et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes Metab* 2003; 29: 587-94.
- Heller S. Home blood glucose monitoring in type 2 diabetes. *Diabet Med* 2005; 22 Suppl 3, 11-3.
- Holman RR, Thorne KI, Farmer AJ, et al; 4-T Study Group. Addition of biphasic, prandial, or basal insulin to oral therapy in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2007;357:1716-30.
- Holmes V, Griffiths P. Self-monitoring of glucose levels for people with type 2 diabetes. *Br J Community Nurs* 2002; 7 (1): 41-6.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Rapid-acting insulin analogues for the treatment of diabetes mellitus type 2: final report. Report n° A05-04, April 2006.
- Jaber LA, Halapy H, Fernet M, et al. Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management. *Ann Pharmacother* 1996; 30: 238-43.
- Jansen JP. Self-monitoring of glucose in type 2 diabetes mellitus: a Bayesian meta-analysis of direct and indirect comparisons. *Curr Med Res Opin* 2006; 22 (4): 671-81.
- John WG. "Haemoglobin A1c: analysis and standardisation" *Clin Chem Lab Med*. 2003 Sep;41(9):1199-212. (Review).
- Keers JC, Bouma J, Links TP. Diabetes revalidatie: effecten en toepassing van een multidisciplinair intensief educatie programma. *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie* 2004;2(3):68-74.
- Kleefstra N, Hortensius J, van Hateren KJ, et al. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes: an overview. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and therapy* 2009; 2: 155-63.
- Kwon HS, Cho JH, Kim HS, et al. Establishment of blood glucose monitoring system using the internet. *Diabetes Care* 2004; 27: 478-83.
- Martin S, Schneider B, Heinemann L, et al for the ROSSO Study Group. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes and long-term outcome: an epidemiological cohort study. *Diabetologia* 2006; 49: 271-278.
- McAndrew L, Schneider SH, Burns E, et al. Does patient blood glucose monitoring improve diabetes control? A systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007; 33 (6): 991-1011.
- McGeoch G, Derry S, Moore RA. Self-monitoring of blood glucose in type-2 diabetes: what is the evidence? *Diabetes Metab Res Rev* 2007; 23 (6): 423-40.
- McIntosh B, Yu C, Lal A, Chelak K, Cameron C, Singh SR, Dahl M. Efficacy of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin: a systematic review and meta-analysis. *Open Medicine* 2010; 4 (2): E102-E113.
- Meier JL, Swislocki ALM, Lopez JR, et al. Reduction in self-monitoring of blood glucose in persons with type 2 diabetes results in cost savings and no change in glycemic control. *Am J Manag Care* 2002; 8(6): 557-65.
- Minerva art 2007;6(2)
- Minet L, Moller S, Vach W, et al. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Educ Couns* 2009.
- Muchmore DB, Springer J, Miller M. Self-monitoring of blood glucose in overweight type 2 diabetic patients. *Acta Diabetol* 1994; 31: 215-19.1994.
- Neeser K, Erny-Albrecht K, Weber C. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetic patients not receiving insulin. *Diabetes Care* 2006; 29(2): 480-1.

- Neeser K and Weber C. Cost impact of self-measurement of blood glucose on complications of type 2 diabetes: the Spanish perspective. *Diabetes Technol Ther* 2009; 11(8): 509-16.
- Niskanen L, Jensen LE, Rastam J, et al. Randomized, multinational, open-label, 2-period, crossover comparison of biphasic insulin aspart 30 and biphasic insulin lispro 25 and pen devices in adult patients with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther* 2004;26:531-40.
- O'Kane MJ, Bunting B., Copeland M, Coates VE, ESMON study group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 1174-7.
- Palmer AJ, Dinneen S, Gavin JR, et al. Cost-utility analysis in a UK setting of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes. *Curr Med Res Opin* 2006; 22(5): 861-72.
- Poolsup N, Suksomboon N, Jiamsathit W. Systematic review of the benefits of self-monitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patients. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2008; 10 (s1): 51-66.
- Poolsup N, Suksomboon N, Rattanasookchit S. Meta-analysis of the benefits of self-monitoring of blood glucose on glycemic control in type 2 diabetes patients: an update. *Diabetes Technol Ther* 2009; 11 (12): 775-84.
- Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, et al. Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25(3): 458-63.
- Rubin RR and Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-218.
- Rutten G, van Eijk J, de Nobel E, et al. Feasibility and effects of a diabetes type II protocol with blood glucose self-monitoring in general practice. *Fam Pract* 1990; 7: 273-8.
- Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, Maclaren NK, McDonald JM, Parrott M. "Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus" *Clin Chem*. 2002 Mar;48(3):436-72. (Guidelines).
- Sarol JN, Nicodemus NAJ, Tan KM, et al. Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966-2004). *Curr Med Res Opin* 2005; 21 (2): 173-84.
- Schwedes U, Siebolds M, Mertes G. Meal-related structured self-monitoring of blood glucose: effect on diabetes control in non-insulin-treated type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2002; 25: 1928-32.
- Simon J, Gray A, Clarke P, et al. Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial. *BMJ* 2008; 336(7654): 1177-80.
- St John A, Davis WA, Price CP, et al. The value of self-monitoring of blood glucose: a review of recent evidence. *J Diabetes Complications* 2009.
- Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000; 321: 405-412.
- Towfigh A, Romanova M, Weinreb JE, et al. Self-monitoring of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus not taking insulin: a meta-analysis. *Am J Manag Care* 2008; 14 (7): 468-75.
- Tunis SL and Minshall ME. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: cost-effectiveness in the united states. *Am J Manag Care* 2008; 14(3): 131-40.
- Tunis SL, Willis WD, Foos V. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) in patients with type 2 diabetes on oral anti-diabetes drugs: cost-effectiveness in France, Germany, Italy, and Spain. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(1): 163-75.

- Tunis SL and Minshall ME. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) for type 2 diabetes patients treated with oral anti-diabetes drugs and with a recent history of monitoring: cost-effectiveness in the US. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(1): 151-62.
- Weber C, Schneider B, Lodwig V, et al. Cost impact of blood glucose self-monitoring on complications of type 2 diabetes: a Swiss perspective (ROSSO study No.11). *Swiss Med Wkly* 2007; 137(39-40): 545-50.
- Weber C, Kocher S, Neeser K, et al. Impact of self-measurement of blood glucose on complications of type 2 diabetes: economic analysis from a Czech perspective. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(2): 289-96.
- Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005; 28 (6): 1510-7.
- Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD005060.
- Wing RR, Epstein LH, Nowalk MP, et al. Does self-monitoring of blood glucose levels improve dietary compliance for obese patients with type II diabetes? *Am J Med* 1986; 81: 830-6.

Standpunt

**Fear Fighter, een op basis van
cognitieve gedragstherapie
gecomputeriseerde behandeling van
agorafobie met en zonder paniek**

Uitgave

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

Volgnummer

2010104045

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

Mw. mr. J.M. van Diggelen en A. Veerman, arts

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft op verzoek een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek, genaamd Fear Fighter (FF) beoordeeld.

Agorafobie, ofwel pleinvrees is een angststoornis. In de top tienlijst van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken nemen angststoornissen de derde plaats in (zesde plaats voor mannen en eerste plaats voor vrouwen).

De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve gedragstherapie, ook met inzet van computer/internet, is een behandelvorm die de beroepsgroep pleegt te bieden.

Er zijn onvoldoende gegevens die aantonen dat een FF-behandeling beter is dan geen behandeling, of dat de interventie FF gelijkwaardig of beter is dan de gebruikelijke behandeling.

De conclusie van het CVZ is dat de interventie FF niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen te verzekeren zorg is volgens de Zorgverzekeringswet.

1. Inleiding

Aanleiding

Interhealth BV heeft het CVZ om een beoordeling verzocht ¹ van een cognitieve gedragstherapie waarbij gebruikt gemaakt wordt van een intelligent kennissysteem (Fear Fighter) ter behandeling van agorafobie met en zonder paniek. De vraag is voorgelegd of deze interventie tot de te verzekeren prestaties behoort krachtens de Zorgverzekeringswet.

Opbouw rapport

Het rapport heeft de volgende opbouw. Hoofdstuk 2 bevat een omschrijving van de te beoordelen interventie en medische achtergrondinformatie. De juridische en medische beoordeling zijn opgenomen in hoofdstuk 3. Vervolgens geeft het CVZ het standpunt over de vraag of deze op cognitieve gedragstherapie gebaseerde gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met of zonder paniek als te verzekeren zorg is aan te merken (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 geeft het CVZ de consequenties van het standpunt aan. Tot slot (hoofdstuk 6) wordt de datum vermeld waarop het standpunt is ingenomen.

¹ Brief van 10 februari 2010 (zaaknummer 2010024628)

2. Medische achtergrond

Interventie

De interventie betreft een gecomputeriseerd programma voor cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van agorafobie (pleinvrees) met en zonder paniek.

Het programma (Fear Fighter) is ontwikkeld door Interhealth BV. Het programma behelst een geautomatiseerd expert-systeem, dat de patiënt leidt door diverse modules cognitieve gedragstherapie, zonder dat daaraan actief een behandelaar te pas komt. De behandelaar speelt tijdens die modules een rol op afstand in die zin dat deze na elke module een rapportage ontvangt van het intelligente kennissysteem waarin de gemoeidstoestand van de patiënt op de voet kan worden gevolgd. De interventie wordt aangeboden binnen de kaders van een behandelrelatie tussen patiënt en behandelaar.

Het gaat om negen afzonderlijke, opvolgende modules, die binnen kaders van enkele face-to-face contacten aan de patiënt worden aangeboden, zowel in de eerstelijns, als in de tweedeelijns GGZ. In de eerstelijns vinden gemiddeld twee face-to-face contacten plaats. De modules kosten de patiënt ongeveer een uur om te voltooien. Daarnaast doet de patiënt huiswerk (inclusief zelfexposure) om de modules voor te bereiden. De verantwoordelijke therapeut heeft inzage in de voortgang van de patiënt. Het gemiddelde tijdsbeslag voor de begeleidende therapeut is ongeveer vijf minuten per module. Gedurende de zittingen (face-to-face contacten) wordt de patiënt geholpen specifieke problemen te identificeren en in relatie daartoe, realistische behandeldoelen te stellen.

DSM-IV

De interventie Fear Fighter is voor mensen met agorafobie met of zonder paniek. Vóór de totstandkoming van de DSM-IV werden in de DSM III de ziektebeelden 'agorafobie' en 'agorafobie met paniekaanvallen' omschreven. In de DSM-IV zijn dit 'paniekstoornis met agorafobie' en 'agorafobie zonder voorgeschiedenis van paniekstoornis'. De laatstvermelde ziektebeelden zijn gelijk aan agorafobie met en zonder paniek.

Ziekte last

De totale ziekte last veroorzaakt door angststoornissen bedroeg 202.000 DALY's (75.600 bij mannen en 126.400 bij vrouwen) in 2007. In de top tienlijst van ziekten die de grootste ziekte last veroorzaken nemen angststoornissen hiermee de derde plaats in (zesde plaats voor mannen en eerste plaats voor vrouwen)[4]. Dit maakt het van des te meer belang om naar effectieve, laagdrempelige en efficiënte behandelmethoden te zoeken, bijvoorbeeld door inzet van computers en internet.

MDR Angststoornissen

In de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen[5] is aangegeven bij paniekstoornissen dat exposure in vivo en verschillende soorten van paniekmanagement effectieve interventies zijn. Bij paniekstoornis met agorafobie is exposure in

vivo als interventie aan-bevolen. Ook e-health is opgenomen in de richtlijn.

CBT

Cognitieve gedragstherapie (cognitive behaviour therapy, CBT) is, in de gebruikelijke vorm, onderdeel van de 'stepped care' behandeling van bepaalde psychische stoornissen. In stepped care krijgt de patiënt eerst de minst intensieve behandeling. Indien deze behandeling onvoldoende resultaat heeft, wordt een intensievere behandeling ingezet.

Cognitieve gedragstherapie wordt toegepast bij stoornissen waarbij depressieve verschijnselen, angststoornissen, obsessie, dwangverschijnselen, paniekstoornissen en fobieën een rol spelen. De gebruikelijke vorm behelst een aantal zittingen met face-to-face-interactie tussen de patiënt en de psychotherapeut.

E mental health

Ontwikkelingen van de laatste jaren laten een toename van mogelijkheden van behandeling via computer en/of internet zien. Hiermee kunnen meer mensen bereikt worden. In het algemeen is de tijd die een professional besteedt aan deze behandelingen minder dan de tijd via de gebruikelijke face-to-face contacten, waardoor in principe doelmatigheidswinst kan ontstaan.

**CBT via
computer/internet
(CCBT)**

Het aanbieden van cognitieve gedragstherapeutische behandeling via de computer ("computerised cognitive behaviour therapy" (CCBT)) verschilt op wezenlijke punten van de gebruikelijke face-to-face interactie, en heeft zijn eigen dynamiek met eigen potentiële voor- en nadelen.

Dat betekent, dat waar in een face-to-face therapie een bepaalde gedragstherapeutische aanpak effectief gebleken is, dit niet automatisch hoeft te gelden voor een interactief computerprogramma. Bij de interventie Fear Fighter speelt de verantwoordelijke therapeut slechts een begeleidende rol. De feitelijke therapeutische interactie via de computer plaats tussen de cliënt en een geautomatiseerd expertsysteem.

3. Beoordeling standpunt Zvw

3.a. Wet- en regelgeving

Wettelijk kader

Het wettelijke kader waarbinnen het CVZ de onderhavige interventie toetst is de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de Zvw en aanverwante regelingen.

Te verzekeren risico

- Artikel 10 Zvw bepaalt welke risico's moeten worden verzekerd in een zorgverzekering.
- Artikel 10, onder a Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte inhoudt aan onder meer geneeskundige zorg.

AMvB: Bzv

- Artikel 11, derde lid Zvw geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader worden geregeld. Deze AMvB vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- Artikel 2.1, eerste lid Bzv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zvw de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Bzv.

Stand van de wetenschap en praktijk

- Artikel 2.1, tweede lid Bzv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zo'n maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Plegen te bieden

- Artikel 2.4, eerste lid, aanvang en onder a, sub 2 van het Bzv omschrijft dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen (..) die plegen te bieden, alsmede (...).

Bij deze beoordeling zijn ook de volgende bepalingen van belang:

- Artikel 2.4, eerste lid, onder d van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat eerstelijnspsychologische zorg ten hoogste acht zittingen per jaar omvat.
- Artikel 2.4, derde lid van het Besluit zorgverzekering geeft aan dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt.
- Artikel 2.3 van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat voor eerstelijnspsychologie de verzekerde een eigen bijdrage betaalt van € 10 per zitting.

Criteria voor beoordeling

Het CVZ beoordeelt in het kader van deze wettelijke bepalingen of de interventie voldoet aan de beide genoemde

vereisten:

- geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden (paragraaf 3.b.),
- zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk of, bij ontbreken van die maatstaf, als zorg die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (paragraaf 3.c.).

3.b. Plegen te bieden

Het CVZ stelt vast of aan het criterium 'plegen te bieden' wordt voldaan aan de hand van het rapport 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden' van 17 november 2008[1].

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is de zorg zoals onder meer huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de beroepsgroepen zorg verlenen overeenkomstig de voor hen geldende standaarden.

Van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is sprake als geneeskundige zorg nodig is voor de behandeling van een psychische stoornis. Het College rekent zorg bij psychische stoornissen van As I en As II in de DSM-IV classificatie[2] tot de geneeskundige zorg.

Aanvaard zorg-arsenaal en op professioneel juiste wijze geleverd

Het CVZ gaat in dat verband na of het zorg betreft die de beroepsgroepen van de in de regelgeving genoemde zorgverleners (psychiaters en klinisch-psychologen) tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekenen en of de zorg wordt geleverd op een wijze die deze beroepsgroepen als professioneel juist beschouwen.

CGT

De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve gedragstherapie betreft een mengeling van gedragstherapie en interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag en agressie. Binnen het GGZ-aanbod aan behandelvormen is cognitieve gedragstherapie een veel gebruikte behandelvorm. Ook binnen de GGZ-richtlijnen, waaronder die voor angststoornissen neemt cognitieve gedragstherapie (met exposure) een belangrijke plaats in.

Conclusie

Cognitieve gedragstherapie is een behandelvorm die de beroepsgroep pleegt te bieden.

3.c. Stand van de wetenschap en praktijk

EBM-principes	Het CVZ volgt voor de beoordeling of een prestatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk de principes van Evidence Based Medicine (EBM). Het CVZ beschrijft in zijn rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'[3] van 5 november 2007 op welke wijze wordt getoetst of zorg aan dit criterium voldoet. Het CVZ heeft onderzocht of het programma Fear Fighter bij de behandeling van paniek/fobie voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.
Vraagstelling	3.c.1. Vraagstelling De vraagstelling die centraal staat in deze beoordeling is: - Voldoet FF voor patiënten met agorafobie met en zonder paniek-stoornis aan het wettelijk criterium 'stand van wetenschap en praktijk'?
PICO + T + Q	Voorafgaand aan de literatuursearch is de vraagstelling nader aangescherpt door middel van een PICO + T + Q.
Populatie	- Patiënten met angststoornissen (P).
Interventie	- Een gecomputeriseerd programma voor cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van agorafobie (pleinvrees) met en zonder paniek (I)
Control	- Het CVZ vergelijkt de interventie met usual care, zoals klassieke gedragstherapie of niets doen (C).
Outcome	- Mate van angst en maatschappelijk functioneren. Is er na de behandeling geen verdere therapie meer nodig (van "case" naar "non-case") (O).
Time	- Het CVZ heeft geen duidelijke afkappunten kunnen vinden voor de follow-up duur. Het CVZ hanteert minimaal een half jaar, onder verwijzing naar de indeling die Cochrane heeft gehanteerd voor de beoordeling van psychotherapie bij ge-generaliseerde angststoornissen[6]. In deze review zijn studies ingedeeld in short term (6 mnd.), medium term (7-12 mnd.) en long term > 12 mnd. (T).
Quality	- Voor het aantonen van de effectiviteit heeft het CVZ gezocht naar vergelijkende studies, bij voorkeur randomized clinical trials. Tevens heeft het CVZ gekeken of er studies zijn die de effectiviteit aantonen ten opzichte van een placebogecontroleerde studie (Q).

Zoektermen	<i>3.c.2. Zoekstrategie en resultaten literatuurstudie</i> Het College heeft in april 2010 via Medline een literatuur search verricht, met de zoektermen: Fear Fighter. Vervolgens is breder gezocht met: (anxiety OR panic OR phobia OR agoraphobia) AND (cognitive OR CBT) AND (computer OR internet) Filter: in process "Anxiety Disorders/therapy"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] AND "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh] AND (cognitive OR CBT) Filter: RCT's, Meta-analyse, systematic review, vanaf 2006. De limiet 2006 is gekozen, omdat Kaltenthaler[11] de bron is voor alle daaraan voorafgaande relevante publicaties; hieruit zijn de relevante artikelen aan het literatuuroverzicht toegevoegd.
Resultaat en selectiecriteria	De search leverde 22 artikelen op. Relevant voor dit rapport zijn de artikelen waarin in maat en getal verslag gedaan wordt van de effecten van de FF-behandeling bij patiënten. Op basis van de abstracts werden de artikelen geselecteerd die voor de vraagstelling van dit rapport mogelijk relevant waren, gedocumenteerd en in maat en getal verslag deden van de effecten van de behandeling met het specifieke FF-programma bij patiënten. Uitgesloten werden de artikelen die slechts andere aspecten behandelden, zoals kosten, instrueerbaarheid van studenten of therapeuten, tijdswinst voor cliënten of therapeuten. Na deze selectie bleven uiteindelijk vijf artikelen over[7-11]. De aanvrager leverde ook nog twee relevante artikelen aan[12,13]. Van deze 7 studies zijn er drie vergelijkende studies. Daarvan is er één een feasibility studie (haalbaarheidsstudie) [9], en door de beperkingen ervan niet bruikbaar. In twee gevallen wordt vergeleken met een placebo (minimale vorm van computer gedragstherapie [7] of computergestuurd zelf-relaxatie programma [8]). Studie 8 vergelijkt FF tevens met traditionele gedragstherapie. Ook werd gezocht bij buitenlandse pakketautoriteiten en verzekeraars naar aanknopingspunten. Als enige aanknopingspunt leverde dit laatste de appraisal van NICE op[14]. Zie voor deze referenties bijlage 1. In bijlage 2 is een overzicht van de geselecteerde studies met samenvattende gegevens opgenomen.
Relevante literatuur	<i>3.c.3. Kwaliteit en beoordeling geselecteerde literatuur</i> Hieronder volgt een weergave van alle gevonden literatuur waarin verslag wordt gedaan van de effecten bij patiënten. De relevantie voor de vraagstelling is kort omschreven.

Marks[12]	Marks 2003 beschrijft als onderdeel van zijn bredere studie de resultaten bij 27 patiënten die met FF werden behandeld. Er was een drop-out van 16/43 van de aanvankelijk geïncludeerden. De follow-up duur is niet duidelijk. Het is dus onvolledig duidelijk wat de gemeten verbetering (36,4% tot 47,7% gemiddeld over verschillende scores) zegt over het specifieke effect van de behandeling. Het is een niet-vergelijkende serie.
Kenwright[7]	Kenwright 2004 doet verslag van een pilotstudy, kennelijk dezelfde serie als Marks 2003[12], met een iets andere opstelling van de gegevens. Zij vergeleken binnen die serie de 10 thuis/internet FF patiënten met de 17 stand-alone/kliniek FF-patiënten. De follow-up duur wordt nu wel vermeld: 16 weken. Beide groepen verbeterden in gelijke mate. Een vergelijkend element tussen FF en enig andere vorm van behandeling ontbreekt dus in deze analyse van de resultaten.
Schneider[8]	Schneider 2005 publiceerde een deels geblindeerde, gerandomiseerde controlled trial met een randomisering, namelijk 2:1 verhouding tussen behandelgroep (n=45) en controlegroep (n=23). De drop-out in de groepen was respectievelijk 12/45 en 8/23 en de 1 maand follow-up slechts 31/45 en 13/23. FF (inclusief self-exposure) werd vergeleken met een minimale vorm van computer-CGT zonder exposure "Managing Anxiety" (MA). Na week 10 waren er geen significante verschillen in uitkomst, maar tussen week 10 en week 14 ontstond er een statistisch significant verschil op 5 van de 10 gebruikte schalen ten voordele van FF. In opzet een redelijke studie, maar de getallen zijn relatief klein, en voor zover er significante uitkomsten zijn, zijn die klein. Het grote aantal uitvallers doet verder afbreuk aan de betekenis van de resultaten.
Hayward[13]	Hayward 2007 publiceerden een serie. Van de 56 geïncludeerde patiënten zijn er 26 die de behandeling geheel of gedeeltelijk volgden. Wel is er aandacht voor de klinische relevantie van de verbetering ten opzichte van de aanvang van de behandeling: op een subschaal van de Fear Questionnaire, namelijk de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), zouden ongeveer de helft van de patiënten qua angst en depressie van een score >10 ("case") tot <10 ("non-case") zakken. Het is geen vergelijkend onderzoek. Het zeer hoge percentage uitvallers doet daarnaast ernstig afbreuk aan de betekenis van de gerapporteerde effecten.
Marks[9]	Marks 2004 is een gerandomiseerd onderzoek waarin twee behandelarmen en één placebo-arm worden vergeleken. De behandelingen waren FF-behandeling en conventionele behandeling door een therapeut. Als placebo gold computer-relaxatie therapie. De drop-out in de twee behandelgroepen was groot (resp. 16/37 en 10/39). Van de drie armen waren er maar respectievelijk 19, 27 en 14, die een follow-up kenden, en dat van slechts één maand. Volgens de tekst is het een

intention-to-treat analyse, maar de gerapporteerde getallen blijken alleen te gaan over degenen die de behandeling afmaakten. Door deze beperkingen heeft de analyse van de resultaten weinig betekenis meer voor de vraagstelling van dit rapport, ondanks de relatief goede opzet van dit onderzoek.

Kenwright[10]

Kenwright 2001 publiceert een feasibility study. Een groep van 20 zelfverwijzers kregen een aantal FF-sessies aangeboden. Professionele therapeuten werden hierbij niet ingeschakeld, de selectie en begeleiding van de patiënt gebeurde door praktijk-verpleegkundigen. De zelfverwijzers (FF-groep) verbeterden net zo veel als een iets ernstiger groep die door een therapeut werden behandeld. Door de beperkte opzet kunnen er geen conclusies over de effectiviteit getrokken worden, slechts over de uitvoerbaarheid van de behandeling zonder inzet van een psychotherapeut en de uitvoerbaarheid van een vergelijkend onderzoek.

Kaltenthaler[11]

Kaltenthaler 2006 is een review, waarin vermeld wordt dat er enige steun te vinden is voor de effectiviteit van FF. De vier artikelen waarin zij die steun vonden, zijn alle vier in het literatuuroverzicht opgenomen en zijn dus hierboven al besproken. Voor zover die studies dus enige steun verlenen, is die onvoldoende om te concluderen dat FF effectief is.

NICE[14]

De beoordeling (appraisal) door NICE (herziening uit 2008 van de oorspronkelijke appraisal uit 2006) geeft een beschrijving van de bevindingen van enkele computer-CGT programma's, waaronder FF. In de Guidance die daarin voorafgaat wordt FF "aanbevolen als optie voor computer-CGT bij de behandeling van paniek en fobie". Een duidelijke relatie tussen de door NICE gehanteerde literatuur en de uiteindelijke appraisal is niet in die publicatie opgenomen. Inhoudelijke opmerkingen van de appraisal committee zijn niet in de review opgenomen. In het stuk is dus geen beargumenteerde onderbouwing (evidence) voor de aanbeveling voor vergoeding te vinden.

***Conclusie
effectstudies***

De twee studies waarin FF werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling dan wel met placebo zijn van onvoldoende kwaliteit gezien de grote drop-out en de beperkte follow-upduur (1 maand) van beide studies.

Uit deze literatuur blijkt overigens wel dat gerandomiseerd onderzoek goed uitvoerbaar is. Maar alle bovengenoemde studies zijn beperkt van opzet, met een beperkt aantal geïncludeerde patiënten. Voldoende geïncludeerde patiënten is van belang vanwege het feit dat een hoge drop-out binnen de curatieve ggz niet ongebruikelijk is. Hoge drop-out bij evaluatiestudies zonder intention-to-treat analyses betekent een ernstige aantasting van de validiteit van de uitkomsten. Dit betekent dus dat er meer patiënten geïncludeerd moeten worden om tot valide resultaten te komen. Een belangrijk

manco is voorts, dat de resultaten niet inzichtelijk maken in hoeverre de patiënten na de behandeling nog verdere therapie nodig hebben, zich dus van “case” tot “non-case” ontwikkelen. Er zijn onvoldoende gegevens die aantonen dat een FF-behandeling beter is dan een placebo behandeling, of dat FF gelijkwaardig of beter is dan de gebruikelijke behandeling.

3.c.4. Inhoudelijke raadpleging

Het ontwerprapport is op 24 augustus 2010 per email voor inhoudelijk commentaar verzonden aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten. Het CVZ heeft deze organisaties gevraagd of de gegevens waarop het CVZ zijn standpunt baseert, juist geïnterpreteerd en volledig zijn.

De reacties (bijlagen) hebben niet geleid tot wijziging van het concept.

Wat betreft eventuele omissies of fouten wijst de deskundige uit de kring van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op de meta-analyse[15], die gebruikt is bij het opstellen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen [5]. Het CVZ heeft deze meta-analyse niet in het rapport geïncludeerd omdat deze geen gegevens bevat waaruit iets afgeleid kan worden over de effectiviteit van het programma FF. De meta-analyse bestudeert de effectiviteit van internetbehandelprogramma's op basis van CGT bij symptomen van depressie en angst. De meta-analyse heeft een aantal beperkingen, zoals de auteurs zelf constateren. De in de meta-studie geïncludeerde studies voor de behandeling van angstsymptomen (4 voor de behandeling van paniekstoornis en 1 van sociale fobie) kennen allemaal een klein aantal geïncludeerde deelnemers (in totaal 178 deelnemers voor paniekstoornis). De inclusiecriteria voor deelname verschilden. De aan- of afwezigheid van een stoornis is niet altijd vooraf vastgesteld. Op basis van deze metaanalyse kan het CVZ niet concluderen dat internetbehandling van angststoornissen conform stand van wetenschap en praktijk is.

De deskundige uit de kring van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten wijst geen omissies of fouten aan.

3.c.5. Conclusie stand van de wetenschap en praktijk

Effecten van de FF-behandeling zijn vooralsnog niet voldoende aangetoond. Het gepubliceerde materiaal is zeer beperkt en grotendeels methodologisch onvoldoende.

De toepassing van FF voldoet dus niet aan de stand van wetenschap en praktijk.

4. Standpunt

<i>Plegen te bieden</i>	De interventie Fear Fighter is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Deze therapie valt onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen plegen te bieden.
<i>Stand van de wetenschap en praktijk</i>	De literatuur bevat onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van Fear Fighter. Hiermee voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
<i>Conclusie: geen verzekerde zorg</i>	Op grond hiervan concludeert het CVZ dat Fear Fighter niet behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

5. Consequenties

Het CVZ heeft geconcludeerd dat de behandeling van agorafobie met en zonder paniek via het programma Fear Fighter niet conform de stand van wetenschap en praktijk is. Dit betekent dat verzekeraars deze behandeling niet langer ten laste van de basisverzekering kunnen vergoeden, voor zover het nieuw te starten behandelingen betreft.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 september 2010.

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Literatuurlijst

1. College voor Zorgverzekeringen. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. herz. dr. Diemen, 2009. Rapportnr. 268. Beschikbaar via www.cvz.nl.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 2000.
3. College voor Zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. Rapportnr. 254. Beschikbaar via www.cvz.nl.
4. RIVM. Angststoornissen. 2010. Geraadpleegd in Aug 2010 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/angststoornissen/>.
5. CBO. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht, 2003.
6. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, et al. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001848.
7. Kenwright M, Marks I, Gega L, et al. Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. Br J Psychiatry 2004;184:448-9.
8. Schneider AJ, Mataix-Cols D, Marks IM, et al. Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. Psychother Psychosom 2005;74:154-64.
9. Marks IM, Kenwright M, McDonough M, et al. Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. Psychol Med 2004;34:9-17.
10. Kenwright M, Liness S, Marks I. Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. Feasibility study. Br J Psychiatry 2001;179:456-9.
11. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2006;10:iii, xi-iii, 168.
12. Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, et al. Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. Br J Psychiatry 2003;183:57-65.
13. Hayward L, MacGregor AD, Peck DF, et al. The feasibility and effectiveness of computer-guided CBT (fearfighter) in a rural area. Behav Cogn Psychother 2007;35:409-19.
14. NICE. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. 2008. Geraadpleegd in April 2010 via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11568/33185/33185.pdf>.
15. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med 2007;37:319-28.

Onderwerp:	Genexpressietest Mammaprint® bij de behandeling van het mammacarcinoom
Samenvatting:	Mammaprint® is een commercieel verkrijgbare genexpressie-test die de expressie meet van 70 genen in mamma tumorweefsel. De claim is dat op basis van deze testuitslag patiënten nauwkeuriger in te delen zijn in een hoog- of laagrisico groep op het verkrijgen van metastasen. Alleen patiënten in de hoogrisico groep zouden zijn geïndiceerd voor behandeling met adjuvante chemotherapie. In dit geschil speelt de vraag of toepassing en navolging van de Mammaprint® voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft een literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij is getoetst op klinisch nut van de Mammaprint®. Dit houdt in, dat de behandeling naar aanleiding van de testuitslag gezondheidswinst moet opleveren voor de patiënt ten opzichte van de huidige behandeling. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar die aantonen dat wel of geen behandeling met chemotherapie naar aanleiding van de Mammaprint® uitslag daadwerkelijk leidt tot gezondheidswinst. Daarmee voldoet de medische test Mammaprint® niet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zw
Datum:	29 oktober 2010
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

De adviesaanvraag

Naar aanleiding van een geschil over de vergoeding van de kosten van een Mammaprint® is het College voor Zorgverzekeringen verzocht te beoordelen of de Mammaprint® te beschouwen is als zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Toepasselijke wet- en regelgeving

Met betrekking tot deze adviesaanvraag zijn de volgende bepalingen van belang.

- Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.
- Artikel 11, derde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering.
- Artikel 2.1, eerste lid Besluit zorgverzekering regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Besluit zorgverzekering.

- Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering omschrijft dat de zorg zoals onder meer medisch-specialisten deze plegen te bieden onder geneeskundige zorg valt.
- Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Stand wetenschap en praktijk

De toepassing van de medische test Mammaprint® kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze College

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk ge-rekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten.

De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt.

Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.

Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg wordt genomen met bewijs van een lager niveau.

Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meer-waarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ heeft in mei 2010 een literatuursearch verricht met de zoektermen Mammaprint® en 70 Gene Signature en Profile.

Op basis van dit onderzoek concludeert het College dat de Genexpressie test Mammaprint® bij de behandeling van mammacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een nadere motivering van het medisch advies verwijst het College naar bijgevoegde achtergrondrapportage.

Juridische beoordeling

Op grond van de Zorgverzekeringswet is een interventie van geneeskundige aard een te verzekeren prestatie als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Gelet op toepasselijke wet- en regelgeving en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat de Genexpressie test Mammaprint® bij de behandeling van mammacarcinoom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve niet behoort tot de te verzekerde prestatie geneeskundige zorg.

Onderwerp:	Targeted Training Therapy
Samenvatting:	Targeted Training Therapy is geen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	23 november 2010
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Paramedische zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzoeker heeft cerebrale parese ten gevolge van een perinatale asfyxie. Sinds zijn geboorte zijn behandelingen gericht om zijn motorische, cognitieve en communicatieve ontwikkeling te stimuleren. Zijn behandelend revalidatiearts heeft verklaard dat verzoeker goede vorderingen maakt in de ontwikkeling van zijn communicatieve en cognitieve vaardigheden, maar dat verzoeker nog beperkt wordt op het gebied van balans.

Voor verdere verbetering van de balans en zijn motorische functies hebben de ouders van verzoeker daarom verzocht om vergoeding van 'Targeted Training Therapy' van The Movement Centre in Groot-Brittannië. Volgens de behandelend revalidatiearts wordt hierbij gebruik gemaakt van een speciale stabalansvoorziening en een gestructureerd thuisoefenprogramma om de balans dagelijks in de thuissituatie te kunnen trainen.

Verweerder stelt dat uit de overgelegde literatuur blijkt dat het effect van de 'Targeted Training' marginaal is en niet gebleken is dat er sprake is van een blijvende verbetering. Verder bestaat over deze behandeling geen wetenschappelijk onderzoek, zodat er volgens verweerder geen sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus geen verzekerde prestatie.

Wet en regelgeving

In dit advies zijn de volgende bepalingen van belang.

Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering

Artikel 10, onder a Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv).

Artikel 2.1, eerste lid Bzv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.1, tweede lid Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Plegen te bieden

In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden. Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Bij het plegen te bieden-criterium gaat het – kort gezegd – om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Om vast te stellen wat de beroepsgroep tot het aanvaarde zorgarsenaal rekent, gaat het CVZ te rade bij de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep¹.

Het College is van oordeel dat balanstreining een gebruikelijk onderdeel is binnen de bestaande revalidatie- en fysiotherapeutische behandelingen.

Stand wetenschap en praktijk

De behandeling Targeted Training kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze College

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten.

De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt.

Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.

Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg wordt genomen met bewijs van een lager niveau.

Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

¹ Zie het CVZ-rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. (CVZ 2008, 268)

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt dat er een literatuursearch is uitgevoerd op basis van internationale literatuur. Op basis van deze literatuursearch concludeert de medisch adviseur dat 'Targeted Training' behandeling bij Cerebrale Parese niet voldoet aan de criteria voor stand van wetenschap en praktijk.

De onderbouwing van dit standpunt is opgenomen in bijgevoegde achtergrondrapportage. Verzoeker heeft een indicatie chronische fysiotherapie op grond van de Zorgverzekeringswet en is hiervoor ook al onder behandeling van een kinderfysiotherapeut, aldus de medisch adviseur.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding van de gevraagde behandeling.

In artikel 2.3 is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Gelet op hierboven weergegeven standpunt voldoet 'Targeted Training' niet aan de criteria voor de stand van de wetenschap en praktijk en behoort het niet tot de verzekerde zorg.

Advies van het College

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Onderwerp:	Nesovic-operatie, al dan niet in combinatie met adductoren-release, bij sportgerelateerde liesklachten (chronische pubalgie)
Samenvatting:	Onvoldoende is aangetoond dat behandeling van sportgerelateerde liesklachten, niet zijnde hernia inguinalis, met een Nesovic operatie of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, ten minste even effectief is, ook op de lange termijn, als de gebruikelijke conservatieve behandeling. Goed opgezette studies naar het effect van deze operaties, met een adequate controlegroep en voldoende follow-up tijd, ontbreken op dit moment. Operatieve behandeling van sportgerelateerde liesklachten middels een Nesovic- of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, voldoet op dit moment niet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet. Het betreft dan ook geen verzekerde zorg.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	23 november 2010
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

In geschil is de vergoeding van een bilaterale Nesovic-operatie in combinatie met een adductoren release ter behandeling van chronische pubalgie en adductoren tendinitis. Verzoeker had voor de ingreep sinds twee jaar liesklachten waarbij fysiotherapie en rust niet hielp. Verweerder stelt zich op het standpunt dat de behandeling van chronische pubalgie en adductoren tendinitis door middel van een Nesovic-operatie in combinatie met een adductoren release niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en wees vergoeding van de ingreep af.

Wet en regelgeving

In dit advies zijn de volgende bepalingen van belang.

Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering

Artikel 10, onder a Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (hierna: Besluit Zv).

Artikel 2.1, eerste lid Besluit Zv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.1, tweede lid Besluit Zv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Stand wetenschap en praktijk

Behandeling van sportgerelateerde liesklachten (chronische pubalgie), niet zijnde hernia inguinalis, met een Nesovic-operatie of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, (al dan niet) in combinatie met adductorenrelease kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Werkwijze College

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten.

De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.

Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg wordt genomen met bewijs van een lager niveau.

Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. De medisch adviseur heeft onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van behandeling van sportgerelateerde liesklachten (chronische pubalgie), niet zijnde hernia inguinalis, met een Nesovic-operatie of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, (al dan niet) in combinatie met adductorenrelease. Het volledige rapport is bijgevoegd. Onderstaand treft u een korte samenvatting en de conclusie aan.

Liesklachten komen frequent voor bij sporters. In een aantal gevallen treden liesklachten langdurig op en kunnen deze sportactiviteiten belemmeren. Over de exacte oorzaak van chronische sportgerelateerde liesklachten is de literatuur niet eenduidig. Ook worden verschillende benamingen gebruikt, waaronder pubalgie en sporthernia. Mogelijke oorzakelijke factoren zijn zwakte van de achterwand in het lieskanaal en/of disbalans tussen buikspieren en adductoren. De gebruikelijke behandeling bestaat uit rust, pijnstilling en fysiotherapie.

Op dit moment is onvoldoende aangetoond dat behandeling van sportgerelateerde liesklachten, niet zijnde hernia inguinalis, met een Nesovic operatie of soortgelijke (liesbreuk-) operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, ten minste even effectief is, ook op de lange termijn, als de gebruikelijke conservatieve behandeling.

Goed opgezette studies naar het effect van deze operaties, met een adequate controlegroep en voldoende follow-up tijd, ontbreken op dit moment.

Operatieve behandeling van sportgerelateerde liesklachten middels een Nesovic- of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, voldoet op dit moment niet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet. Het betreft dan ook geen verzekerde zorg.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 17.1 onder a van de CZ Zorg-op-Maatpolis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten onder andere mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Zorgvormen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen niet voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zogenoemde 'basisverzekering' in aanmerking.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat er geen sprake is van verzekerde zorg, omdat operatieve behandeling van sportgerelateerde liesklachten middels een Nesovic- of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

Advies

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

Standpunt

**Deep Brain Stimulation bij obsessieve
compulsieve stoornis, depressie en Gilles de
la Tourette**

<i>Volgnummer</i>	2010139995
<i>Afdeling</i>	ZA
<i>Auteur</i>	mr. B. Blekkenhorst
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 8555

Samenvatting

Bij DBS worden via een operatieve ingreep elektrodes in specifieke delen van de hersenen geplaatst. Via een onderhuids geplaatste neurostimulator kunnen kleine impulsen worden gegeven via deze elektrodes met als doel de hersengebieden waarin zij zijn geplaatst, tijdelijk te beïnvloeden.

Geen stand wetenschap en praktijk

DBS als behandeling van OCS, therapieresistente depressie en therapieresistente Gilles de la Tourette voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en kan niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie (geneeskundige zorg) krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

1. Inleiding

Deep Brain Stimulation

Deep Brain Stimulation (DBS) is een operatieve ingreep waarbij elektrodes in specifieke delen van de hersenen worden geplaatst. Via een onderhuids geplaatste neurostimulator kunnen kleine impulsen worden gegeven via deze elektrodes met als doel de hersengebieden waarin zij zijn geplaatst, tijdelijk te beïnvloeden.

Indicaties

De techniek van DBS leent zich tot het behandelen van diverse neurologische en psychische aandoeningen. In dit standpunt wordt verduidelijkt of DBS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij de volgende indicaties:

- patiënten met Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS):
 - met zeer ernstige, invaliderende symptomen;
 - die alle mogelijke behandelopties hebben doorlopen en waarbij niets heeft geholpen;
 - die een goede sociale structuur tot de beschikking hebben voor opvang na behandeling.
- Therapieresistente depressie;
- Therapieresistente Gilles de la Tourette.

Aanleiding standpunt

Het Academisch Medisch Centrum Amsterdam heeft bij DBC-Onderhoud een innovatieaanvraag ingediend met betrekking tot DBS bij bovenvermelde indicaties. Het CVZ is in het kader van het onderhoud van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) systematiek verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag of een innovatieve interventie behoort tot de te verzekeren prestaties. Behandelingen die voldoen aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk kunnen worden aangemerkt als te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving. Het doel van de beoordeling is het beantwoorden van de vraag of DBS voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op het systeem van de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 3 wordt het standpunt uiteengezet en tenslotte wordt in hoofdstuk 4 het standpunt vastgesteld.

2. Beoordeling standpunt Zvw

2.a. Wet- en regelgeving

Te verzekeren risico's/prestaties

Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat de zorg zoals o.a. medisch-specialisten die plegen te bieden.

Stand wetenschap en praktijk

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

2.b. Stand van de wetenschap en praktijk

Evidence based Medicine

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM) zoals vastgelegd in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ 2007, publicatienummer 254).

Rapport CVZ

Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Naast internationale literatuur wordt er dus ook rekening gehouden met de gepubliceerde expertopinie.

Levels of evidence

De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'. Evidence based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat.

Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

***Stappen in de
beoordeling***

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positief standpunt over de effectiviteit van een interventie medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

3. Standpunt

3.a. Stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met OCS

<i>OCS</i>	OCS is een dwangstoornis die wordt gecategoriseerd onder de angststoornissen. OCS wordt gekenmerkt door dwanggedachten (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsies) die normaal functioneren in de weg staan. Er is sprake van een dwangstoornis als de obsessies en compulsies minimaal een uur per dag kosten, uitgesproken leed veroorzaken en het dagelijks functioneren belemmeren.
<i>Standaardbehandeling</i>	De standaardbehandeling van OCS bestaat uit medicamenteuze behandeling, psychotherapeutische behandeling of een combinatie van beiden.
<i>Level of evidence</i>	Op basis van de uiteindelijke beoordeling wordt elke studie ingedeeld naar de mate van bewijs. Gezien de ingrijpende behandeling bij DBS is blinding van de behandelaars niet mogelijk. Om dezelfde reden wordt een sham-operatie niet ethisch geacht. Studies van A2 niveau zijn dan ook niet mogelijk. Wel leent de techniek van DBS zich om randomisatie op de stimulatie (wel/niet stimuleren) uit te voeren, alsmede blinding van de patiënten en behandelaars. Het hoogst haalbare niveau van bewijskracht is B.
<i>Bespreking studies</i>	Studies beschrijven resultaten van DBS bij verschillende doelgebieden in de hersenen. Op basis van twee kleine op stimulatie gerandomiseerde studies lijkt DBS op korte termijn statistische en klinisch significante verbetering in OCS symptomen ten opzichte van shamstimulatie in een deel van de patiënten te weeg te brengen. Ook studies met lange termijn resultaten, rapporteren verbetering in een deel van de patiënten. Deze studies waren echter zeer klein van omvang. Complicaties kunnen optreden door de chirurgische ingreep (infecties of intracerebrale bloedingen), falen van de hardware zoals draden en de neurostimulator, of worden veroorzaakt door de stimulatie zelf. Als stimulatiegerelateerde bijwerkingen worden o.a. hypomanie en buikpijn als tijdelijk genoemd, en o.a. vergeetachtigheid en problemen met woordvinden als permanent. Onduidelijk blijft wat het optimale doelgebied is voor DBS bij deze indicatie. Daarnaast blijft tevens onduidelijk waardoor verbetering optreedt in slechts een deel van de patiëntenpopulatie.
<i>Conclusie</i>	Het voorhanden zijnde bewijsmateriaal is onvoldoende om te concluderen dat DBS bij OCS voldoende klinisch relevant materiaal oplevert. DBS voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met OCS.

3.b. Stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met depressie

Depressie	Depressie is een stemmingsstoornis en wordt gekarakteriseerd door een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Deze symptomen belemmeren het dagelijks functioneren.
Standaardbehandeling	De standaardbehandeling van depressie bestaat uit psychotherapie en/of farmacotherapie. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie wordt een stepped-care model aanbevolen.
Level of evidence	Op basis van de uiteindelijke beoordeling wordt elke studie ingedeeld naar de mate van bewijs. Gezien de ingrijpende behandeling bij DBS is blinding van de behandelaars niet mogelijk. Om dezelfde reden wordt een sham-operatie niet ethisch geacht. Studies van A2 niveau zijn dan ook niet mogelijk. Wel leent de techniek van DBS zich om randomisatie op de stimulatie (wel/niet stimuleren) uit te voeren, alsmede blinding van de patiënten en behandelaars. Het hoogst haalbare niveau van bewijskracht is B.
Bespreking studies	De kwaliteit van de onderzochte studies is beperkt. Ook bij deze indicatie worden resultaten van DBS bij verschillende doelgebieden beschreven. Er zijn 4 case series onderzocht, deze leveren aanwijzingen op dat DBS een effect kan hebben bij patiënten met therapieresistente depressie. Echter, de aantallen zijn klein en een methodologische opzet met een relevante controlegroep ontbreekt vooralsnog. Als stimulatiegerelateerde bijwerkingen worden daarnaast hypomanie en toename in depressieve bijwerkingen beschreven.
Conclusie	De effectiviteit van DBS bij therapieresistente depressie is op dit moment onvoldoende onderbouwd. De nu lopende gerandomiseerde studies kunnen in de toekomst misschien meer duidelijkheid geven. DBS voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met therapieresistente depressie.

3.c. Stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met Gilles de la Tourette

Gilles de la Tourette	Het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) is een neuropsychiatrische aandoening. Mensen die aan dit syndroom lijden hebben een onbedwingbare dwang bepaalde bewegingen te maken of bepaalde woorden of geluiden te uiten (tics). Men spreekt echter pas van het GTS-syndroom als er minstens twee motorische en één vocale tic gedurende een jaar optreden. Deze tics kunnen wisselen over tijd, maar zijn nooit langer dan 3 maanden afwezig en zijn in principe ont-

staan voor het 21^e levensjaar.

Standaardbehandeling	Er zijn in Nederland geen richtlijnen bekend voor de behandeling van GTS. In het algemeen kan wel gesteld worden dat behandeling voornamelijk is gericht op het verminderen van symptomen door gedragstherapie en/of medicamenteuze therapie.
Level of evidence	Op basis van de uiteindelijke beoordeling wordt elke studie ingedeeld naar de mate van bewijs. Gezien de ingrijpende behandeling bij DBS is blinding van de behandelaars niet mogelijk. Om dezelfde reden wordt een sham-operatie niet ethisch geacht. Studies van A2 niveau zijn dan ook niet mogelijk. Wel leent de techniek van DBS zich om randomisatie op de stimulatie (wel/niet stimuleren) uit te voeren, alsmede blinding van de patiënten en behandelaars. Het hoogst haalbare niveau van bewijskracht is B.
Bespreking studies	De kwaliteit van de onderzochte studies is beperkt. Er zijn geen gestandaardiseerde inclusiecriteria en dus geen uniforme patiëntenpopulatie in de studies. Een dubbelblind gerandomiseerd cross-over of patiëntgecontroleerd onderzoek van voldoende omvang is nodig om conclusies te kunnen trekken over de specifieke effectiviteit. Momenteel is er één lopende studie met een dubbelblind gerandomiseerde opzet van de stimulatie waarin DBS bij 14 patiënten met GTS wordt onderzocht. Daarnaast wordt een hogere infectie incidentie gemeld, vergeleken met andere indicaties.
Conclusie	De effectiviteit van DBS bij GTS is op dit moment op basis van de huidige beschikbare literatuur onvoldoende onderbouwd. DBS voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met GTS.
Te verzekeren prestatie?	DBS voldoet bij geen van de onderzochte indicaties (OCS, therapieresistente depressie en therapieresistente GTS) aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. DBS is bij deze indicatie dan ook geen te verzekeren zorg (geneeskundige zorg) krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

4. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 december 2010.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Standpunt

**Descemet Membrane Endothelial
Keratoplasty (DMEK)**

Volgnummer	2010139231
Afdeling	ZA
Auteur	mr. B. Blekkenhorst
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 85 55

Samenvatting

Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) is een nieuwe en in opzet zeer verfijnde lamellaire techniek van hoornvliestransplantatie.

Over DMEK is onvoldoende bewijsmateriaal aanwezig om te kunnen concluderen dat de techniek effectief en veilig is toe te passen in plaats van de conventionele technieken.

Geen stand van de wetenschap en praktijk DMEK voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

1. Inleiding

<i>Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK)</i>	DMEK is een nieuwe techniek van hoornvliestransplantatie. Een hoornvliestransplantatie is de enig mogelijke behandeling voor het ondoorzichtig worden van het Descemet-membraan.
<i>Aanleiding standpunt</i>	Het terrein van de lamellaire transplantaties is volop in ontwikkeling. Naast de hoornvliestransplantatie in de vorm van een penetrerende keratoplastiek (PK) en een Descemet Stripping Endothelial Keratoplasty (DSEK), is een nieuwere lamellaire techniek, de DMEK, ontwikkeld.
<i>Vraagstelling standpunt</i>	Dit standpunt beantwoordt de vraag of DMEK voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.
<i>Leeswijzer</i>	In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op het systeem van de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 3 wordt het standpunt uiteengezet. Tenslotte wordt in hoofdstuk 4 het standpunt vastgesteld.

2. Beoordeling standpunt Zvw

2.a. Wet- en regelgeving

<i>Te verzekeren risico's/prestaties</i>	Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de behoefte aan geneeskundige zorg verzekerd moet worden in een zorgverzekering. Artikel 11, derde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.
<i>Geneeskundige zorg</i>	Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg mede omvat de zorg zoals o.a. medisch-specialisten die plegen te bieden.
<i>Stand wetenschap en praktijk</i>	Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

2.b. Stand van de wetenschap en praktijk

Evidence based Medicine

Rapport CVZ

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM) zoals vastgelegd in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (CVZ 2007, publicatienummer 254).

Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Naast internationale literatuur wordt er dus ook rekening gehouden met de gepubliceerde expertopinie.

Levels of evidence

De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'.

Evidence based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat.

Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Stappen in de beoordeling

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positief standpunt over de effectiviteit van een interventie medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

3. Standpunt

Uit het literatuuronderzoek zoals verwoord in de Achtergrondrapportage (zie bijlage) kwam naar voren dat geen van de onderzochte artikelen voldoet aan de methodologische vereisten. Geen van de studies presenteerde een vergelijking met meer conventionele technieken. Uit de gerapporteerde series blijkt een hoog percentage complicaties die tot heringrepen leiden.

Over DMEK is onvoldoende bewijsmateriaal om te concluderen dat DMEK effectief en veilig is toe te passen in plaats van de conventionele technieken.

DMEK voldoet niet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en kan daarom niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

4. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 december 2010

College voor zorgverzekeringen

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

De bijlage kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder het cvz/publicaties/standpunten

Rapport

Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen

Op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister
van VWS

Uitgave

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

Volgnummer

2010112726 (zaaknummer 2010024825)

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw. mr. P.C. Staal, mw. H.H.C. de Vaan, arts, dhr. H.M.
Gaasbeek Janzen, arts en mw. dr. G. Ligtenberg

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 33

Samenvatting

Duiding 2008	Medische behandelingen die erop gericht zijn om het uiterlijk vanuit cosmetisch oogpunt aan te passen, vallen in principe niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet. Omdat ook cosmetische redenen aanleiding kunnen zijn om varices invasief te behandelen, heeft het CVZ eerder - in 2008 - aangegeven in welke gevallen de invasieve behandeling van varices medisch noodzakelijk is en in welke gevallen het om een cosmetische, niet onder de dekking van de basisverzekering vallende, ingreep gaat.
Herbeoordeling afbakening	Het CVZ heeft op basis van richtlijnen en medische literatuur de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen opnieuw beoordeeld en vastgesteld. Het standpunt van het CVZ luidt als volgt:
Standpunt	• Invasieve behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Bij die indicaties staat de medische noodzaak voor invasieve behandeling niet ter discussie; • Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Van een medische noodzaak voor behandeling is niet (C0, C1) resp. onvoldoende (C2) gebleken. C0, C1 en C2 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices vanuit de basisverzekering. Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices valt niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet en krijgt in het kader van die wet het predicaat 'cosmetisch'.
Deels bevestiging standpunt 2008	Het standpunt dat het CVZ ten aanzien van C0-C1 en C3-C6 varices inneemt, komt overeen met de conclusie uit 2008. De afbakening in dit rapport wijkt af op het punt van C2 varices. Het CVZ stelt nu buiten twijfel dat behandeling van C2 varices niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.
Redenen herbeoordeling	Het CVZ heeft om twee redenen tot deze herbeoordeling besloten.
Uitvoeringspraktijk	Uit het onderzoek dat Ipso Facto op verzoek van het CVZ heeft gedaan, komt het beeld naar voren dat in de praktijk niet consequent een onderscheid wordt gemaakt tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen. Zorgverleners geven een invulling aan 'medisch noodzakelijk' en 'cosmetisch' die afwijkt van de Zorgverzekeringswet c.q. de

<i>Kenbaar maken onderscheid</i>	invulling die het CVZ in het kader van de Zorgverzekeringswet heeft gegeven. Daardoor is het zeer waarschijnlijk dat artsen bij zorgverzekeraars ook varicesbehandelingen ten laste van de Zorgverzekeringswet declareren die een cosmetisch karakter hebben. Zorgverzekeraars stellen zich volgens genoemd onderzoek in de regel niet actief op om vergoeding van deze declaraties te voorkomen. Gelet hierop, is het van belang om voor de uitvoeringspraktijk opnieuw kenbaar te maken dat cosmetische varicesbehandelingen niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet vallen en om tevens – en dan op basis van een actuele beoordeling - duidelijk te maken wanneer van dit laatste sprake is.
<i>Duiding niet volstrekt helder</i>	De andere reden voor de herbeoordeling is dat het CVZ bij nadere beschouwing heeft moeten vaststellen dat het in 2008 niet buiten twijfel heeft gesteld of/wanneer behandeling van C2 varices onder de dekking van de Zorgverzekeringswet valt. In dit rapport wordt deze duidelijkheid wel gegeven.
<i>Bereidheid tot heroverweging standpunt</i>	De partijen die het CVZ in de conceptfase heeft geconsulteerd, zijn het niet eens met de afbakening in dit rapport, onder meer omdat progressie van C2 varices uit een recente studie zou blijken. Het CVZ houdt toch aan de huidige nieuwe afbakening vast, omdat volgens het CVZ de constatering dat een medische noodzaak voor behandeling van C2 varices onvoldoende is gebleken, niet is weerlegd. Echter, mocht nader, nog uit te voeren onderzoek (op termijn) een ander licht op de zaak werpen of mochten de beroepsgroepen alsnog een goede op de literatuur gebaseerde afbakening tussen medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen aandragen, dan is het CVZ uiteraard bereid zijn standpunt te heroverwegen.
<i>Declaratie- en vergoedingenverkeer</i>	Het CVZ stelt vast dat de gang van zaken in de praktijk niet uitsluitend is toe te schrijven aan de onhelderheid in de duiding van 2008. Deze hangt ook samen met de eigen invulling die zorgverleners geven aan wat wel/niet ten laste van de basisverzekering gedeclareerd mag worden en met het feit dat zorgverzekeraars dit in de regel niet corrigeren. In verband hiermee gaat het CVZ in dit rapport ook kort in op wat van partijen wordt verwacht om het declaratie- en vergoedingen verkeer goed te laten verlopen. Vanwege de raakvlakken met het werkterrein van NZa en DBC-Onderhoud zal het CVZ dit rapport ter kennis brengen van deze organisaties en over bepaalde punten met hen in overleg treden.
<i>Evaluatie</i>	Het CVZ neemt zich voor op termijn te evalueren op welke wijze het in dit rapport aangeduide onderscheid tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen in de praktijk wordt toegepast.

1. Inleiding

Invasieve behandeling stamvarices

Begin 2008 heeft het CVZ ten aanzien van de verschillende invasieve behandeltechnieken bij stamvarices vastgesteld of zij wel/niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.^a Recentelijk heeft het CVZ een update gedaan en geconcludeerd dat het in 2008 door het CVZ ingenomen standpunt ten aanzien van endoveneuze laserbehandeling en radiofrequentie obliteratie ongewijzigd blijft: beide endoveneuze behandeltechnieken van stamvarices behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Foamsclerosering als behandeling van stamvarices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dit volgde ook al uit de CVZ-beoordeling in 2008.^b

Duiding 2008

In 2008 is het CVZ ook ingegaan op het onderscheid tussen varicesbehandelingen die medisch noodzakelijk zijn en varicesbehandelingen die een cosmetisch karakter hebben. Gesteld is toen dat behandeling van varices een medisch noodzakelijke behandeling is, in geval er een aangetoonde hemodynamische stoornis of een ernstige complicatie is. Dit gaat op voor varices die in de CEAP-classificatie^c aangeduid worden met C2, C3, C4, C5 en C6, aldus het standpunt uit 2008. Die behandelingen vallen in de regel onder de dekking van de basisverzekering (indien de toegepaste techniek een techniek betreft die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk). Behandeling van varices die in de CEAP-classificatie als C0 en C1 worden aangeduid, hebben in de regel een cosmetisch karakter en vallen niet onder de verzekeringsdekking.^a

Duiding onvoldoende nauwkeurig?

Het CVZ heeft vanuit de uitvoeringspraktijk signalen ontvangen dat het onderscheid tussen medisch noodzakelijke behandeling en cosmetische behandeling van varices (met behulp van de C van de CEAP-classificatie) niet nauwkeurig genoeg is. Dit vormt voor het CVZ aanleiding om na te gaan of tot verduidelijking van dit onderscheid moet worden gekomen en, zo ja, hoe die verduidelijking dan zou moeten luiden.

Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 geven we de in 2008 gedane duiding weer. Hoofdstuk 3 gaat over de

^a Pakketadvies 2008, CVZ. *Standpunt - behandeling van varices*, www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2008/sp0802+behandeling+spataders.pdf

^b http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1010+stamvarices.pdf

^c Varices worden ingedeeld in de zogenoemde CEAP-classificatie, waarbij de CEAP staat voor:

- C = klinische manifestatie;
- E = etiologie;
- A = anatomie;
- P = pathofysiologie.

De classificatie is beschreven in de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van varices' van april 2007.

vraag of verduidelijking/herbeoordeling van het onderscheid medisch noodzakelijk versus cosmetisch in het kader van de Zvw nodig is. Omdat wij deze vraag positief beantwoorden, gaat het daarop volgende hoofdstuk 4 over de herbeoordeling. In hoofdstuk 5 volgt nog een aantal aandachtspunten en consequenties. In hoofdstuk 6 komt de inhoudelijke consultatie aan bod. Hoofdstuk 7 sluit het rapport af met de datum van vaststelling van het rapport en de wens om de afbakening op termijn te evalueren.

2. Duiding 2008 (medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen)

2.a. Inleiding

Achtergrondinformatie

Bij varices is sprake van aderverwijding en insufficiënte kleppen, wat kan leiden tot een minder effectief afvoeren van veneus bloed, stase en reflux. Varices komen vooral voor in de onderste extremiteiten, in het gebied van de vena saphena magna en de vena saphena parva. Varices op zichzelf zijn onschuldig en hoeven, indien er geen sprake is van klachten of complicaties, niet behandeld te worden.^d Klachten die in relatie tot varices worden genoemd zijn een zwaar of gespannen gevoel, zwelling, pijn, rusteloze benen, krampen en jeuk. Mogelijke complicaties zijn chronisch veneuze insufficiëntie (CVI) met oedeem en huidveranderingen, tromboflebitis en (zeldzaam) varicesbloeding. De behandeling kan bestaan uit conservatieve maatregelen of uit invasieve behandeling.

Medisch noodzakelijk versus cosmetisch

Invasieve behandeling van varices kan ook plaatsvinden om louter cosmetische redenen, zonder dat sprake is van een medische noodzaak voor behandeling. In 2008 heeft het CVZ mede met behulp van de zogenoemde CEAP-classificatie een onderscheid aangebracht tussen medisch noodzakelijke varicesbehandelingen en cosmetische varicesbehandelingen. Alleen medisch noodzakelijke varicesbehandelingen kunnen namelijk onder de dekking van de Zvw vallen.

Hierna volgt allereerst informatie over de CEAP-classificatie. Daarna geven wij de relevante regelgeving weer en de uitkomst van de toetsing aan die regelgeving die wij in 2008 hebben gedaan. Wanneer is sprake van medische noodzaak, wanneer gaat het om een cosmetische ingreep?

2.b. CEAP-classificatie

Indeling varices

De CEAP classificatie is een internationaal geaccepteerde indeling om chronische veneuze aandoeningen te classificeren. De C staat voor het klinische beeld, de E voor de oorzaak (etiologie), A voor de anatomische distributie en P voor pathofysiologische dysfunctie (zie onderstaande figuur).

^d NHG-standaard Varices 2009

C Clinical status (kliniek)	E Etiologie	A Anatomie*	P Pathofysiologie
C ₀ geen zichtbare afwijkingen C ₁ teleangiëctasieën of reticulair venen C ₂ varices C ₃ oedeem C _{4a} pigmentatie, eczeem C _{4b} lipodermatosclerose, atrofie blanche C ₅ genezen ulcus C ₆ actief, veneus ulcus S symptomatisch A asymptomatisch	E _c congenitaal E _p primair E _s secundair (posttrombotisch) E _n geen veneuze oorzaak bekend	A _s superficiael A _p perforerend A _d diep A _n geen veneuze locatie bekend	P _r reflux P _o obstructie P _{r,o} combinatie P _n geen veneuze pathofysiologie bekend

figuur 2. CEAP classificatie zoals beschreven in CBO-richtlijn Varices (2007).

* Exacte locaties kunnen met een nummer worden aangeduid; zie voor een volledige lijst bijvoorbeeld www.huidziekten.nl/flebologie/formulierflebodiagnostiekCEAP.pdf.

2.c. Regelgeving Zvw

Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg is in de Zvw opgenomen als te verzekeren prestatie (artikel 10 Zvw). Blijkens artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg onder meer zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Plastisch-chirurgische behandelingen

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard die medisch specialisten plegen te bieden zijn beperkingen in de regelgeving opgenomen. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard behoren slechts onder bepaalde voorwaarden tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Voor zover in dit verband relevant, is dat het geval indien de plastisch-chirurgische behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Deze voorwaarden zijn opgenomen in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste en ten tweede, Bzv.

Bedoeling van het stellen van deze voorwaarden is om erin te voorzien dat behandelingen met een cosmetisch karakter niet tot de te verzekeren prestaties behoren. Toetsing aan deze voorwaarden moet dus plaatsvinden bij behandelingen die een cosmetisch karakter kunnen hebben. Het gaat dan niet alleen om behandelingen die door plastisch-chirurgen worden verricht, maar ook om behandelingen van andere specialisten.

2.d. Toetsing 2008 aan regelgeving (duiding 2008)

Uitkomst duiding 2008

Hierna geven wij cursief weer hoe in 2008 de uitkomst van de toetsing aan de in paragraaf 2.c. opgenomen regelgeving in luidde. De regelgeving is sinds 2008 op dit onderdeel niet gewijzigd.

Citaat rapport 2008

“ Medisch noodzakelijke behandeling

De behandeling van varices in geval er een aangetoonde hemodynamische stoornis of een ernstige complicatie is, betreft zonder twijfel een medisch noodzakelijke behandeling en is niet primair cosmetisch van aard. Een dergelijke behandeling valt derhalve niet onder de noemer van artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste en ten tweede, Bzv. Toetsing aan de in dat artikel opgenomen criteria (lichamelijke functiestoornis/verminking) is in dat geval niet aan de orde. Dit gaat op voor de varices die in de CEAP-classificatie als C2, C3, C4, C5 en C6 worden aangeduid.

Mogelijk louter cosmetische varicesbehandelingen

Behandeling van varices waarin geen aangetoonde hemodynamische stoornis of geen ernstige complicatie aan de orde is, kan een louter cosmetisch karakter hebben en om die reden moet de behandeling getoetst worden aan de in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste respectievelijk ten tweede, Bzv opgenomen voorwaarden (lichamelijke functiestoornis of verminking).

Lichamelijke functiestoornis

Wil er sprake zijn van een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste, Bzv, dan moet de stoornis gepaard gaan met een ernstige bewegingsbeperking. Bovendien moet de functiestoornis objectiveerbaar (meetbaar) zijn. Bij patiënten bij wie geen hemodynamische stoornis is aangetoond en bij wie evenmin sprake is van ernstige complicaties, bestaan soms toch klachten, zoals pijn, jeuk, branderig en/of loom zwaar gevoel.^e In dat geval zal echter veelal niet een ernstige bewegingsbeperking aan de orde zijn. Verder gaat het dan vooral om subjectieve, niet objectief meetbare, klachten. Dit betekent dat veelal niet geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste, Bzv.

Verminking

Van een verminking als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten tweede, Bzv, is slechts sprake, als er een ernstige misvorming van een lichaamsdeel aan de orde is. Bij patiënten

^e In hoofdstuk 1.2 van de richtlijn 'diagnostiek en behandeling van varices' is vermeld dat bezemrijsvarices en reticulare varices eigenlijk geen ernstige complicaties kennen en meer cosmetisch van aard zijn. Toegevoegd is dat ongeveer 60% van patiënten met bezemrijsvarices toch aangeven klachten te hebben als pijn, jeuk, branderig en/of loom zwaar gevoel. De richtlijn verwijst naar de studie van Weiss et al. 1990.

zonder hemodynamische stoornis en ook zonder ernstige complicaties, is mogelijk wel sprake van ontsiering van de benen, maar die ontsiering zal in de regel niet zodanig zijn dat geconcludeerd kan worden dat er een ernstige misvorming is opgetreden. Bovendien is het zo dat de eventuele ontsiering met kleding goed gecamoufleerd kan worden. Dit betekent dat ten aanzien van deze verzekerden veelal niet gesteld kan worden dat er sprake is van een verminking als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten tweede, Bzv. Het vorenstaande gaat op voor de varices die in de CEAP-classificatie als C0 en C1 worden aangeduid. Behandeling van varices die tot deze categorieën behoren, behoren in de regel niet tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw, omdat meestal niet voldaan is aan het wettelijke criterium 'lichamelijke functiestoornis' of 'verminking'. “

3. Verduidelijking/herbeoordeling medisch noodzakelijk versus cosmetisch nodig?

3.a. Inleiding

Onderscheid onvolgende duidelijk?

Zoals gezegd, heeft het CVZ vanuit de uitvoeringspraktijk signalen ontvangen dat het onderscheid tussen medisch noodzakelijke behandeling en cosmetische behandeling van varices (met behulp van de C van de CEAP-classificatie) niet nauwkeurig genoeg is. Om te kunnen vaststellen of verduidelijking/herbeoordeling nodig is, gaat het CVZ allereerst na welke knelpunten er zijn in de praktijk en of die (geheel/gedeeltelijk) voortvloeien uit de manier waarop het CVZ het onderscheid tussen cosmetische en medisch noodzakelijke varicesbehandelingen heeft geduid. Om zicht te krijgen op de knelpunten heeft het CVZ onderzoek laten doen naar de uitvoeringspraktijk. De bevindingen van dit onderzoek zijn in de volgende paragraaf weergegeven.

3.b. Uitvoeringspraktijk

Onderzoek praktijk

Het CVZ heeft onderzoek laten doen naar de gang van zaken in de praktijk. Hoe verloopt in de praktijk het behandelproces in geval van varices en hoe gaan zorgverleners en zorgverzekeraars om met het onderscheid tussen medisch noodzakelijke varicesbehandelingen en cosmetische behandelingen? In hoeverre speelt de CEAP-classificatie daarbij een rol? Ipso Facto heeft hierover een onderzoeksrapport opgesteld. Dat rapport, getiteld "Spataderen in de praktijk" van 27 oktober 2010, voegen wij als bijlage 1 bij.

Zorgverleners

Ipso Facto rapporteert op basis van gesprekken met zorgverleners en informatie die via email van zorgverleners is verkregen, het volgende:

- Met betrekking tot de rol van CEAP in de diagnostiek in de tweede lijn is geen eenduidig beeld ontstaan: nagenoeg alle zorgverleners die ten behoeve van het onderzoek zijn geïnterviewd geven aan CEAP (of in ieder geval de C) te gebruiken. Er zijn echter ook signalen dat dit in de praktijk lang niet voor alle zorgverleners geldt, met name bij doorverwijzingen wordt vaak geconstateerd dat eerdere behandelaars geen CEAP-classificatie hebben vastgesteld.
- Een aantal zorgverleners geeft aan dat het onderscheid medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen in de praktijk niet of nauwelijks wordt gemaakt. Als redenen worden o.a. genoemd dat men zich niet kan vinden in het onderscheid en dat de scheiding tussen cosmetisch en medisch noodzakelijk moeilijk is uit te leggen aan de patiënt. Dat geldt met name voor de varicesbehandelingen die in het reguliere medische circuit door een medisch specialist worden uitgevoerd. Bij uitwendige laserbehandelingen is het

duidelijker voor patiënten dat het geen medisch noodzakelijke behandeling betreft, waardoor patiënten eerder bereid zijn voor de laserbehandeling te betalen.

- Een aantal zorgverleners geeft aan dat het bijna nooit nodig is onderscheid te maken tussen medisch noodzakelijk zorg versus cosmetische zorg. Louter cosmetische varicesbehandelingen komen in de tweede lijn namelijk nauwelijks voor. De verklaringen/argumenten die zij daarvoor noemen, zijn: 1) Er vindt selectie 'aan de poort' plaats: huisartsen verwijzen niet door als er alleen sprake is van cosmetische problematiek; 2) Patiënten met C0 of C1 varices kunnen ook fysieke klachten hebben, waardoor er automatisch sprake is van medische noodzaak; 3) C1 varices zijn vaak het voorstadium van ernstiger vormen van varices en/of gaan veelal gepaard met veneuze insufficiëntie; 4) Cosmetische problemen kunnen ernstige psychische gevolgen hebben (de kwaliteit van leven aantasten), hetgeen behandeling rechtvaardigt.

Zorgverzekeraars

Ipsso Facto rapporteert op basis van gesprekken met zorgverzekeraars het volgende:

- Een aantal zorgverzekeraars heeft geen aanwijzingen dat cosmetische ingrepen door zorgverleners worden gedeclareerd. Andere zorgverzekeraars hebben de indruk dat op grote schaal cosmetische varicesbehandelingen worden gedeclareerd, maar kunnen het vermoeden niet hard maken en kunnen evenmin concrete aantallen noemen. De schattingen die zijn genoemd variëren van 20% tot 50% van het aantal behandelingen.
- Het onderscheid tussen cosmetische behandelingen en medisch noodzakelijke varicesbehandelingen is volgens zorgverzekeraars niet duidelijk.
- Volgens sommige zorgverzekeraars is in geld uitgedrukt het 'creatief declareren' van medische behandelingen^f een groter probleem dan het ten onrechte declareren van cosmetische behandelingen.
- Het probleem van het mogelijk ten onrechte declareren en betalen van varicesbehandelingen hangt vooral samen met de introductie van meer marktwerking (het gekozen 'systeem'). Er is veel vraag naar spataderbehandelingen, er zijn veel aanbieders en verzekeraars kiezen ervoor geen machtigingsplicht te hanteren voor de behandeling. Men wijst ook op het grote aantal zbc's die zijn opgericht in reactie op de veranderde regelgeving (sommigen spreken van 'wildgroei'). De DBC-systematiek leidt er bovendien toe dat het vaak onduidelijk is wat er precies gedeclareerd wordt. In de praktijk is er ook nauwelijks controle op de declaraties.^g Het heeft voor zorgverzekeraars weinig

^f Op dit punt komen wij later, in hoofdstuk 5, terug.

^g In het rapport van Ipsso Facto staat in zijn algemeenheid informatie over de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om controle op doelmatigheid en kwaliteit uit te voeren. Ipsso Facto

prioriteit, bovendien moeten zij rekening houden met de wensen van hun verzekerden. Een teveel aan restricties kan resulteren in een verlies van klanten.

Onstane beeld over praktijk

Uit deze bevindingen komt het beeld naar voren dat in de praktijk niet consequent een onderscheid wordt gemaakt tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen. Zo klinkt in de weergave van hetgeen Ipso Facto met zorgverleners heeft besproken door dat zorgverleners een invulling geven aan 'medisch noodzakelijk' en 'cosmetisch' die afwijkt van de invulling die het CVZ in het kader van de Zvw heeft gegeven. Daardoor is het zeer waarschijnlijk dat artsen bij zorgverzekeraars ook varicesbehandelingen ten laste van de Zvw declareren die – in ieder geval in de optiek van het CVZ – een cosmetisch karakter hebben. Zorgverzekeraars stellen zich in de regel niet actief op om vergoeding van deze declaraties te voorkomen, zo kan worden opgemaakt uit het Ipso Facto rapport.

3.c. DIS-gegevens

Informatie DIS

In aanvulling hierop heeft het CVZ onderzocht of aan gegevens uit het DBC-informatiesysteem^h informatie is te ontleen over de uitvoeringspraktijk op dit punt.

Aanspraakbeperkingen

DBC's en aanspraakbeperkingen

Het declareren van medisch-specialistische zorg gebeurt door middel van DBC's. Dermatologen en vaatchirurgen hebben ieder eigen DBC-codes voor de behandeling van varices. Er zijn geen DBC-codes die specifiek bedoeld zijn voor behandelingen met een cosmetisch karakter. Het is wel zo dat voor bepaalde varices-DBC's een aanspraakbeperking geldt. DBC's met een aanspraakbeperking – ook wel kortweg oranje DBC's genoemd – betreffen behandelingen die alleen onder bepaalde voorwaarden tot de basisverzekering behoren. Het DBC-systeem voorziet erin dat van de behandelend arts, die een dergelijke DBC voor een bepaalde patiënt registreert, wordt gevraagd om aan te geven of er in casu sprake is van een verzekerde indicatie of niet. In het eerste geval genereert het systeem een groene declaratiecode, wat betekent dat er sprake is van verzekerde zorg. In het tweede geval genereert het systeem een rode declaratiecode, waaruit de zorgverzekeraar kan afleiden dat het geen verzekerde zorg is in het kader van de Zvw.

Dermatologie

DBC's dermatologie

Van de meer dan tien DBC's die bij dermatologie gebruikt

meldt echter dat de geïnterviewde zorgverzekeraars nauwelijks concrete voorbeelden hebben genoemd van daadwerkelijk onderzoek naar declaratie van varicesbehandelingen.

^h Het DBC-informatiesysteem (DIS) is een database die gevuld wordt met informatie aangeleverd door academische, algemene en categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Het DIS bevat, naast de informatie over het aantal DBC's en patiënten, ook informatie over de kosten van de behandelingen (uitgesplitst naar ziekenhuiskosten en honoraria).

worden voor declaratie van invasieve varicesbehandelingen, zijn er vier die een aanspraakbeperking kennen. De DBC's waarvoor dat geldt zijn per 1 januari 2009 mogelijk gemaakt voor het declareren van varicesbehandelingen waarbij endoveneuze laserbehandeling wordt toegepastⁱ (dan wel RFO/VNUS of Tipp). Deze aanspraakbeperking is juist in verband met het in 2008 door het CVZ aangegeven onderscheid tussen cosmetisch en medisch noodzakelijke varicesbehandelingen aangebracht.^j Uit het DBC-informatiesysteem (DIS), waarin gegevens over gebruikte DBC's en kosten ervan zijn opgenomen, blijkt echter dat de vier genoemde DBC's in 2009 slechts in zeer beperkte mate zijn gebruikt (ruim 1900 gedeclareerde DBC's).^k De bulk van de invasieve varicesbehandelingen (ruim 31000 DBC's) is men in 2009 blijven declareren met een andere DBC (code 110000240041). Omdat zorgverzekeraars in de regel geen controles inbouwen^l, zullen de zorgverzekeraars deze ('ongekleurde') DBC's in alle gevallen ten laste van de basisverzekering hebben voldaan. Voor een deel van de gedeclareerde DBC's is dit mogelijk ten onrechte gedaan.

Heelkunde

DBC's heelkunde

Alle DBC's die vaatchirurgen gebruiken voor declaratie van invasieve/operatieve varicesbehandelingen hebben een aanspraakbeperking vanwege het in het kader van de Zvw geldende onderscheid tussen medisch noodzakelijke en cosmetische behandelingen. Uit de DIS-gegevens blijkt dat bij de gedeclareerde invasieve varicesbehandelingen in de meeste gevallen door de zorgverlener is aangegeven dat het om een verzekerde indicatie gaat. In 2009 ging het om bijna 35000 gedeclareerde DBC's. Bij ongeveer 300 DBC's had men aangegeven dat het om een onverzekerde indicatie gaat. Die DBC's zijn daarom niet ten laste van de basisverzekering vergoed. Uit de DIS-gegevens is niet af te leiden of in alle gevallen de juiste indicatie is aangegeven. Gezien de interpretatie die zorgverleners zelf geven aan het onderscheid medisch noodzakelijk en cosmetisch (die ruimer is dan de invulling door het CVZ), is niet uitgesloten dat tussen de DBC's die ten laste van de basisverzekering zijn gekomen ook DBC's zitten die in de optiek van het CVZ niet voor Zvw-vergoeding in

ⁱ De behandeling van stamvarices met de endoveneuze lasertechniek is namelijk pas vanaf februari 2008 tot het verzekerde basispakket gaan behoren.

^j Zie het document DBC-Onderhoud Instructies Dermatologie v20090601 (ingangsdatum instructie 1-7-2009). Dit document is te vinden op de website van DBC-Onderhoud: www.dbconderhoud.nl

^k De DBC-codes zijn:

- 110000240081;
- 110000240082;
- 210000240081;
- 210000240082.

^l Controle kan achteraf plaatsvinden, maar ook vooraf via een systeem van voorafgaande toestemming van de verzekeraar (machtigingsprocedure).

aanmerking komen.^m

**Ondersteuning
beeld praktijk**

Het CVZ stelt vast dat de DIS-gegevens het beeld dat op basis van de interviews van Ipso Facto is ontstaan, namelijk dat in de praktijk het onderscheid tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen niet consequent wordt gemaakt (in ieder geval niet conform het standpunt van het CVZ), niet ontcrachten, maar eerder lijken te ondersteunen.

3.d. De duiding uit 2008 nader beschouwd

Nadere beschouwing

In paragraaf 2.d. hebben wij de duiding (invulling onderscheid medisch noodzakelijk en cosmetisch) die het CVZ in 2008 heeft gegeven, integraal opgenomen. Kan, bij nadere beschouwing, de formulering die is gekozen tot onduidelijkheden of misverstanden leiden?

Geen onduidelijkheid

Volgens het CVZ gaat dat in ieder geval niet op voor de volgende punten. Er kan geen misverstand over bestaan dat uit de duiding blijkt dat als er geen zichtbare afwijkingen zijn of als er sprake is van zogenoemde teleangiëctasieën, reticulaire venen of bezemrijsvarices (in de CEAP-classificatie aangeduid met C0 resp. C1) de eventueel ingezette behandeling niet onder de verzekeringsdekking van de Zvw valt. Verder maakt de duiding duidelijk – ook daar kan volgens het CVZ geen misverstand over bestaan – dat varices waarbij zich ernstige complicaties voordoen, zoals oedeem of huidafwijkingen (dermatoliposclerose, atrofie blanche en ulcus cruris), in beginsel wel voor behandeling/vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komen. Het betreft hier de varices die in de classificatie aangeduid worden als C3-6.

Psychische klachten

Verder kan geenszins uit de duiding worden opgemaakt dat psychische klachten als gevolg van de door varices veroorzaakte ontsiering van het been een indicatie geven voor behandeling ten laste van de basisverzekering. Psychisch lijden dat het gevolg is van een bepaald uiterlijk kenmerk is al geruime tijd – ook al ten tijde van de 'oude' Ziekenfondswet – geen grond voor vergoeding van invasieve behandelingen die erop gericht zijn het uiterlijk aan te passen.

Onduidelijkheid

Het CVZ stelt verder vast dat uit de formulering van de duiding opgemaakt zou kunnen worden dat in de optiek van het CVZ bij C2 varices (varices die duidelijk zichtbaar zijn) ook altijd een medische noodzaak voor invasieve behandeling aanwezig is. Bedoeld is toen wel dat het moet gaan om C2 varices waarvoor tevens geldt dat er een aangetoonde hemodynamische stoornis is. In het midden is echter gelaten wanneer daar precies sprake van is.

^m Uit de DIS-gegevens over 2009 blijkt dat bij de door dermatologen gebruikte 'oranje' DBC's (betreft ongeveer 1900 DBC's) in alle gevallen is aangegeven dat het om een verzekerde indicatie gaat, hetgeen mogelijk het gevolg is van de 'ruime' interpretatie die zorgverleners zelf geven aan wat wel/niet verzekerde zorg is.

3.e. Conclusie

Conclusie CVZ

Op basis hiervan, concludeert het CVZ dat de duiding in 2008 niet buiten twijfel heeft gesteld of/wanneer behandeling van C2 varices wel of niet onder de dekking van de Zvw valt. Het volgende hoofdstuk dient ertoe om dit euvel op te heffen en duidelijkheid op dit punt te verschaffen.

Gewenste uitvoering

CVZ voegt hier nog wel aan toe dat de praktijk, zoals die in paragraaf 3.b. is geschetst, niet uitsluitend is toe te schrijven aan genoemde onduidelijkheid. Op een aantal punten is – zo heeft het CVZ hiervoor aangegeven – geen enkel misverstand mogelijk, maar artsen blijken een eigen invulling te geven aan wat wel/niet ten laste van de basisverzekering gedeclareerd mag worden. Zorgverzekeraars corrigeren dit – zo blijkt uit de Ipso Facto-rapportage – in de regel niet. In verband hiermee zal het CVZ naast de verduidelijking in hoofdstuk 4 ook nog ingaan op de gewenste uitvoering in de praktijk en op een aantal andere kwesties die uit de rapportage van Ipso Facto naar voren komen (zie hoofdstuk 5).

4. Herbeoordeling medisch noodzakelijk versus cosmetisch

4.a. Inleiding

Precisering onderscheid

In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde hoe de afbakening tussen medisch noodzakelijke behandeling van varices en cosmetische behandeling van varices in het kader van de Zvw nader gepreciseerd kan worden. Het gaat dan om invasieve behandeling van varices. Gezien de in paragraaf 2.c. opgenomen regelgeving, gaan we allereerst na in welke gevallen het medisch gezien noodzakelijk is varices invasief te behandelen. Daarna volgt de toetsing aan de bepalingen die in het Bzv zijn opgenomen over behandelingen van plastisch-chirurgische aard (in casu de criteria 'functiestoornis' en 'verminking').

4.b. Invasief behandelen medisch noodzakelijk?

In welke gevallen bestaat er een medische noodzaak voor invasieve behandeling? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de soort varices.

Complicaties

C3-6 varices

Invasieve behandeling van varices waarbij zich complicaties voordoen, zoals oedeem of huidafwijkingen (dermatoliposclerose, atrofie blanche en ulcus cruris) betreft zonder twijfel een medisch noodzakelijke behandeling. Het gaat hier om varices die gepaard gaan met symptomen van chronische veneuze insufficiëntie (CVI). Duidelijk is dat in die gevallen de behandeling niet cosmetisch van aard is. Het gaat dan om de varices die in de classificatie aangeduid worden als C3-6. Bij de eerdere duiding in 2008 had het CVZ deze conclusie reeds getrokken.

Stepped care

Overigens is het wel zo dat in het kader van *stepped care* in een vroegtijdig/eerder stadium conservatieve maatregelen overwogen dienen te worden, zoals het voorschrijven van therapeutische elastische kousen en het geven van leefstijladviezen. Adequate conservatieve maatregelen kunnen er immers aan bijdragen dat invasief ingrijpen niet nodig is.

Zichtbare varices

C2 Varices

Is invasieve behandeling van C2 varices ook medisch noodzakelijk? C2 varices zijn zichtbare varices (spataderen, enkelvoud varix) waarbij er geen symptomen zijn van chronische veneuze insufficiëntie (CVI), zoals huidafwijkingen en ulcera.

Richtlijnen en literatuur

Om deze vraag te beantwoorden heeft het CVZ relevante richtlijnen beoordeeld en literatuuronderzoek gedaan, te weten:

- beoordeling van de richtlijnen (in het bijzonder de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van varices* en de

	NHG-standaard <i>Varices</i>); • literatuuronderzoek naar het spontane beloop van C2 varices; • literatuuronderzoek naar het verband tussen beenklachten en C2 varices.
Medisch noodzaak onvoldoende komen vast te staan	Uit de beoordeling van de richtlijnen en het literatuuronderzoek blijkt volgens het CVZ dat er onvoldoende is komen vast te staan dat het medisch noodzakelijk is C2 varices invasief te behandelen. Dit concludeert het CVZ op grond van het volgende: • Er is geen bewijs gevonden voor de noodzaak van invasieve behandeling van C2 varices ter preventie van CVI; • Er is geen eenduidige relatie vastgesteld tussen C2 varices en beenklachten. Dit geeft onvoldoende basis om invasieve behandeling van C2 varices als medisch noodzakelijk aan te kunnen merken.
Achtergrondrapportage	De volledige beoordeling op dit onderdeel is beschreven in "Achtergrondrapportage: Afbakening tussen 'medisch noodzakelijk' en 'cosmetisch' bij de invasieve behandeling van (C2) varices" en is toegevoegd als bijlage 2 bij dit rapport.
Ziektebelasting	Het CVZ heeft gezien of gegevens over de ziektebelasting van varices (en dan met name C2 varices) een rol kunnen spelen bij het bepalen van de medische noodzaak. De ziektebelasting van een aandoening, waarbij de mate waarin verlies van gezondheid als gevolg van de aandoening wordt uitgedrukt in een getal (kwaliteit van leven gewicht), kan immers behulpzaam zijn bij de vraag of een aandoening wel/niet behandeld moet worden. Het CVZ heeft echter moeten vaststellen dat de studies die inzicht kunnen geven in de ziektebelasting van C2 varices, onvoldoende basis geven voor een uitspraak over ziektebelasting (zie verder bijlage 3).
Geen zichtbare afwijkingen	C0-C1 Varices Voor de volledigheid merken we nog op dat als er geen zichtbare afwijkingen zijn (in de CEAP-classificatie aangeduid met C0) of als er sprake is van zogenoemde teleangiëctasieën, reticulair venen of bezemrijsvarices (in de CEAP-classificatie aangeduid met C1) het medisch gezien niet nodig is invasief te behandelen. Dit was ook al de conclusie van het CVZ bij de duiding in 2008.
Conclusie CVZ	Conclusie Voor C3-C6 varices staat de medische noodzaak voor invasieve behandeling niet ter discussie. Een dergelijke behandeling valt onder artikel 2.4, eerste lid, Bzv en toetsing aan de bepalingen die betrekking hebben op behandelingen van plastisch-chirurgische aard (de voorwaarden 'lichamelijke functiestoornis' en 'verminking') is niet aan de orde.

Deze toetsing moet wel plaatsvinden ten aanzien van C0, C1 en C2 varices. Voor die varices staat vast dat er geen medische noodzaak is om invasief te behandelen (C0 en C1 varices) resp. is de medische noodzaak voor invasief behandelen onvoldoende komen vast te staan (C2 varices). Dat betekent dat op die behandelingen de bepalingen betreffende plastische-chirurgie van toepassing zijn (artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste en ten tweede, Bzv) en dat moet worden nagegaan of aan de daarin genoemde voorwaarden is voldaan. In de volgende paragraaf komt de toetsing aan die voorwaarden aan bod.

4.c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard: toetsing aan wettelijke voorwaarden

Toetsing wettelijke bepalingen

Hoe verhoudt behandeling van C0, C1 en C2 varices zich tot de in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste respectievelijk ten tweede, Bzv opgenomen indicatievoorwaarden? Zoals gezegd, zien die bepalingen op behandelingen van plastisch-chirurgische aard en dan met name op de voorwaarden 'lichamelijke functiestoornis' en 'verminking'.

Lichamelijke functiestoornis

Ernstige bewegingsbeperking

Wil er sprake zijn van een lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste, Bzv, dan moet de stoornis gepaard gaan met een *ernstige bewegingsbeperking*. Patiënten met C0, C1 en C2 varices ervaren soms klachten, zoals pijn, jeuk, branderig en/of loom zwaar gevoel. Echter, in dat geval zal een ernstige bewegingsbeperking veelal niet aan de orde zijn. Dit betekent dat volgens het CVZ ten aanzien van C0, C1 en C2 varices niet geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste, Bzv.

Verminking

Ernstige misvorming

Van een verminking als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten tweede, Bzv, is slechts sprake, als er een *ernstige misvorming van een lichaamsdeel* aan de orde is. Bij patiënten met C1 en C2 varices is mogelijk wel sprake van (ervaren) ontsiering van de benen, maar die ontsiering zal niet zodanig zijn dat geconcludeerd kan worden dat er een ernstige misvorming is opgetreden. CO betekent dat er geen zichtbare afwijkingen te zien zijn, zodat van ontsiering al überhaupt geen sprake is. Dit betekent naar de mening van het CVZ dat ten aanzien van deze verzekerden niet gesteld kan worden dat er sprake is van een verminking als bedoeld in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten tweede, Bzv.

Psychische klachten

Ontsiering been

Voor de goede orde merken wij nog op dat psychische klachten als gevolg van de door varices veroorzaakte

ontsiering van het been geen indicatie geven voor invasieve behandeling ten laste van de basisverzekering. Psychisch lijden dat het gevolg is van een bepaald uiterlijk kenmerk is al geruime tijd - ook al ten tijde van de 'oude' Ziekenfondswet - geen grond voor vergoeding van invasieve behandelingen die erop gericht zijn het uiterlijk aan te passen.

Conclusie CVZ

Conclusie

Hieruit volgt dat invasieve behandeling van varices die in de CEAP-classificatie als C0, C1 en C2 worden aangeduid niet vallen onder de in artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste respectievelijk ten tweede, Bzv opgenomen te verzekeren prestaties. In deze gevallen is volgens het CVZ namelijk niet voldaan aan het wettelijke criterium 'lichamelijke functiestoornis' dan wel 'verminking'.

Standpunt CVZ

4.d. Standpunt/afbakening

Uit de vorige paragrafen volgt dat het CVZ van mening is dat invasieve behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw (artikel 2.4, lid 1, Bzv).

Bij C0 en C1 varices ontbreekt een medische noodzaak voor behandeling. C0 en C1 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices. Dit betekent dat behandeling van C0 en C1 varices niet onder de dekking van de Zvw valt.

Voor C2 varices geldt dat onvoldoende is komen vast te staan dat invasief behandelen medisch noodzakelijk is. Gebrek aan bewijs vormt – conform vaste lijn van het CVZ – een belemmering voor de conclusie dat er sprake is van verzekerde zorg. Verder heeft het CVZ vastgesteld dat C2 varices geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis') veroorzaken en evenmin als een ernstige misvorming ('verminking') kunnen worden aangeduid. Dit betekent dat de bepalingen betreffende behandeling van plastisch-chirurgische aard niet van toepassing zijn. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices. Een en ander betekent dat behandeling van C2 varices niet onder de dekking van de Zvw valt.

In het kader van de Zvw krijgt behandeling van C0, C1 en C2 varices het predicaat 'cosmetisch'.

5. Aandachtspunten/consequenties

5.a. Inleiding

Declaratie- en vergoedingenverkeer

In het vorige hoofdstuk heeft het CVZ het onderscheid tussen medisch noodzakelijke en cosmetische invasieve varicesbehandelingen in het kader van de Zvw opnieuw geduid. Alleen de medisch noodzakelijke invasieve varicesbehandelingen, waarvoor wij in het hoofdstuk 4 een omschrijving hebben opgenomen, vallen onder de verzekeringsdekking van de Zvw en alleen die behandelingen mogen worden gedeclareerd bij en betaald door zorgverzekeraars ten laste van de basisverzekering. Dat geldt voor behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices.

Hierna – in paragraaf 5.b. – gaan wij allereerst in op de kostenconsequentie van de afbakening resp. op de kosten die gemoeid zijn met de vergoeding van invasieve cosmetische varicesbehandelingen ten laste van de basisverzekering. In de daarop volgende paragrafen (5.c. en 5.d.) komt aan de orde wat van partijen wordt verwacht om het declaratie- en vergoedingenverkeer goed te laten verlopen. Daarbij betrekken wij ook een aantal andere bevindingen die uit de rapportage van Ipso Facto naar voren komen.

5.b. Kostenconsequentie

Gevolgen voor kosten?

Welke kostenconsequentie vloeit voort resp. kan voortvloeien uit de gegeven duiding/afbakening? M.a.w. indien in de praktijk conform de hiervoor gegeven verduidelijking gewerkt gaat worden, zal dat dan tot een kostenvermindering leiden? Dit is lastig om te berekenen, omdat we geen informatie hebben over het aantal C2 varicesbehandelingen.

Het CVZ vindt het toch van belang een globale inschatting te maken van de mogelijke kosten gemoeid met cosmetische behandelingen. Bevindingen van Ipso Facto en DIS gegevens kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Overzicht kosten

Ipso Facto heeft in zijn rapport een overzicht gegeven van de aan het DBC-informatiesysteem (DIS)^b ontleende kosten van varicesbehandeling.

Tabel 1 Omvang spataderproblematiek (cijfers DIS)

	2007			2008		
	DBC's	Patiënten	Kosten	DBC's	Patiënten	Kosten
Heelkunde	67.368	61.785	€ 61.054.997	67.022	62.935	€ 68.487.986
dermatologie	62.701	59.944	€ 23.598.528	68.999	65.830	€ 27.747.062
Totaal	130.069	121.729	€ 84.653.525 ⁿ	136.021	128.765	€ 96.235.048 ⁿ

Uit: Tabel 2.1. uit rapport Ipso Facto: Spataderen in de praktijk. Gouda, 27 oktober 2010.

Schatting zorgverzekeraars

Ipso Facto heeft niet kunnen vaststellen welk deel van deze kosten mogelijk betrekking heeft op cosmetische behandeling van varices. Ook het CVZ heeft dit op basis van de DIS-gegevens niet kunnen achterhalen. Door zorgverzekeraars zijn wel schattingen gedaan: 20% tot 50% van het aantal behandelingen zou cosmetische behandelingen betreffen. Wij realiseren ons dat deze gegevens niet onderbouwd zijn, maar gebruiken deze toch om een globale schatting te geven, aangezien voor het CVZ voldoende aannemelijk is dat cosmetische ingrepen gedeclareerd en vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

Globale schatting

Voor het maken van deze globale inschatting gaan wij uit van de beschikbare DIS-gegevens over 2009.^o De kosten in 2009 die gemoeid zijn met invasieve varicesbehandeling (zowel heelkunde als dermatologie) schat het CVZ op circa € 112 miljoen. Wanneer we uitgaan van de door zorgverzekeraars genoemde percentages (20 tot 50%), komt het aandeel van mogelijk cosmetische behandelingen uit op zo'n 22 tot 56 miljoen.

5.c. Declaratie zorgverleners

Aanspraakbeperking

DBC en aanspraakbeperking

Van zorgverleners mag worden verwacht dat zij voor het declareren van medisch-specialistische zorg de juiste DBC's gebruiken en dat zij, als het gaat om DBC's met een aanspraakbeperking, de juiste indicatie aangeven (gaat het om verzekerde Zvw-zorg of niet?). Dit laatste vergt dat zij moeten weten wat de uit de basisverzekering voortvloeiende aanspraakbeperking precies inhoudt. Daaraan schort het waarschijnlijk voor wat betreft de varicesbehandelingen. In ieder geval laat het Ipso Facto rapport zien dat zorgverleners een interpretatie geven die afwijkt van de CVZ-invulling.

ⁿ Inmiddels beschikken wij over geactualiseerde cijfer over de jaren 2007 en 2008. De actuele cijfers wijken in geringe mate af van de in het Ipso Facto rapport opgenomen gegevens. Zij komen uit op: 84.653.183 (2007) en 102.581.165 (2008).

^o Het rapport van Ipso Facto bevat geen kostenoverzicht over 2009. Ten tijde van het opstellen van dat rapport waren de cijfers over 2009 nog voorlopig, niet compleet.

Verantwoordelijkheden

Het CVZ zal in overleg treden met DBC-Onderhoud en de NZa om na te gaan waar precies de verantwoordelijkheden liggen als het gaat om instructie en voorlichting aan zorgverleners betreffende aanspraakbeperkingen en of het nodig is verbeteringen op dat punt te bewerkstelligen. Dit is overigens niet alleen van belang voor het onderhavige onderwerp, maar is ook relevant voor andere DBC's met aanspraakbeperkingen en voor de inrichting van het nieuwe DBC-systeem (DOT). In het nieuwe systeem zal de zorgverlener niet zelf een DBC openen aan het begin van een zorgtraject, maar het in rekening te brengen zorgproduct (de DBC) zal achteraf (na afronding van het zorgtraject) met behulp van een webapplicatie (de zogenoemde grouper) worden afgeleid uit de door de zorgverlener aangeleverde dataset. Deze dataset bestaat o.a. uit de van toepassing zijnde diagnose en zorgactiviteiten. Ook in de nieuwe systematiek zal gewerkt worden met 'kleuringen', zij het dat de 'kleuring' dan betrekking heeft op zorgactiviteiten. Een 'oranje' zorgactiviteit betekent dat het onder voorwaarden om verzekerde zorg gaat. Ook in de nieuwe systematiek zal aan de zorgverlener bij de registratie worden gevraagd aan te geven of er in casu sprake is van een verzekerde indicatie of niet. In het ene geval genereert het systeem een 'groene' declaratiecode (verzekerde zorg) in het andere geval een 'rode' declaratiecode (geen verzekerde zorg). Goede instructie van de zorgverleners is dus ook in de nieuwe situatie van groot belang.

Verschuiving kosten varicesbehandelingen

Kostenverschuiving

Ipso Facto meldt in zijn rapport dat diverse zorgverzekeraars er melding van hebben gemaakt dat zij een verschuiving hebben waargenomen van goedkopere naar duurdere DBC's. Men spreekt in dat verband van het 'upgraden' van of 'creatief' omgaan met DBC's. Volgens Ipso Facto lijken de analyses die men gedaan heeft op de cijfers uit het DBC-informatiesysteem (DIS)^h van 2008 (in vergelijking met 2007) dit beeld te bevestigen. Ipso Facto heeft per specialisme (heelkunde en dermatologie) voor de vijf meest gebruikte varices-DBC's de ontwikkeling in aantallen en kosten van 2008 ten opzichte van 2007 in kaart gebracht. Wij geven de in het Ipso Facto rapport opgenomen tabellen hierna weer.

Tabel 2 aantal en kosten 5 meest gebruikte varices-DBC's heekunde

DBC	Aantal 2008	mutatie t.o.v. 2007 (%)	totale kosten 2008	mutatie t.o.v. 2007
110004230202	21.862	+15%	35.210.660	+18%
110004230101*	17.888	- 16%	7.388.742	+19%
110004230104*	11.451	+2%	1.589.182	+6%
110004230402	5.159	+28%	11.821.207	+28%
110004230201	3.470	- 25%	4.426.996	- 23%
Totaal	59.830	-0,5%	60.436.787	+15% ^p

* A-segment (2008)

Tabel 3 aantal en kosten 5 meest gebruikte varices-DBC's dermatologie

DBC	Aantal 2008	mutatie t.o.v. 2007 (%)	totale kosten 2008	mutatie t.o.v. 2007
110000240041	31.248	+6%	12.287.693	+5%
110000240031	12.956	+22%	4.780.262	+22%
110000240014*	7.442	- 6%	765.572	+15%
110000240051	4.241	+37%	3.416.525	+54%
110000240011*	3.209	- 24%	715.151	- 16%
Totaal	59.096	+7%	21.965.203	+13% ^p

* A-segment (2008)

Uit: Tabellen 2.5 en 2.6 uit het rapport Ipso Facto: Spataderen in de praktijk. Gouda, 27 oktober 2010.

Conclusie Ipso Facto

Ipso Facto concludeert op basis van deze gegevens:

- Zowel bij heekunde als dermatologie is in 2008 ten opzichte van 2007 een kostenstijging van rond de 15% waargenomen bij de vijf meest gebruikte varices-DBC's.
- Bij heekunde lijkt de groei van kosten vooral het gevolg van een substitutie-effect: het totaal aantal behandelingen nam niet toe. Ook kostprijsstijgingen per DBC spelen een beperkte rol; van slechts één DBC nam de kostprijs substantieel toe, maar dit is een relatief 'goedkope' DBC (poliklinische behandeling).
- De toegenomen kosten bij dermatologie zijn het gevolg van een toename in het aantal behandelingen, en met name van de 'dure' behandelingen (het aantal declaraties voor uitsluitend consult of onderzoek/behandeling op de polikliniek nam zelfs af), gecombineerd met een stijging van de kostprijs van een deel van de DBC's.

Volgens Ipso Facto is het, gezien de voorlopige cijfers van 2009, niet waarschijnlijk dat de trend van kostenstijging zich doorzet: de verwachte totale kostenstijging over 2009

^p Inmiddels beschikken wij over geactualiseerde cijfer over de jaren 2007 en 2008. De actuele cijfers wijken in geringe mate af van de in het Ipso Facto rapport opgenomen gegevens.

bedraagt 4% (tegenover 14% in 2008).

Reactie NVDV

In reactie hierop heeft de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) laten weten dat de substitutie die er volgens Ipso Facto is, het gevolg is van het volgen van de CBO-richtlijn varices en dus niet de kwalificatie 'upgraden' van en 'creatief' omgaan met DBC's verdient. De NVDV licht dit in zijn brief verder toe. Korthedshalve verwijzen wij daarnaar (zie bijlage 4).

Het valt buiten het takenpakket van het CVZ om over dit punt – is er wellicht sprake van onjuist declareergedrag – een uitspraak te doen resp. hier verdere aandacht aan te geven. Dat ligt meer op het terrein van andere partijen, zoals de beroepsgroepen zelf, de zorgverzekeraars en de NZa. Het CVZ signaleert dat hier mogelijk een punt van aandacht is en brengt dit door middel van dit rapport onder de aandacht van genoemde partijen.

5.d. Uitvoering zorgverzekeraars

Ten laste van basisverzekering

Alleen medisch noodzakelijke varicesbehandelingen behoren tot de te verzekeren prestaties Zvw. In het vorige hoofdstuk hebben wij omschreven wat daaronder wordt verstaan. Alleen die behandelingen mag een zorgverzekeraar ten laste van de Zvw vergoeden/brengen (anders gezegd: alleen de kosten van die behandelingen mag een zorgverzekeraar inbrengen in de risicoverevening Zvw).

Alleen verzekerde zorg

Vergoeding van verzekerde zorg

Zorgverzekeraars moeten hun administratie zodanig inrichten en zich zodanige inspanningen getroosten dat de vergoeding ten laste van de Zvw terecht is. Wat het onderhavige dossier betreft betekent dit bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars – meer dan tot nog toe het geval is geweest – duidelijke afspraken maken met zorgverleners over de behandelingen die wel en die niet bij hen gedeclareerd mogen worden. Verder moeten zij ook op enigerlei wijze controleren of de gemaakte afspraken worden nageleefd en borgen dat alleen die DBC's worden betaald ten laste van de Zvw die daadwerkelijk medisch noodzakelijke varicesbehandelingen betreffen.

NZa toezichthouder

Het is aan de NZa om op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet toezicht te houden.⁴ Daartoe voert de NZa jaarlijks per zorgverzekeraar een vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw uit. In dat kader geeft de NZa controlevoorschriften aan zorgverzekeraars. De meest recente voorschriften, bestemd voor de controle/verantwoording over de uitvoering in 2010, zijn opgenomen in het Protocol vereveningsonderzoek Zvw 2010 en onderzoek

⁴ Deze taak is vermeld in artikel 16 van de Wet Marktordening gezondheidszorg.

uitvoeringsverslag Zvw 2010 van november 2010. Daarin wordt de controle op wettelijke indicatievoorschriften, hoewel dat soort indicatievoorschriften al langer gelden, nu als expliciet toetspunt genoemd.

Voor de behandeling van varices gelden ook de uit Zvw voortvloeiende indicatiebeperkingen (behandelingen van plastisch chirurgische aard) en het concrete toetspunt in het NZa-protocol is dan ook – zo stelt het CVZ vast – van toepassing op varicesbehandelingen.[†] De nadere duiding die het CVZ in dit rapport geeft, zal overigens pas een rol spelen in de verantwoording en controle over 2011.

Attent op risico van upcoding

Het CVZ attendeert in dit kader op het risico van upcoding dat ZN signaleert in reactie op het standpunt van het CVZ. Volgens ZN heeft het niet meer vergoeden van de behandeling van C2-varices het gevaar in zich dat alleen al de aanwezigheid van enig oedeem C2-varices in C3-varices kunnen doen veranderen (zie hoofdstuk 6, waarin de reactie van ZN is opgenomen). Zorgverzekeraars kunnen dit risico betrekken in de risico-analyse die zij verplicht zijn te verrichten op grond van het in het NZa-protocol opgenomen toetsingskader voor de controle van kosten en prestaties. Op basis daarvan kunnen zorgverzekeraars nagaan of er wellicht specifieke maatregelen, zoals bijvoorbeeld machtiging vooraf of gerichte controle achteraf, nodig zijn om het risico van upcoding en daarmee het risico op onterechte vergoeding vanuit de Zvw af te dekken.

Verplichte verwijzing

Verwijzing naar medisch specialist

Een ander punt van aandacht is de vereiste verwijzing naar de medisch specialist. Ipso Facto maakt er in zijn rapport melding van dat het erop lijkt dat een deel van de verzekerden zich rechtstreeks, zonder een verwijsbrief van bijvoorbeeld de huisarts, wendt tot de medisch specialist voor een varicesbehandeling. Dit is niet in overeenstemming met de Zvw (en de polissen van zorgverzekeraars). Medisch specialistische zorg is namelijk – blijkens artikel 14, tweede lid, van de Zvw – niet vrij toegankelijk voor een verzekerde (behalve als het gaat om acute zorg). Deze heeft altijd een verwijzing van een andere zorgaanbieder nodig. De zorgverzekeraars kunnen in hun modelovereenkomst zelf bepalen welke zorgaanbieders als verwijzer mogen optreden, zij het dat in ieder geval de huisarts als verwijzer moet worden opgenomen.[‡] Volgens het CVZ kan een goede controle door

[†] Het CVZ vraagt zich af of dit volstrekt duidelijk is op basis van de tekst van het NZa-protocol. Het NZa-protocol legt een verbinding met de VAGZ Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Varicesbehandelingen en de daarvoor bestaande criteria op basis van de Zvw zijn daarin niet opgenomen. Het CVZ zal hierover contact opnemen met de NZa.

[‡] Artikel 14, tweede lid, van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst moet opnemen dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden slechts toegankelijk is na verwijzing van in de modelovereenkomst opgenomen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

zorgverzekeraars op dit punt – is er wel een verwijsbrief? – behulpzaam zijn bij het traceren van medisch noodzakelijke en cosmetische ingrepen. Zonder verwijsbrief mag de zorg in principe niet ten laste van de Zvw worden vergoed, maar het vormt ook een aanwijzing dat er mogelijk geen sprake is van een medisch noodzakelijke behandeling.

AGB-code

In het eerder genoemde protocol van november 2010 heeft de NZa aangekondigd dat – ter vergemakkelijking van de controle op de aanwezigheid van een verwijzing – het de bedoeling is om per 2011 verplicht te stellen dat op de nota van de medisch specialist de zogenoemde AGB-code van de verwijzend arts en het verwijzend specialisme worden vermeld. De NZa heeft inmiddels laten weten dat deze verplichting niet per 2011 zal worden doorgevoerd. Het CVZ heeft begrepen dat tussen NZa en VWS verder overleg plaatsvindt over de mogelijkheid van doelmatige controle op verwijzingen.

6. Inhoudelijke consultatie

6.a. Inleiding

Consultatie

Het CVZ heeft het conceptrapport voor inhoudelijke consultatie voorgelegd aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Verder hebben wij het concept ter becommentariëring toegestuurd aan het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland en aan de voorzitter van de relevante patiëntenorganisatie, De Hart&Vaatgroep.

Ontvangen reacties

De ontvangen reacties geven wij hierna in volgorde van binnenkomst weer en voorzien wij van een reactie. Enkele opmerkingen hebben ons aanleiding gegeven de tekst van het rapport en de achtergrondrapportage (bijlage 2) aan te vullen resp. te herzien. Waar dat het geval is, vermelden wij hierna.

6.b. Reactie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Kennisgenomen rapport Ipso Facto

ZN laat blijken kennisgenomen te hebben van het rapport van Ipso Facto waarin onder meer de uitvoeringspraktijk bij zorgverzekeraars met betrekking tot (contractering en vergoeding) van varicesbehandelingen ten laste van de basisverzekering wordt beschreven. ZN merkt daarbij op het te betreuren dat de behandeling van varices door huisartsen, gestimuleerd door de zogenoemde M&I-module in het tarief, geheel buiten beschouwing is gebleven.

Sclerosering door huisartsen

Niet in rapport betrokken

Het CVZ heeft de behandeling van varices door middel van sclerosering door huisartsen niet in het rapport betrokken, omdat er geen signalen zijn ontvangen dat er op dat punt problemen spelen. Daarnaast blijkt uit cijfers van het NIVEL uit 2007 dat huisartsen niet of nauwelijks varices sclerosering toepassen.¹

Venae perforantes

ZN geeft aan dat het CVZ heeft vastgesteld dat behandeling van C2 varices niet medisch noodzakelijk is, zelfs niet als de venae perforantes insufficiënt zijn.

Geen eenduidigheid

Het CVZ merkt op dat de CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van varices* (CBO, 2007) over het al dan niet behandelen van insufficiënte venae perforantes niet eenduidig is. Hoewel aangegeven wordt dat stamvarices niet los gezien kunnen worden van daarmee verbonden vaten, is behandeling van insufficiënte venae perforantes bij C2-C3 varices volgens

¹
<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=10764&path=/Startpunt/subsites/LINH%202007/Cijfers/Verrichtingen%20/V2:%20M&l%20verrichtingen>

de aanbeveling in de CBO-richtlijn niet zinvol. Het CVZ heeft geen literatuur gevonden die deze aanbeveling uit de CBO-richtlijn weerlegt. In paragraaf 2.a van de achtergrondrapportage (bijlage 2) heeft het CVZ hierover een alinea toegevoegd.

***Oneens met
afbakening***

Met betrekking tot de door het CVZ gegeven afbakening, die erop neer komt dat behandeling van C2 varices niet (langer) onder de verzekeringsdekking valt, is ZN van mening dat deze zorgverzekeraars niet zal helpen om in de praktijk een onderscheid aan te brengen tussen cosmetische en medisch noodzakelijke behandelingen. Volgens ZN moet zelfs gevreesd worden voor het effect van upcoding, omdat alleen al de aanwezigheid van enig oedeem C2 varices in C3 varices kunnen doen veranderen. ZN pleit ervoor om alleen de behandeling van veneuze insufficiëntie als medisch noodzakelijk aan te merken en behandeling van varices in het algemeen als cosmetische behandeling te betitelen.

Commentaar CVZ

In de volgende paragraaf, waarin de reactie van de NVDV wordt besproken, gaat het CVZ ook in op de in de vorige alinea weergegeven opvatting van ZN betreffende de afbakening.

De reactie van ZN is als bijlage 4 bij dit rapport gevoegd.

6.c. Reactie van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

***Oneens met
afbakening***

6.c.1. Oneens met afbakening

De NVDV laat weten het er mee eens te zijn dat cosmetische zorg niet thuishoort in de basisverzekering en dat men ook als beroepsgroep bereid is mee te zoeken naar een eenduidige afbakening. De afbakening die het CVZ voor ogen staat en erop uitkomt dat behandeling van C2-varices niet meer onder de verzekeringsdekking valt, vindt de NVDV onjuist. De NVDV geeft aan dat het duplex onderzoek moet worden meegenomen in de classificatie van varices.

Hierna volgt het commentaar van het CVZ op de kritiek van de NVDV. Het commentaar heeft tevens betrekking op de in de vorige paragraaf opgenomen opvatting van ZN betreffende de afbakening.

Duplex onderzoek

Voor wat betreft duplex onderzoek c.q. bepaling van veneuze insufficiëntie, heeft het CVZ voor zijn beoordeling onderzocht in hoeverre duplex onderzoek een rol speelt bij het maken van het onderscheid tussen medische noodzaak en cosmetische redenen voor invasieve behandeling van varices, en bijvoorbeeld overwogen om de 'A' (anatomie: exacte locatie van de insufficiëntie) en 'P' (pathofysiologie: reflux) uit de CEAP classificatie in genoemd onderscheid mee te nemen.

Deze worden middels duplex onderzoek vastgesteld.

**Geen eenduidigheid
mbt VI**

Echter noch de richtlijnen, noch de literatuur geven een duidelijk en eenduidig antwoord op de vraag hoe klinisch relevante veneuze insufficiëntie dan in maat en getal uitgedrukt kan worden, met andere woorden: welke exacte maten en waarden nodig zijn om de afbakening te maken tussen medische noodzaak en cosmetische redenen voor invasieve behandeling:

- Volgens de CBO-richtlijn^u kan met duplexonderzoek geen uitspraak worden gedaan over de klinische relevantie van vastgestelde reflux, en is de betrouwbaarheid van de uitslag bovendien afhankelijk van de onderzoeker. Volgens de in de CBO-richtlijn gerefereerde publicatie van Haenen et al^v is er geen consensus over, onder meer, het geschikte afkappunt om pathologische reflux te definiëren.
- Als maat en afkappunt wordt in de literatuur veelal een, bij duplexonderzoek gevonden, refluxduur van langer dan 0,5 à 1 seconde genomen. Uit verschillende studies blijkt echter dat deze mate van reflux ook bij een deel van de normale bevolking voorkomt.^w

**'C' enige bruikbare
indeling**

Het CVZ stelt vast dat een duidelijk antwoord ontbreekt op de vraag, wanneer een dusdanig ernstige hemodynamische stoornis bestaat dat invasief ingrijpen noodzakelijk is. De 'C' van de CEAP-classificatie geeft op dit moment – zo stelt het CVZ verder vast – de enige duidelijke indeling. Het feit dat uit de literatuur blijkt dat de relatie tussen de zichtbare C2 varices en progressie niet vaststaat, heeft geleid tot de conclusie dat behandeling van de zichtbare varices, dus C2 sec, niet tot het te verzekeren pakket behoort.

Upcoding

Over het door ZN gesignaleerde effect van upcoding merken wij het volgende op. Het CVZ erkent dat het uitsluiten van vergoeding in geval van C2 varices, inderdaad als ongewenst effect kan hebben dat upcoding plaatsvindt, in die zin dat C2 varices geclassificeerd kunnen worden als C3 zodra er maar enig spoor van oedeem is. Het CVZ meent echter dat het aan zorgverzekeraars is om hierop in het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw attent te zijn en zodanige maatregelen te treffen dat het risico dat door upcoding zorg ten onrechte ten laste van de Zvw wordt gebracht zo veel mogelijk wordt voorkomen. Wat dit punt betreft verwijzen wij naar paragraaf 5.d. van dit rapport.

^u CBO-richtlijn *Diagnostiek en behandeling van varices* (CBO, 2007).

^v Haenen JH, van Langen H, Janssen MCH, Wollersheim H, van 't Hof MA, van Asten WNJC, Skotnicki SH, Thien T. Venous duplex scanning of the leg; range, variability and reproducibility. Clin Sci 96: 271-277, 1999

^w Zie Evans 1998, Allan 2000, Chiesa 2007, *Achtergrondrapportage: Afbakening tussen 'medisch noodzakelijk' en 'cosmetisch' bij de invasieve behandeling van (C2) varices* (bijlage 2).

6.c.2. Overige opmerkingen NVDV

CEAP-classificatie

Het CVZ gaat bij de CEAP classificatie uit van de indeling zoals weergegeven in de CBO-richtlijn. De 'C' staat hier voor de kliniek: de zichtbare afwijkingen. De NVDV geeft aan dat in de praktijk de C doorgaans wordt gebaseerd op de klinische blik van de onderzoeker en het duplex onderzoek.

Het CVZ deelt dit niet: onder 'C2 varices' verstaat het CVZ de zichtbare varix zonder tekenen van chronische veneuze insufficiëntie. Wanneer in geval van C0 of C1 sprake zou zijn van insufficiëntie van de stamvarices, kan dit volgens de CEAP classificatie met de 'A' en 'P' worden geclassificeerd. Klinisch blijft er in dat geval sprake van C0 respectievelijk C1.

Overigens bestaat een verschil van inzicht over de CEAP classificatie tussen verschillende beroepsgroepen: De NVDV geeft aan dat de CEAP classificatie een cumulatieve indeling is: C3 betekent C2 met oedeem, enzovoort. Volgens het leerboek Chirurgie* is de schaal van ernst (C0-C6) daarentegen samengesteld en is er geen progressief verloop van C0 naar C6.

Het CVZ sluit aan bij de tweede redenering, aangezien hogere C-klassen niet altijd gepaard hoeven gaan met de klinische symptomen die met lagere C-klassen worden aangeduid.

Kanttekeningen bij Ipso Facto rapport

De NVDV laat verder weten dat het rapport van Ipso Facto een helder beeld geeft van de praktijk. Wel heeft men een aantal kanttekeningen. Deze hebben betrekking op het geschatte aantal verwijzingen naar de tweede lijn, op de substitutie van goedkopere naar duurdere DBC's en op de - volgens de NVDV tendentieuze - vermelding dat bij zorgverzekeraars de indruk bestaat dat 20% tot 50% van de gedeclareerde varices DBC's cosmetische ingrepen betreft.

Wat het punt van de verwijzingen betreft: het CVZ neemt dit voor kennisgeving aan. Dit punt heeft het CVZ niet in zijn rapport betrokken. De opmerking over de substitutie is voor het CVZ aanleiding geweest om paragraaf 5.b. te wijzigen. Er wordt nu melding gemaakt van de verklaring die de NVDV geeft. De percentages die zorgverzekeraars noemen (20 tot 50% van de gedeclareerde DBC's zou een cosmetische ingreep betreffen) zijn inderdaad niet onderbouwd, maar gebruikt het CVZ toch voor het maken van een globale schatting van mogelijke besparingen. Voor het CVZ is voldoende aannemelijk dat er cosmetische ingrepen gedeclareerd en vergoed worden ten laste van de Zvw, ook al zijn exacte gegevens niet voorhanden.

Kritiek op conclusie ziektelast

De NVDV heeft verder kritiek op de paragraaf die gaat over de ziektelast van varices.

* *Chirurgie*. H.G. Gooszen (red), H.J. Bonjer, D.C. Aronson, et al. 2006, Bohn Stafleu Loghum.

***Ziektelast geen
doorslaggevend
criterium***

Het CVZ merkt op dat de ziektelastgegevens geen rol spelen bij de onderbouwing van zijn standpunt. Anders dan in de voorgelegde conceptversie komt dit in het definitieve rapport duidelijker tot uitdrukking (zie paragraaf 4.b.).

Onjuiste toevoeging

Tot slot: de NVDV geeft aan dat de toevoeging op pagina 10 van het conceptrapport dat compressie-sclerotherapie vaak juist wordt toegepast bij cosmetisch getinte ingrepen niet juist is. Het CVZ heeft deze toevoeging in het definitieve rapport geschrapt.

De reactie van de NVDV is als bijlage 5 bij dit rapport gevoegd.

6.d. Reactie van de Hart&Vaatgroep

***Oneens met stand-
punt CVZ***

De Hart&Vaatgroep laat weten dat men zich niet mengt in de beoordeling/interpretatie van de medische gegevens die het CVZ ten grondslag legt aan zijn standpunt. Voor dat onderdeel sluit men zich aan bij het commentaar van de betrokken beroepsgroepen. Als patiëntenorganisatie wil men wel benadrukken dat het niet langer vergoeden van C2-varicesbehandelingen een grote groep patiënten treft en dat de consequenties dus groot zijn. Men vindt het standpunt van het CVZ te rigoreus en daarmee te ver gaan, vooral als het standpunt primair onder druk van financiële redenen wordt ingenomen. Het advies van De Hart&Vaatgroep is om - als er twijfels bestaan over de juistheid van het betitelen van C2 spataderbehandeling als medisch noodzakelijke behandeling - de richtlijncommissie nader onderzoek te laten doen en de uitkomsten daarvan als basis te nemen voor de standpuntbepaling. Verder meent men dat de oplossing eerder gezocht moet worden in het beter aansturen van zorgverzekeraars en behandelaars in beoordeling van medisch noodzakelijke/cosmetische varicesbehandelingen.

***Nader onderzoek
en betere aanstu-
ring praktijk***

***CVZ handhaaft
standpunt***

Volgens het CVZ geven de richtlijnen en de voorhanden zijnde medische literatuur onvoldoende basis om invasieve behandeling van C2 varices als medisch noodzakelijk aan te kunnen merken. De geconsulteerde beroepsgroepen hebben dit naar de mening van het CVZ niet kunnen weerleggen. Het CVZ houdt dan ook vast aan zijn constatering dat de medische noodzaak voor invasieve behandeling van C2 varices onvoldoende is aangetoond. Bij dit soort constatering is vaste lijn van het CVZ om te concluderen dat betaling vanuit de basisverzekering niet aan de orde kan zijn.

***Bereidheid tot
heroverweging***

Dit laat natuurlijk onverlet dat mocht nader, nog uit te voeren onderzoek (op termijn) een ander licht op de zaak werpen of mochten de beroepsgroepen alsnog een goede op de literatuur gebaseerde afbakening tussen medisch noodzakelijke versus cosmetische varicesbehandelingen aandragen, het CVZ bereid zal zijn het standpunt te heroverwegen. Wat dit laatste betreft denkt het CVZ bijvoorbeeld aan op de literatuur/onderzoek gebaseerde en

objectief vast te stellen afkappunten voor veneuze insufficiëntie.

Duiding legitiem

Wat betreft de opmerking over de financiële redenen die ten grondslag liggen aan de herbeoordeling van het CVZ, merken wij het volgende op. Het CVZ heeft naar aanleiding van signalen uit de praktijk geconstateerd dat in de praktijk ten onrechte cosmetische varicesbehandelingen ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd en vergoed. Het CVZ vindt het, gelet daarop, legitiem dat het een nieuw standpunt inneemt dat tot doel heeft de onjuiste praktijk te keren. Het gaat dus niet om een bezuinigingsmaatregel, maar om een 'maatregel' die de praktijk in overeenstemming wil brengen met de reeds langer bestaande en ook geaccepteerde regelgeving, namelijk dat cosmetische zorg buiten de basisverzekering valt. Daarnaast zal uiteraard van zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden verwacht dat zij de handelwijze als het gaat om het declareren en vergoeden van varicesbehandelingen in overeenstemming brengen met die regelgeving en de daaraan gekoppelde duiding van het CVZ. Hoofdstuk 5 van het rapport heeft daar betrekking op. Wij verwijzen daar kortheidshalve naar.

De reactie van De Hart&Vaatgroep is als bijlage 6 bij dit rapport gevoegd.

6.e. Reactie van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV)

Oneens met afbakening

De NVvV heeft laten weten zich niet te kunnen vinden in de conclusie van het CVZ betreffende de behandeling van C2 varices (zie bijlage 7). Voor de onderbouwing hiervan verwijst de NVvV naar de brief van prof. dr. C.H.A. Wittens, chirurg te Maastricht (bijlage 8).

Ipso Facto rapport niet bruikbaar

Prof. Wittens merkt allereerst op dat de wijze waarop Ipso Facto informatie heeft vergaard geen wetenschappelijke waarde heeft, dat op suggestieve wijze gezocht is naar eventueel onterecht gedeclareerde en betaalde behandelingen en dat het onderzoek van Ipso Facto dan ook ongeschikt is om voor het CVZ als basis te dienen voor de gepresenteerde wijziging betreffende de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen.

Richtlijnen/literatuur basis voor duiding

Het CVZ merkt op dat het naar aanleiding van signalen van zorgverzekeraars besloten heeft Ipso Facto onderzoek te laten doen met de bedoeling een indruk te krijgen van de handelwijze in de uitvoeringspraktijk betreffende varicesbehandelingen. Mede op basis van het uit dat onderzoek ontstane beeld – namelijk dat niet consequent een onderscheid gemaakt wordt tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen – heeft het CVZ besloten de afbakening nader te preciseren. De relevante richtlijnen en

literatuur vormen voor het CVZ de basis voor deze precisering en niet de rapportage van Ipso Facto. De bij dit rapport gevoegde achtergrondrapportage (zie bijlage 2) geeft daar blijk van.

***Verwijzing naar
Bonn Vein studie***

Prof. Wittens geeft verder aan de conclusie van het CVZ dat behandeling van C2 varices niet onder de dekking van de verzekering valt, niet te delen en wijst op de Bonn Vein studie 2. Daaruit blijkt naar zijn mening dat meer dan 30% van C2 varices derailleert in CVI.

***Geen oorzakelijk
verband***

Het CVZ heeft naar aanleiding hiervan naar literatuur gezocht over deze tweede Bonn Vein studie, maar geen publicaties gevonden waaruit zonder meer een oorzakelijk verband tussen C2 varices en CVI blijkt. Het CVZ ziet hierin dan ook geen reden zijn standpunt te herzien. Korte tijdshalve verwijzen wij naar de (nieuwe) paragraaf 3.e over de Bonn Vein studie 2 en de toegevoegde passage over de Bonn Vein studie 1 in paragraaf 4.b van het achtergrondrapport (bijlage 2).

***Normen voor
kwaliteit***

Prof. Wittens maakt er tot slot melding van dat de NVvV en de NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde) werken aan een tweede versie van "Normering Chirurgische Behandelingen". Daarin zal worden omschreven wie, wanneer, wat mag behandelen in relatie tot de patiënt met varices. De nieuwe versie zal medio 2011 verschijnen. Het voorstel van prof. Wittens is om de huidige praktijk in stand te houden en met behulp van de normering vanuit de beroepsgroepen strengere normen aan te leggen.

***Bruikbaarheid
onduidelijk***

De totstandkoming van deze normering juicht het CVZ uiteraard toe. Het CVZ verwacht echter niet dat deze normering voor het CVZ bruikbare input zal leveren voor een duiding van het onderscheid in het kader van de Zvw tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen. Het document zal immers – zo neemt het CVZ aan – met name gaan over kwaliteitsnormen en niet over indicatiecriteria. Dit neemt niet weg dat het CVZ te gelegener tijd kennis zal nemen van de aangekondigde normering en zal bezien in hoeverre het van belang is voor het onderwerp van dit rapport.

7. Slotopmerkingen

<i>Datum standpunt</i>	Het standpunt opgenomen in paragraaf 4.d. heeft het CVZ vastgesteld op 25 maart 2011.
<i>Evaluatie</i>	Het CVZ zal op termijn evalueren op welke wijze het in dit rapport aangeduide onderscheid tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen in de praktijk wordt toegepast. Het CVZ zal nog nader bepalen wanneer voldoende gegevens voorhanden zullen zijn om een adequaat beeld te verkrijgen van de uitvoeringspraktijk.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Rapport

**Behandeling van chronische
aspecifieke lage rugklachten:**

- kortdurende conservatieve interventies
- complementaire en alternatieve interventies
- injectie- en denervatietechnieken

Op 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister
van VWS

Volgnummer	2010116605 (zaaknummer 27031100)
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	mw. dr. G. Ligtenberg, mw. mr. P.C. Staal, mw. dr. N. van der Roer, mw. J. Heymans, arts
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 87 95/33

Samenvatting

Diversiteit aan behandelingen

Chronische aspecifieke lage rugklachten zijn de meest voorkomende klachten van het houdings- en bewegings-apparaat. Er is een grote diversiteit in het aantal beschikbare therapeutische interventies voor de behandeling van deze klachten.

Standpunten CVZ

Standpunten CVZ

Het CVZ heeft in de afgelopen jaren diverse therapeutische interventies voor chronische aspecifieke lage rugklachten beoordeeld: behoren zij wel/niet tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Om de kwaliteit, de consistentie en de transparantie van de beoordeling te vergroten, heeft het CVZ besloten het geheel aan bestaande interventies op hetzelfde moment en op basis van dezelfde uitgangspunten te toetsen. De beoordeelde interventies vallen in drie groepen uiteen, te weten 1) kortdurende conservatieve interventies, 2) complementaire en alternatieve interventies en 3) injectie- en denervatietechnieken. De standpunten die het CVZ inneemt zijn als volgt.

Kortdurend conservatief

Kortdurende conservatieve interventies:

- Kortdurende (< 3 maanden) oefentherapietherapie (met aandacht voor gedragsverandering) ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten valt als eerstelijnsbehandeling onder de dekking van de Zvw, maar alleen voor zover het verzekerden van jonger dan 18 jaar betreft.
- Eerstelijnspsychologische zorg valt onder de verzekeringsdekking als het gaat om aandoeningen op as I van DSM-IV-TR^b. Chronische aspecifieke rugpijn is op zich geen diagnose die daaraan voldoet. Daarvoor moet er sprake zijn van andere (additionele) problematiek.
- Kortdurende (< 3 maanden) oefentherapietherapie (met aandacht voor gedragsverandering) ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn valt als tweedelijnsbehandeling (waarbij de behandeling plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist) onder de dekking van de Zvw.

Complementair/alternatief

Complementaire en alternatieve interventies:

Behandeling van aspecifieke chronische lage rugklachten d.m.v. spinale manipulatie/chiropraxie, acupunctuur en fytotherapie behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Injectie-/denervatietechnieken

Injectie- en denervatietechnieken

Injectie- en denervatietechnieken toegepast bij chronische aspecifieke lage rugklachten behoren niet tot de te verzekeren prestaties Zvw.

Het CVZ onderkent echter ook dat invasieve pijnstilling d.m.v. injectie/denervatie in de praktijk veel wordt toegepast bij chronische lage rugpijn, er een duidelijke zorgvraag is bij patiënten en dat er aanwijzingen zijn dat de behandeling voor bepaalde subgroepen van patiënten (indien ingebed in een multidisciplinair behandelprogramma) mogelijk wel als effectief kan worden beschouwd. Of dat laatste het geval is zal naar de mening van het CVZ nader onderzocht moeten worden.

Voorwaardelijke financiering

Advies aan minister: voorwaardelijke financiering

Het CVZ concludeert dat het gewenste onderzoek, waarbij voor een nauwkeurig omschreven patiëntengroep injectie- en denervatietechnieken toegevoegd aan optimaal conservatief behandelen worden vergeleken met optimaal conservatief behandelen alleen, vanuit de basisverzekering gefaciliteerd kan worden d.m.v. voorwaardelijke financiering van de zorg. Het CVZ adviseert de minister van VWS hiertoe over te gaan per 1 januari 2012. Belangrijkste overwegingen daarbij zijn:

- De zorg wordt in de praktijk veel toegepast en er is een duidelijke zorgvraag bij patiënten.
- In de literatuur zijn aanwijzingen dat de behandeling voor bepaalde subgroepen van patiënten mogelijk als effectief kan worden beschouwd, maar nader onderzoek is nodig om de leemte in bewijsvoering weg te nemen.
- De beroepsgroepen onderschrijven de noodzaak van het doen van nader onderzoek. Zij ondersteunen het onderzoeksvoorstel die inmiddels bij ZonMw hiertoe is ingediend.
- In het bij ZonMw ingediende onderzoeksvoorstel is omschreven welke patiënten in het onderzoek worden betrokken (de inclusiecriteria), en hoe de te onderzoeken interventie en de controle interventie eruit zien. Dit stemt overeen met het door het CVZ gewenste onderzoek. De verwachting is dan ook dat op basis van de uitkomsten van het onderzoek binnen redelijke termijn (drie jaar) de vraag kan worden beantwoord of voldaan wordt aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
- Er is een tarief waarmee de voorwaardelijk te financieren interventie kan worden afgerekend.

Het instrument van voorwaardelijke financiering zal worden voorbereid ten behoeve van 2012. Dat betreft financiering onder de voorwaarde dat ontbrekende gegevens over effectiviteit worden verzameld, zodat na afloop van de termijn van voorwaardelijke financiering (opnieuw) een toetsing aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' kan plaatsvinden. Zoals gezegd, is het CVZ van mening dat het genoemde onderwerp hiervoor in aanmerking komt.

1. Inleiding

Diversiteit aan behandelingen

Chronische aspecifieke lage rugklachten zijn de meest voorkomende klachten van het houdings- en bewegings-apparaat. Er is een grote diversiteit in het aantal beschikbare therapeutische interventies voor de behandeling van deze klachten.

Beoordeling CVZ

Het CVZ heeft in de afgelopen jaren – met name op verzoek van zorgverzekeraars - diverse therapeutische interventies voor chronische aspecifieke lage rugklachten beoordeeld: behoren zij wel/niet tot het basispakket van de Zvw? Het is echter voor de kwaliteit, de consistentie en de transparantie van de beoordeling gewenst om het geheel aan bestaande interventies op hetzelfde moment en op basis van dezelfde uitgangspunten te toetsen. In dit rapport zet het CVZ uiteen welke therapeutische interventies die worden ingezet voor de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten, tot de te verzekerde prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren.

Drie behandel-categorieën

De beoordeelde interventies vallen in drie groepen uiteen, te weten:

- kortdurende conservatieve interventies,
- complementaire en alternatieve interventies en
- injectie- en denervatietechnieken.

Chirurgische interventies laten wij buiten beschouwing. Deze interventies zijn namelijk in het algemeen niet geïndiceerd bij chronische aspecifieke lage rugklachten. Medicamenteuze behandelingen zijn evenmin opgenomen in dit rapport, aangezien het hierbij vrijwel uitsluitend om kortdurende interventies gaat met een kortdurend effect.

Literatuurreview

Een belangrijk toetspunt is het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Alleen zorg die aan dat criterium voldoet, kan onder de dekking van de Zvw vallen. Gezien de grote hoeveelheid literatuur die in de beoordeling betrokken moet worden, heeft het CVZ ervoor gekozen om ten behoeve van de toetsing aan genoemd criterium een systematisch literatuuronderzoek uit te laten voeren door een onafhankelijk onderzoeksinstituut.^a

Opbouw rapport

De opbouw van het rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 geeft achtergrondinformatie over chronische aspecifieke lage rugklachten. In hoofdstuk 3 komt de relevante wet- en

^a Prof.dr. Maurits van Tulder & dr. Raymond Ostelo, EMGO Instituut VUmc en Instituut voor Gezondheidswetenschappen VU, Amsterdam; Co-editor of the Cochrane Back Review Group in samenwerking met prof.dr. Bart Koes & dr. Arianne Verhagen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam en de Cochrane Back Review Group (Vicki Pennick en Andrea Furlan, Institute for Work & Health, Toronto, Canada).

regelgeving aan bod. In hoofdstuk 4 gaan we in op het literatuuronderzoek dat ten behoeve van de toetsing aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' is gedaan. De beoordeling/toetsing van de verschillende behandelingen geven wij weer in de hoofdstukken 5, 6 en 7 (achtereenvolgend: kortdurende conservatieve interventies, complementaire en alternatieve interventies en injectie- en denervatietechnieken). Hoofdstuk 8 gaat nader in op de injectie- en denervatietechnieken bij chronische lage rugklachten. Het bevat het voorstel om voor specifieke patiëntengroepen voorwaardelijke financiering van de zorg mogelijk te maken. In hoofdstuk 9 komt de inhoudelijke consultatie aan bod en hoofdstuk 10 sluit af met de datum van vaststelling van het rapport.

2. Chronische aspecifieke lage rugklachten

2.a. Achtergrondinformatie

Definitie chronische aspecifieke lage rugklachten	Chronische lage rugklachten zijn de meest voorkomende klachten van het houding- en bewegingsapparaat. Met lage rugklachten wordt bedoeld: pijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bovenste bilplooï, met of zonder uitstraling in het been (definitie ontleend aan de CBO richtlijn ¹³). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen specifieke en aspecifieke lage rugklachten. In de internationale literatuur wordt voor de aanduiding specifieke klachten de volgende definitie gehanteerd: er is sprake van een aanwijsbare oorzaak zoals een infectie, ontsteking, wervelfractuur, wervelinzakking door osteoporose, een tumor of een hernia (HNP, hernia nuclei pulposi). Bij ongeveer 90% van de mensen met lage rugklachten is geen specifieke oorzaak aan te wijzen; deze klachten worden aspecifiek genoemd. ^{1,2}
Veel voorkomende oorzaken	Chronische aspecifieke lage rugpijn is in het merendeel (80 à 90%) van de gevallen van mechanische origine, wat inhoudt dat de oorzaak van de pijn gelegen is in (aspecifieke, degeneratieve) veranderingen van de wervelkolom of ondersteunende omringende structuren. In een minderheid van de gevallen is de pijn neurogeen (5-15%) van karakter, wat wil zeggen dat de symptomen wijzen op irritatie van een zenuw(wortel). Dit kan het geval zijn als een uitpuilende discus op een uittredende wortel drukt. ³ Ook als de origine van de pijn nader gedefinieerd is (mechanisch of neurogeen) kan het 'aspecifieke' chronische lage rugklachten betreffen indien er geen specifieke (zie boven) aanwijsbare oorzaak aanwezig is.
Beeldvormende diagnostiek	Er is veel discussie geweest met de beroepsgroepen bij de voorbereiding van dit rapport over het onderscheid specifiek/aspecifiek. Van belang voor een goed begrip hierbij is het gegeven dat in epidemiologische studies bij beeldvormende diagnostiek vaak aspecifieke 'degeneratieve' afwijkingen ('slijtage') worden gevonden zonder dat er een associatie is met lage rugpijn. ^{4,5,6} Het vinden van dergelijke degeneratieve afwijkingen bij beeldvormende diagnostiek impliceert dus niet dat deze altijd een causaal verband hebben met eventueel bestaande lage rugpijn. De verfijning van de beeldvorming, met name door MRI, waardoor niet-ossale structuren kunnen worden afgebeeld, maakt de interpretatie niet gemakkelijker, en het gebruik van het woord 'aspecifiek' lastig. Immers, degeneratieve afwijkingen, die veel voorkomen, kunnen leiden tot relatieve vernauwing van bv. wervelkanaal of foramen. Als dit vervolgens een wervelkanaalstenose of foramenstenose wordt genoemd, is het moeilijk te begrijpen dat dit dan om aspecifieke afwijkingen gaat. Hetzelfde geldt voor de discopathie, die lastig af te bakenen kan zijn van een
Definitie 'aspecifiek'	

HNP. Dit betekent naar de mening van het CVZ dat beeldvorming alleen niet tot een degelijke diagnose kan leiden. Dit zal altijd gecombineerd moeten worden met (liefst voorafgegaan worden door) kundig neurologisch onderzoek.

Het is zeer wenselijk dat de gezamenlijke beroepsgroepen definities formuleren voor al deze begrippen (specifiek/aspecifiek, wel of niet stenose, discopathie, enz) waarover zij zelf consensus hebben én die overeenstemmen met internationaal gebruikte termen.

Op de inhoud van de discussie met de beroepsgroepen, die zich voornamelijk voordeed bij het onderdeel injectie- en denervatietechnieken, komen wij in het betreffende hoofdstuk (hoofdstuk 7) terug.

Prevalentie

De prevalentie van lage rugklachten in Nederland is 44%, met een piek in de leeftijdscategorie 44-65 jr.^{7,8} Het natuurlijk beloop van lage rugklachten is gunstig, veelal gaan de klachten binnen enkele dagen tot weken vanzelf over. Wanneer de klachten langer dan drie maanden aanwezig zijn spreekt men van chronische klachten. De prevalentie van chronische lage rugklachten (naar de Nederlandse bevolking gestandaardde cijfers, gebaseerd op de MORGEN 93-95studie) is 18.2 %.^{8,9}

Spontaan beloop

Lage rugklachten gaan meestal weer voorbij. Bij een aantal patiënten kunnen de klachten een chronisch karakter krijgen en een grote impact hebben op het persoonlijke en het werkzame leven. Men heeft geprobeerd risicofactoren te

Risicofactoren

benoemen voor het ontwikkelen van chronische, invaliderende lage rugpijn. De kans op het ontwikkelen van chronische rugpijn is geassocieerd met zowel somatische als psychische karakteristieken: bv. het hebben van lage rugpijn in de voorgeschiedenis of obesitas, maar ook ontevredenheid met het werk, tekortschieten van 'coping' vermogen, somatisatie, angst, somberheid en emotionele stress.^{3,10}

Standaard- resp. vergelijkende behandeling

Er is een grote diversiteit in het aantal beschikbare therapeutische interventies voor lage rugklachten, maar de effectiviteit van deze interventies is niet altijd overtuigend aangetoond. Gezien het frequent voorkomen van de klachten en de financiële consequenties (zoals arbeidsverzuim en zorgkosten) wordt veel onderzoek gedaan naar hoe de optimale behandeling er uit zou moeten zien. Internationaal is er de tendens om zoveel mogelijk conservatief te blijven, het belang van een actieve levensstijl te benadrukken en terughoudend te zijn met invasieve interventies. Om te kunnen bepalen wat verstaan kan worden onder 'gebruikelijke' behandeling hebben we gezocht naar richtlijnen in binnen- en buitenland. In de volgende paragraaf volgt een opsomming.

2.b. Richtlijnen binnen- en buitenland

CBO multidisciplinaire richtlijn

De multidisciplinaire CBO-richtlijn "Aspecifieke Lage rugklachten" (2003) adviseert een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden.¹¹ De voorkeur gaat dan uit naar oefenprogramma's onder supervisie en gericht op het functioneren. Daarnaast wordt rugscholing, gedragstherapie in engere zin en een multidisciplinaire behandeling aanbevolen afhankelijk van de ernst en duur van de klachten en de mate van functionele beperking die de patiënt ervaart. Pijnmedicatie voor korte duur kan geadviseerd worden, met name bij acute exacerbaties van bestaande chronische klachten. Langdurig gebruik (langer dan vier weken) moet worden vermeden. Injectiebehandelingen worden niet aanbevolen.

Update ketenzorg-richtlijn

Deze richtlijn is gereviseerd en de nieuwe conceptrichtlijn ligt op dit moment voor bij de diverse veldpartijen.¹² In de conceptversie wordt opnieuw oefentherapie met een cognitief-gedragsmatige aanpak als eerste keuze van behandeling aangeraden. Voor exacerbaties worden NSAID's aanbevolen. Andere medicatie (zoals zwakke opiaten) wordt genoemd als optie. Voorts kunnen volgens de conceptrichtlijn acupunctuur en rugscholing worden overwogen. Manipulatie, diverse andere niet-invasieve behandelingen, alsmede injecties en facetdenervaties worden niet aanbevolen.

Europese richtlijn

De Europese richtlijn dateert uit 2004 en adviseert cognitieve gedragsmatige behandeling, gesuperviseerde oefentherapie, kortdurende educatie en multidisciplinaire behandeling.¹³ Op het gebied van medicatie wordt het kortdurend gebruik van NSAID's en zwakke opioïden voor pijnvermindering aanbevolen. Acupunctuur en injectiebehandelingen worden niet aanbevolen.

NICE

De Engelse NICE heeft recent een richtlijn gepubliceerd voor de behandeling van patiënten met aspecifieke chronische lage rugpijn met een duur van minder dan 12 maanden.¹⁴ De belangrijkste aanbevelingen luiden:

- overweeg een gestructureerd en geïndividualiseerd oefenprogramma van maximaal 8 sessies gedurende een periode van 12 weken;
- overweeg manuele therapie van maximaal 9 sessie gedurende een periode van 12 weken;
- overweeg acupunctuur van maximaal 10 sessies gedurende een periode van 12 weken;
- bied geen injecties of denervatietherapie aan van welke aard ook;
- overweeg een multidisciplinaire behandeling (fysiek en psychologisch behandelprogramma) bij patiënten die ten minste één van de hierboven aanbevolen therapieën hebben doorlopen én bij wie sprake is van ernstig functioneel disfunctioneren of psychologische stress.

USA

De Amerikaanse richtlijn is recent gereviseerd.¹⁵ De richtlijn is multidisciplinair tot stand gekomen en heeft betrekking op patiënten met aspecifieke chronische lage rugpijn, met of zonder pijn in het been. De voor dit rapport belangrijkste conclusies en aanbevelingen luiden samengevat als volgt:

- intensieve multidisciplinaire behandeling met daarin opgenomen cognitieve gedragstherapie wordt aanbevolen voor patiënten die geen verbetering ondervinden van enkelvoudige interventies;
- injecties met corticosteroïden in de discus intervertebralis en de facetgewrichten worden niet aanbevolen;
- er is onvoldoende bewijs om de effectiviteit van injecties (epiduraal, i.m., intrathecaal) of denervatietechnieken (IDET, PIRFT) te beoordelen;
- steroïden-injecties in facetgewrichten worden niet aanbevolen omdat in diverse studies is gebleken dat deze niet effectiever zijn dan sham-behandeling.

Canada

De Institute of Health Economics baseert zijn aanbevelingen op diverse gepubliceerde richtlijnen uit Groot-Britannië, USA, Europa, Canada en Australië.¹⁶ De richtlijn beveelt zelfmanagement programma's gericht op omgaan met pijn, oefentherapie, actieve rehabilitatie (bestaande uit zelfmanagement programma en oefentherapie), massage, acupunctuur, TENS, NSAID's, spierontspanners, anti-depressiva, opioïden, multidisciplinaire behandeling, prolotherapie, epidurale steroïd injecties en gedragstherapie aan.

Algemeen beeld gebruikelijke behandeling

Uit de verschillende richtlijnen komt naar voren dat een actieve benadering in de vorm van oefentherapie (kortdurend, i.h.a. < 3 maanden) de voorkeur heeft. Als enkelvoudige conservatieve behandeling geen verbetering biedt, wordt aanbevolen over te gaan op multidisciplinaire behandeling. In alle richtlijnen dient de multidisciplinaire behandeling in ieder geval een fysieke en een psychologische component te bevatten.

3. Wet- en regelgeving

3.a. Relevante bepalingen

In de volgende hoofdstukken gaan wij na in hoeverre de verschillende interventies, die ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten worden ingezet, behoren tot het basispakket van de Zvw. De bepalingen die van belang zijn voor het beantwoorden van deze vraag geven wij in dit hoofdstuk weer. Deze hebben betrekking op geneeskundige zorg, waaronder GGZ-zorg en paramedische zorg. Bij de behandeling van lage rugklachten kunnen namelijk medici, paramedici en psychologen/psychotherapeuten betrokken zijn.

Te verzekeren risico

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan onder meer geneeskundige zorg.

Te verzekeren prestaties

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).

Artikel 2.1, eerste lid Bzv regelt dat de zorg en overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg de zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, (...) en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6.

GGZ-zorg

GGZ-zorg

Onder geneeskundige zorg valt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze zorg omvat niet-gespecialiseerde, eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De eerstelijnspsychologische zorg richt zich op de behandeling van enkelvoudige (lichte tot matige) problematiek. De behandeling is monodisciplinair, generalistisch. Het gaat om aandoeningen op as I van DSM-IV-R^b (stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, aanpassingsstoornissen). De gespecialiseerde GGZ richt zich op diagnostiek en specialistische behandeling van mensen met complexere en/of

^b DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association, 2000

multipele stoornissen.

Er is sprake van een stoornis op as I van DSM-IV-TR, maar daarnaast vaak ook een diagnose op de as II of meer dan één diagnose op as I.

Zowel bij de eerstelijnspsychologische zorg als bij de specialistische GGZ gaat het dus om diagnoses op de assen I en/of II van DSM-IV-R. Chronische aspecifieke rugpijn is op zich geen diagnose die aan deze omschrijving voldoet. Daarvoor moet er sprake zijn van andere (additionele) problematiek, bijvoorbeeld een depressie.

Voor eerstelijnspsychologische zorg geldt verder dat het aantal zittingen beperkt is tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar en dat de verzekerde per zitting €10,- aan eigen bijdrage betaalt.

Paramedische zorg ***Paramedische zorg***

Artikel 2.6, lid 1, Bzv bepaalt – voor zover relevant – dat paramedische zorg fysiotherapie en oefentherapie omvat. Volgens het tweede lid van dat artikel omvat fysiotherapie of oefentherapie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 bij het Bzv aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste twaalf behandelingen.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen. Dit is geregeld in artikel 2.6, vierde lid, Bzv. Chronische aspecifieke lage rugklachten staan niet genoemd in bijlage 1 bij het Bzv (de zogenoemde chronische lijst voor fysiotherapie en oefentherapie).

Stand wetenschap en praktijk ***Stand wetenschap en praktijk***

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt - voor zover relevant - dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (...).

Hoofdpijnen werkwijze

3.b. Werkwijze toetsing ‘plegen te bieden’

Zoals uit het vorenstaande blijkt heeft de regelgever voor het omschrijven van een aantal zorgvormen gebruik gemaakt van de formulering ‘plegen te bieden’. Het CVZ heeft in zijn rapport “Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’” uiteengezet hoe bepaald kan worden of aan dit criterium is voldaan.¹⁷ In het kort komt het erop neer dat zorg die ‘pleegt te worden geboden’ zorg betreft die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde

zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep ‘pleegt te bieden’. Genoemde documenten kunnen ook dienen om na te gaan of/wanneer sprake is van zorgverlening ‘op professioneel juiste wijze’.

3.c. Werkwijze toetsing ‘stand van de wetenschap en praktijk’

Norm voor alle zorgvormen

Voor alle zorgvormen geldt dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (zie artikel 2.1, tweede lid, Bzv).^c Met andere woorden: alleen de zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk – die als effectief kan worden beschouwd – valt onder de verzekeringsdekking.

Hoofdpijnen werkwijze

Het CVZ heeft zijn werkwijze ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, beschreven in het rapport “Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk”.¹⁸ Het CVZ volgt in zijn werkwijze de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op ‘het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal’. Verder is het algemene uitgangspunt van het CVZ dat er voor een positieve beslissing over het criterium de stand van de wetenschap en praktijk medisch wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan het CVZ beargumenteerd afwijken.

^c Deze norm geldt niet voor zittend ziekenvervoer.

4. Literatuuronderzoek (t.b.v. beoordeling stand wetenschap en praktijk)

4.a. Vraagstelling

Vraagstelling

De vraag of de behandelingen voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' beantwoorden wij aan de hand van gegevens uit de medische literatuur. De vraagstelling van het daartoe uitgevoerde literatuuronderzoek (zie bijlagen 1 t/m 3) is als volgt: wat is de effectiviteit van diverse in Nederland toegepaste interventies ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten. In de volgende paragraaf gaan wij nader in op de methodiek van het literatuuronderzoek.

Patiëntenpopulatie

De patiëntenpopulatie bestaat uit volwassen personen met chronische aspecifieke lage rugpijn, met of zonder uitstralende pijn in het been, die langer dan drie maanden bestaat.

Interventies

In de literatuurreviews worden in principe alle in Nederland toegepaste interventies, inclusief de zgn. alternatieve behandelingen, beoordeeld. Hoewel alternatieve behandelingen in het algemeen geen deel uitmaken van het verzekerde basispakket worden zij toch regelmatig gebruikt en bereiken ons regelmatig vragen hierover. Daarom hebben wij ervoor gekozen om ook deze behandelingen in de review op te nemen.

Chirurgische interventies zijn niet bekeken: chirurgische ingrepen worden (in Nederland) vrijwel uitsluitend uitgevoerd als er sprake is van een specifieke oorzaak zoals een hernia. Medicamenteuze behandelingen zijn eveneens niet opgenomen in dit overzicht, aangezien het hierbij vrijwel uitsluitend om kortdurende interventies gaat met een kortdurend effect.

Vergelijking

De CVZ beoordelingssystematiek houdt in dat de te toetsen interventie beoordeeld wordt 'in vergelijking tot de standaard- of de gebruikelijke behandeling'. Er is geen sprake van een gouden standaard bij de behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn, maar uit het overzicht van richtlijnen blijkt wel dat lichamelijke activiteit, oefeningen en aandacht voor gedragsmatige aspecten het meest worden aanbevolen. In de systematische reviews zijn alle vergelijkingen geïncludeerd, ook sham of placebo behandelingen. Wij bespreken in paragraaf 4.c. hoe deze studies bij de beoordeling betrokken worden.

Relevante uitkomstmaten

Bij de beoordeling van de waarde van de beschikbare interventies is het voorts belangrijk om te bepalen welke uitkomstmaten relevant zijn bij de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten. Door een internationale groep

van onderzoekers naar lage rugklachten is een gestandaardiseerde set van relevante uitkomstmaten gepubliceerd.¹⁹ Hierbij hebben de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van de verschillende meetinstrumenten een doorslaggevende rol gespeeld. De door deze groep onderzoekers aanbevolen set uitkomstmaten omvatten: pijn, functionele status (gemeten met de Roland Morris Disability Questionnaire of de Oswestry Disability Scale), algemene gezondheidsstatus (gemeten met de EuroQol of de SF-12), ziekteverzuim en patiënttevredenheid.

Relevante follow-up duur De follow-up duur van studies ook is van belang. Kortdurende studies geven geen informatie over de duur van een effect. Het CVZ acht voor deze aandoening een studieduur van minimaal 6 maanden vereist. De studieduur wordt in beschouwing genomen in de GRADE-beoordeling door de reviewers.

4.b. Methodiek van het literatuuronderzoek

Vraagstelling Het literatuuronderzoek (zie bijlagen 1 t/m 3) heeft de volgende hoofdvraagstelling: Wat is de effectiviteit van therapeutische behandelmethoden bij chronische aspecifieke lage rugklachten? De subvragen luiden:

- Wat is de effectiviteit van (kortdurende) conservatieve interventies voor chronische aspecifieke lage rugklachten?
- Wat is de effectiviteit van complementaire en alternatieve interventies voor chronische aspecifieke lage rugklachten?
- Wat is de effectiviteit van injectie- en denervatietechnieken voor chronische aspecifieke lage rugklachten?

Cochrane Back Review Group Bestaande Cochrane reviews zijn gescreend op relevante studies en vervolgens is een literatuuronderzoek uitgevoerd vanaf de einddatum van de Cochrane reviews. Bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek gebruikten de onderzoekers de methoden voor systematische literatuurstudies zoals aanbevolen door de Cochrane Back Review Group.^d De literatuur search is uitgevoerd in MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CENTRAL, en PEDro.

Update Het CVZ heeft vervolgens de relevante literatuur die verschenen is vanaf de sluitingsdatum van de systematische review bekeken (search verricht op 8 september 2010), met dezelfde zoekstrategie als gebruikt in de reviews. De extra gevonden studies worden genoemd in de betreffende hoofdstukken.

^d De Cochrane Back Review Group is een groep van reviewers, werkend onder de paraplu van de Cochrane Collaboration, die zich bezighoudt met de beoordeling van literatuur over, en het onderzoek naar, preventie en behandeling van rug- en nekklachten. De review groep bestaat sinds 1993 en heeft in 1997 voor het eerst richtlijnen gepubliceerd voor het systematisch reviewen van medisch wetenschappelijke literatuur over rug- en nekklachten. Deze richtlijnen worden regelmatig geupdate. Zie ook <http://www.cochrane.iwh.on.ca/aboutus.htm>

Selectiecriteria

De volgende in- en exclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- Gerandomiseerde effectstudie;
- Deelnemers aan de studies waren volwassen patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten (klachten langer bestaand dan 12 weken);
- Hieronder valt ook radiculopathie of andere niet-specifieke pathologie, zoals osteo-arthrose.
- Alle in Nederland toegepaste therapeutische interventies voor chronische aspecifieke lage rugklachten zijn in beschouwing genomen;
- Er moet tenminste één van de volgende relevante uitkomstmaten gebruikt zijn:
 - (a) pijn intensiteit (visueel analoge of numerieke schaal),
 - (b) algehele verbetering (percentage patiënten dat hersteld of verbeterd is),
 - (c) functionele status (gemeten met de Roland Morris of Oswestry Disability Questionnaires),
 - (d) ziekteverzuim (aantal dagen ziekteverzuim of aantal patiënten dat weer aan het werk is),
 - (e) bijwerkingen/complicaties.Fysiologische uitkomsten (bijvoorbeeld range of motion, flexibiliteit, spierkracht) en patiënt tevredenheid werden niet als primaire uitkomsten gezien, maar als secundaire uitkomsten. Als alleen op deze secundaire uitkomsten een effect gevonden werd, dan werd dat niet als voldoende bewijs van effectiviteit beoordeeld.

Risico op bias

Het risico op bias^e werd geschat door twee reviewers, onafhankelijk van elkaar met behulp van een criterialijst. Deze criterialijst van de Cochrane Back Review Group bestaat uit 11 items. Ieder item werd gescoord als 'positief' als werd voldaan aan de criteria en 'negatief' als er sprake was van een duidelijk risico op bias. Bij onvoldoende informatie werd een vraagteken gezet bij het item. Positieve scores werden opgeteld tot een totaalscore en een hoge interne validiteit^f werd gedefinieerd als een totaalscore van 6 en hoger.

Data extractie

De volgende data werden geëxtraheerd:

- karakteristieken van de studie (aantal deelnemers, geslacht, leeftijd, setting, duur van de klachten);
- karakteristieken van de interventies (type, frequentie, duur, co-interventies, controle interventie)
- karakteristieken van de uitkomsten (uitkomstmaten, instrumenten en scores).

^e Bias verwijst in dit verband naar een vertekening in de resultaten van een studie.

^f Interne validiteit verwijst naar de mate waarin resultaten van een empirisch onderzoek op betrouwbare wijze kunnen worden geïnterpreteerd: het onderzoek wordt niet door systematische fouten verstoord.

Data analyse	Analyses werden uitgevoerd voor: • elk type interventie • elk type controle interventie • elke primaire uitkomstmaat • follow-up duur.
Kwaliteit van het bewijs	Er is veel onderzoek gedaan op het gebied van chronische aspecifieke lage rugklachten, met veel variatie in bv. studie-opzet, follow-up duur en compleetheid, generaliseerbaarheid, enz.
GRADE systematiek	Dit bemoeilijkt een goede interpretatie van de overall resultaten. De reviewers hebben de GRADE systematiek gebruikt om een inschatting van de kwaliteit van het in totaal verzamelde bewijs te kunnen geven. Het GRADE doel is om te komen tot een eenduidige beoordeling van de kwaliteit van het beschikbare bewijs en daarmee samenhangend tot eenduidige beoordelingen en aanbevelingen in richtlijnen. Daarvoor is het nodig dat het beschikbare bewijs wordt gewaardeerd, dat besloten wordt welke uitkomsten cruciaal zijn, of er sprake is van inconsistent of indirect bewijs of bias. Uiteindelijk wordt - gebaseerd op al deze informatie - de kwaliteit van het verzamelde bewijs weergegeven in de volgende gradaties (aflopend van geringe onzekerheid tot zeer grote onzekerheid over de vraag of de gevonden resultaten 'waar' zijn): • <i>hoge kwaliteit</i>: verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk het vertrouwen in het gevonden effect niet veranderen. • <i>redelijke kwaliteit</i>: verder onderzoek kan belangrijke invloed hebben op het vertrouwen in het gevonden effect, en kan de schatting van het effect veranderen. • <i>lage kwaliteit</i>: verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op het vertrouwen in het gevonden effect en zal waarschijnlijk de schatting van het effect veranderen. • <i>zeer lage kwaliteit</i>: de schatting van het effect is zeer onzeker.
Indeling in mate van onzekerheid	De GRADE systematiek maakt het mogelijk om studies te up- of downgraden. Dit voegt een belangrijke nuance toe aan de EBRO-systematiek, waarin de classificatie van het bewijs vooral afhangt van de studie-opzet. Het CVZ gebruikt bij de eigen literatuurreviews de GRADE systematiek (nog) niet in zijn volle omvang. Wel wordt, in aanvulling op de EBRO-classificatie, het beschikbare bewijs beoordeeld op een aantal methodologische aspecten die ook in de GRADE beoordeling voorkomen. In de hier besproken reviews is de GRADE systematiek op een transparante en consistente wijze toegepast; dit draagt naar de mening van het CVZ bij aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van al het bewijsmateriaal. De conclusies van de GRADE-toepassing worden daarom door het CVZ overgenomen en meegenomen in de uiteindelijke besluitvorming.

<i>Stand van de wetenschap en praktijk</i>	4.c. Vergelijkende behandeling In aanvulling op de door de reviewers gehanteerde criteria noemt het CVZ het volgende aandachtspunt. Centraal staat hierin met welke interventie de te onderzoeken interventie moet worden vergeleken voor de besluitvorming omtrent het begrip 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
<i>Welk onderzoek is nodig</i>	De CVZ-beoordelingssystematiek houdt in dat de te toetsen interventie beoordeeld wordt 'in vergelijking tot de standaard- of de gebruikelijke behandeling'. Aangezien bij chronische aspecifieke lage rugklachten geen sprake is van een 'gouden standaard' lijkt vergelijking met gebruikelijke zorg het meest voor de hand te liggen. Dit is de zorg die in richtlijnen wordt beschreven.
<i>Sham/placebo trials</i>	Nu bevat het onderzoek aangaande de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten een aantal studies waarin de te onderzoeken interventie is vergeleken met een sham/placebo behandeling. Dit is op zich niet verwonderlijk, aangezien het gaat om een multifactoriële (en deels ook door psychosociale factoren bepaalde) aandoening, waarbij placebo-effecten kunnen optreden. Echter, met (uitsluitend) deze studies is het niet mogelijk om de vraag die het CVZ zich stelt, namelijk wat de waarde van de (nieuwe) behandeling is ten opzichte van de gebruikelijke behandeling, te beantwoorden. Aan de andere kant kunnen dergelijke studies wel degelijk waardevolle informatie opleveren die van nut is bij de beantwoording van bovenstaande vraag.
<i>'Comparative effectiveness'</i>	De vraag die CVZ beantwoord wil zien, namelijk wat de waarde van de te beoordelen interventie is ten opzichte van de standaard- of gebruikelijke behandeling, is relevant voor de dagelijkse praktijk en voor het maken van beleidsbeslissingen. De vraag wat de werkzaamheid van de interventie in engere zin is, wordt echter met dergelijk onderzoek niet altijd beantwoord. Daarvoor zijn sham/placebo studies meer geschikt. Het CVZ heeft dus vergelijkende effectiviteitsstudies (comparative effectiveness) nodig, en wel die waarbij vergeleken wordt met de standaard- of gebruikelijke behandeling. In de research wereld is een discussie gaande over dergelijk onderzoek, omdat van oudsher vanuit een puur wetenschappelijk oogpunt de vergelijking met sham of placebo behandeling het meest interessant is. Zo'n vergelijking maakt het bestuderen van de actieve stof/ het actieve bestanddeel van een interventie mogelijk. De niet-specifieke werking van de geleverde zorg blijft dan buiten beschouwing. In geval van geneesmiddelen-

beoordelingen is dergelijk onderzoek zelfs vereist voor de registratie van een geneesmiddel.

Maar als het gaat om de vraag wat de meest zinvolle behandeling in de praktijk is voor de patiënt, is vergelijking met sham/placebo niet altijd relevant. Dan willen we vergelijken met de op dat moment geldende standaard- of gebruikelijke behandeling. Als er geen standaard- of gebruikelijke behandeling is, kan de comparator ook 'geen behandeling' of 'usual care' zijn. Voor het gemak scharen we in de passage hieronder 'geen behandeling' of 'usual care' onder het begrip standaard- of gebruikelijke behandeling.

***RCT met sham-,
actieve
behandeling én
usual care***

In de literatuur over lage rugklachten is bij de alternatieve behandelingen (m.n. acupunctuur) en de injectie- en denervatietechnieken vrij veel sham/placebo onderzoek uitgevoerd, zowel in vergelijking met actieve behandeling als met standaard/gebruikelijke behandeling. De interpretatie van de uitkomsten van dergelijke studies kan lastig zijn. De volgende situatie willen wij graag (ter illustratie) bespreken:

In een klinische trial wordt gerandomiseerd voor actieve interventie, sham-interventie en conservatieve behandeling, 'usual care'. Dit onderzoek heeft de volgende uitkomst: Zowel de te onderzoeken interventie als de sham/placebo interventie zijn effectiever dan usual care, maar verschillen onderling niet significant. Hoe moet deze uitkomst worden geïnterpreteerd en wat is dan de conclusie voor wat betreft het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'? Het is voor een goed begrip nuttig om een dergelijke uitkomst in parten te knippen. Zie de figuur hieronder.

Eerst bespreken we de volgende vergelijking: sham/placebo behandeling vergeleken met usual care (a). In dit voorbeeld blijkt de sham/placebo behandeling effectiever. Dit kan aanleiding zijn tot verder onderzoek bv. naar aspecten van de behandeling als bejegening van of aandacht voor de patiënt. Het is goed voorstelbaar dat dergelijke aspecten voor het effect zorgen, en niet het placebo/sham behandeling op zich. Dit moet dan eerst onderzocht worden. Een dergelijke uitkomst kan niet leiden tot de conclusie dat sham/placebo behandeling zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

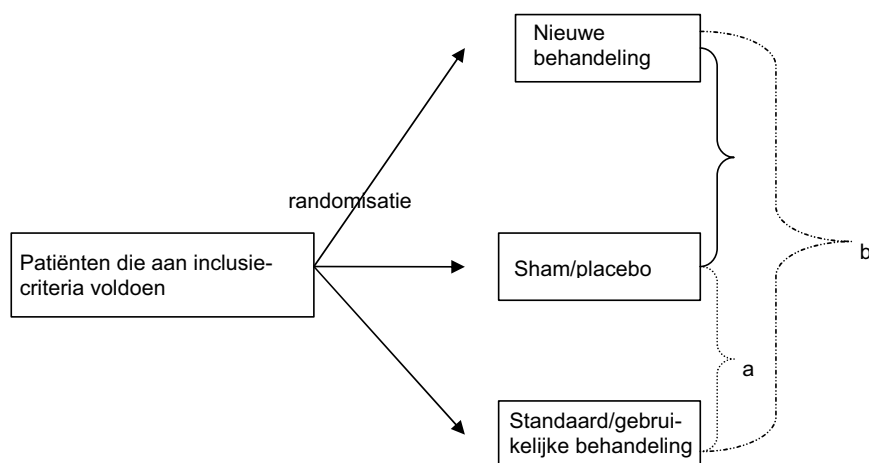
Uit de vergelijking 'actieve interventie' met usual care (b) blijkt dat de actieve interventie effectiever is dan usual care. Dit is opnieuw de uitkomst van de vergelijking van twee van de drie onderzoeksarmen.

Hier doet zich het volgende probleem voor: stel dat de resultaten van de sham/placebo arm niet bekend zouden zijn, dan is het mogelijk dat op grond van deze vergelijking besloten wordt dat de te onderzoeken interventie zorg

conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' is (aangenomen dat ander onderzoek dit ondersteunt). Toevoeging van de sham/placebo resultaten leidt daarentegen tot de conclusie dat de zorg niet conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' is. Hoe hiermee om te gaan?

Comparative effectiveness en placebo-controle complementair

Deze situatie laat zien dat 'comparative effectiveness studies', of 'pragmatische trials', en sham/placebo gecontroleerde trials elkaar goed kunnen aanvullen als het gaat om de besluitvorming wat tot de verzekerde zorg kan worden gerekend. In de praktijk kunnen we te maken hebben met twee-armige RCT's waarin een bepaalde interventie wordt vergeleken met usual care en waarbij dus placebo-gecontroleerd onderzoek ontbreekt. Een gemeten verschil in effectiviteit kan leiden tot de uitkomst dat de interventie deel uitmaakt van de verzekerde zorg. Naar onze mening kan dit alleen het geval zijn als dit ondersteund wordt door een verondersteld werkingsmechanisme. Het positieve resultaat van een vergelijkende studie alleen, zonder plausibele verklaring, kan niet voldoende zijn om te accepteren dat iets 'bewezen effectief' is. Dit betekent, ondanks een positieve studie, teveel onzekerheid om te kunnen concluderen dat de zorg conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' is. Maar dit zou wel aanleiding moeten zijn voor verder onderzoek naar het werkingsmechanisme en over de vraag welk onderdeel van de behandeling nu werkelijk het actieve bestanddeel is. Dus, afhankelijk van de mate van onzekerheid over de actieve bestanddelen van een interventie, kan verder onderzoek naar het werkingsmechanisme en/of placebo-gecontroleerd onderzoek aangewezen zijn, precies zoals in de wetenschap betreffende de behandeling van chronische lage rugklachten het geval is.



5. Beoordeling kortdurende conservatieve interventies

Omdat het zwaartepunt ligt bij de vraag of de interventies voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk', bespreken wij in dit hoofdstuk allereerst dat criterium (paragraaf 5.a.). Daarna gaan wij in op de overige wettelijke vereisten.

5.a. Stand wetenschap en praktijk: samenvatting resultaten

5.a.1. Typen interventies

Interventies

De beoordeelde interventies (in de literatuurreview) zijn: oefentherapie, rugscholing, TENS, warmte of koude therapieën, low level laser therapy (LLLT), patiënt educatie, massage, gedragsmatige therapieën, ruggordels, tractie en multidisciplinaire behandeling. De literatuursearch die wij (als update) in aanvulling op de literatuurreview hebben uitgevoerd, had ook betrekking op o.a. lumbar support, warmte/koude applicatie en Nordic walking.

5.a.2. Samenvatting literatuur

Beschikbare studies

In de 11 beschikbare Cochrane reviews en de databestanden werden 1939 relevante artikelen gevonden. In totaal voldeden uiteindelijk 83 studies aan de criteria. Per interventie werden de volgende aantallen studies gevonden:

- oefentherapie: n=37
- rugscholing: n=5
- TENS: n=6
- low level laser therapy: n=3
- patiënt educatie: n=1
- massage: n=3
- gedragsmatige therapieën: n=21
- tractie: n=1
- multidisciplinaire behandeling: n=6

Op 8 september 2010 is de search geupdate met dezelfde searchtermen en -criteria. Deze search leverde zeven additionele publicaties op, waarvan één systematische review (over TENS)²⁰ en zes RCT's (over o.a. Nordic walking, cognitieve gedragstherapie en wervelkolom-manipulatie (deze laatste rangschikken wij onder complementaire en alternatieve behandelingen)).^{21,22,23,24,25,26} Bij de samenvatting van de review bespreken we of deze additionele studies nopen tot wijziging van conclusies.

Analyse studies

Analyse van de studies door de reviewers leidt tot de volgende conclusies:

- kortdurende (< 3 maanden) oefentherapie heeft in vergelijking met usual care een gunstig effect op pijn en functioneren op korte termijn en wat functioneren betreft ook op middellange en lange termijn termijn (6 en 12 maanden);
- gedragstherapie heeft in vergelijking met usual care een gunstig effect op de pijn op korte termijn;
- multidisciplinaire behandeling heeft in vergelijking met geen behandeling een gunstig effect op pijn en functie op de korte termijn.
- De kwaliteit van het bewijs is over het algemeen genomen laag.
- Er zijn onvoldoende gegevens om een conclusie te formuleren over de effectiviteit van rugscholing, LLLT, educatie, massage, tractie, warmte/koude applicatie en lumbar supports.

De bij de update gevonden systematische review over TENS²⁰ toont eveneens aan dat deze interventie geen aangetoonde effectiviteit heeft.

De gevonden RCT's^{21,26} geven geen aanleiding om de conclusies uit de hier besproken systematische review te herzien.

Stand wetenschap en praktijk

Kortdurende behandeling (< 3 maanden) gericht op oefeningen en lichamelijke activiteit heeft een gunstig effect, ook op de lange termijn, op pijn en functie bij patiënten met aspecifieke chronische lage rugklachten. De kwaliteit van het bewijs is in het algemeen laag. Wat vooral opvalt in de literatuur is de grote variatie in de onderzochte behandelstrategieën en de controlebehandelingen. Dit bemoeilijkt een eenduidige conclusie over effectiviteit.

Conclusie CVZ

Nederlandse en buitenlandse richtlijnen (zie paragraaf 2.b.) adviseren om behandeling te richten op toename van lichamelijke activiteit, op gerichte oefeningen en gedragsmatige aspecten, bij voorkeur in een multidisciplinaire setting. Het beschikbare bewijs voor deze aanpak heeft weliswaar een lage kwaliteit, maar vanwege de brede internationale consensus die uit al deze richtlijnen blijkt, komt het CVZ tot een positief oordeel. Het CVZ concludeert dan ook dat kortdurende (< 3 maanden) therapie gericht op oefeningen, lichamelijke activiteit en gedragsverandering voor aspecifieke chronische lage rugklachten zorg is conform 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

De overige conservatieve interventies die zijn beoordeeld, voldoen niet aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

5.b. Beoordeling overige wettelijke voorwaarden

De vraag is of kortdurende (< 3 maanden) therapie gericht op oefeningen, lichamelijke activiteit en gedragsverandering ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten te scharen is onder de in het Bzv geregelde geneeskundige zorg.

Stepped care

Voor de toetsing is relevant dat in de praktijk het principe van stepped care wordt toegepast. In de regel zal de behandeling in eerste instantie bestaan uit conservatieve behandeling in de eerste lijn door fysiotherapeuten/oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. Indien dat geen verbetering biedt, zal multidisciplinaire behandeling in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist (revalidatiearts of anesthesioloog gespecialiseerd in pijnbestrijding) aan bod kunnen komen. De daadwerkelijke uitvoering van het behandelplan vindt in de praktijk in de regel plaats door fysio-/oefentherapeuten met – veelal ook – betrokkenheid van een psycholoog en ergotherapeut. Deze multidisciplinaire programma's, die poliklinisch plaatsvinden, duren 6 tot 12 weken en zijn intensief van aard (vrijwel dagelijks therapie).

De regelgeving in het Bzv leidt ertoe dat de uitkomst (valt de zorg wel/niet onder de dekking van de Zvw?) verschillend uitpakt al naar gelang het om eerstelijnszorg dan wel om tweedelijnszorg (zorg onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist) gaat.

'Plegen te bieden'

Paramedische zorg in de eerste lijn

Oefentherapie bij chronische aspecifieke rugpijn behoort tot het behandelarsenaal van fysio- en oefentherapeuten en voldoet daarmee aan het vereiste 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden'. Ook gedragsverandering kan onderdeel zijn van de verleende zorg. Psychologische of psychotherapeutische interventies zijn immers niet altijd vereist om gedragsverandering te bewerkstelligen. Praktische, ondersteunende technieken ter begeleiding van de primaire interventie kunnen in de fysiotherapie worden geïncorporeerd.

Chronische lijst

Oefentherapie is echter – voor zover het om verzekerden van 18 jaar en ouder gaat - in het Bzv beperkt tot de behandeling van de aandoeningen die genoemd worden op de zogenaamde 'chronische lijst'. Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten komt niet voor op deze lijst. Verzekerden tot 18 jaar hebben wel recht op (vergoeding van) maximaal 18 behandelingen oefentherapie bij chronische aspecifieke lage rugklachten.

Dit betekent dat oefentherapie in geval van chronische aspecifieke lage rugklachten voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar behoort de zorg wel tot het basispakket, zij het dat het aantal behandelingen beperkt is tot maximaal 18.

Chronische lijst in revisie

Voor de goede orde voegen wij hier aan toe dat bij het CVZ op dit moment de extramurale fysio- en oefentherapietherapie onderwerp is van nadere beschouwing. Het draait dan om vragen als: behoeft de chronische lijst actualisatie en hoe zit het met de effectiviteit van langdurige en kortdurende fysio- en oefentherapie? De conclusie in dit rapport dat kortdurende oefentherapie met aandacht voor gedragsverandering voldoet aan 'stand van de wetenschap en praktijk' zal het CVZ betrekken bij de revisie van de chronische lijst fysiotherapie.

Eerstelijnspsychologische zorg

De niet-gespecialiseerde, eerstelijnspsychologische zorg valt onder de in het Bzv genoemde geneeskundige zorg. Voor deze zorg bestaat verzekeringsdekking als het gaat om behandeling van aandoeningen op as I van DSM-IV-TR.^b Chronische aspecifieke rugpijn is op zich geen diagnose die daaraan voldoet. Daarvoor moet er sprake zijn van andere (additionele) problematiek.

Verder is het zo dat het aantal zittingen is beperkt tot acht per kalenderjaar en dat de verzekerde een eigen bijdrage is verschuldigd van €10,- per zitting.

Medisch specialistische zorg

Kortdurende (< 3 maanden) therapie gericht op oefeningen, lichamelijke activiteit en gedragsverandering ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten, verleend in een tweedelijnssetting onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (in de praktijk is dat een revalidatiearts of anesthesioloog gespecialiseerd in pijnbestrijding) betreft zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en valt onder de in het Bzv geregelde geneeskundige zorg. Deze zorg valt onder de dekking van de Zvw. De uitvoering van het behandelplan vindt soms perifeer (buiten het pijncentrum/de revalidatieinstelling, dus buiten de tweedelijnssetting) plaats, maar wel onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist en in een multidisciplinair behandelingskader. Uitgaande van het Bzv valt die zorg ook onder de noemer zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden (geneeskundige zorg) en daarmee onder de dekking van de Zvw.⁹

5.c. Standpunt

Standpunt

Het standpunt valt in verschillende delen uiteen:

- Kortdurende (< 3 maanden) oefentherapietherapie (met aandacht voor gedragsverandering) ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten valt als eerstelijnsbehandeling onder de dekking van de Zvw, maar

⁹ In dat geval moeten de kosten van bijvoorbeeld de fysiotherapeut die buiten de instelling werkzaam is, worden opgenomen in de DBC van de multidisciplinaire behandeling en moet de fysiotherapeut de kosten van de door hem/haar geleverde zorg in rekening brengen bij de betreffende instelling. Niet uitgesloten is dat in de praktijk op andere wijze wordt afgerekend.

alleen voor zover het verzekerden van jonger dan 18 jaar betreft.

- Eerstelijnspsychologische zorg valt onder de verzekeringsdekking als het gaat om aandoeningen op as I van DSM-IV-TR^b. Chronische aspecifieke rugpijn is op zich geen diagnose die daaraan voldoet. Daarvoor moet er sprake zijn van andere (additionele) problematiek.
- Kortdurende (< 3 maanden) oefentherapietherapie (met aandacht voor gedragsverandering) ter behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn valt als tweedelijnsbehandeling (waarbij de behandeling plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist) onder de dekking van de Zvw.

Kanttekening

Het feit dat – kort gezegd – de eerstelijnszorg (gedeeltelijk) niet en de tweedelijnszorg wel onder de dekking van de Zvw valt, zou mogelijk het gevaar in zich kunnen hebben dat er een verschuiving naar behandeling in de tweede lijn optreedt. Wij menen echter dat indien indicatiestelling op basis van de bestaande richtlijnen plaatsvindt, hetgeen naar wij aannemen over het algemeen het geval zal zijn, dit gevaar gering is. Verder is nog relevant dat fysiotherapie/oefentherapie in de aanvullende verzekeringen van zorgverzekeraars is ondergebracht en dat de zorg dus, indien vanuit de basisverzekering geen vergoeding plaatsvindt, op die manier voor verzekerden is gedekt, althans voor die verzekerden die aanvullend verzekerd zijn^h. Ook dat zal voorkomen dat te vlotte doorverwijzing naar de tweede lijn zich (frequent) zal voordoen.

^h Op dit moment heeft ongeveer 90% van de verzekerden een aanvullende verzekering.

6. Beoordeling complementaire en alternatieve interventies

6.a. Stand wetenschap en praktijk: samenvatting resultaten

Interventies	6.a.1. Typen interventies De beoordeelde interventies (in de literatuurreview) zijn: spinale manipulatie, acupunctuur en fytotherapie.
Beschikbare studies	6.a.2. Samenvatting literatuur De zoekstrategie in databestanden en bestaande Cochrane reviews leverde in totaal 35 relevante studies op. Per interventie werden de volgende aantallen studies gevonden: • Manipulatie: n=8, diverse 'hands-on' behandelingen bestaande uit manipulatie of mobilisatie en uitgevoerd door manueel of fysiotherapeuten, chiropractors of osteopaten. • Acupunctuur: n=20, uitsluitend traditionele acupunctuur. • Fytotherapie: n=7, diverse plantenextracten, ofwel orale ingestie of plaatselijke applicatie. Een aanvullende search op 8 september 2010 leverde 19 extra publicaties op. Twee hiervan zijn relevant: een RCT over acupunctuur ²⁷ en een Cochrane review over chiropraxie ²⁸ . Deze worden hieronder kort besproken.
Analyse studies	De systematische review levert de volgende conclusies op:
Manipulatie	• er is bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit dat spinale manipulatie niet verschilt in effectiviteit ten opzichte van iedere andere behandeling (inclusief sham behandeling) voor chronische aspecifieke lage rugpijn;
Acupunctuur	• er is bewijs van lage kwaliteit dat acupunctuur op de korte termijn effectief is wat betreft pijn en functie ten opzichte van geen behandeling; • er is bewijs van lage kwaliteit dat acupunctuur op de korte en middellange termijn effectief is wat betreft pijn en functie ten opzichte van sham behandeling. Deze effecten zijn klinisch niet resp. beperkt relevant; • Er is bewijs van lage kwaliteit dat acupunctuur als additionele behandeling bij conservatieve behandeling ('standaard behandeling', fysiotherapie, oefeningen) op de korte termijn effectief is wat betreft pijn en functie. Voor wat betreft pijn was dit niet klinisch relevant, voor wat betreft functie wel.¹ • Er is bewijs van lage kwaliteit dat acupunctuur als additionele behandeling bij multidisciplinaire behandeling op de korte en middellange termijn effectief is wat betreft pijn en functie. Voor wat betreft pijn was dit niet klinisch

¹ Effecten werden door de onderzoekers als klinisch relevant beschouwd als de grootte van het effect een bepaalde vooraf vastgestelde maat overschreden had.

Fytotherapie	relevant, voor wat betreft functie wel. In de met acupunctuur behandelde patiëntengroep was ook kortdurende behandeling met NSAID's bij exacerbaties opgenomen; • Studies waarin harpagophytum, capsicum pleisters of wilgenbast werden vergeleken met placebo of COX-2 inhibitors rapporteren alleen resultaten op de korte termijn. Deze resultaten zijn overigens voor het merendeel negatief (geen verschil in effectiviteit).
Update chiropraxie en acupunctuur	In aanvulling op de systematische review vonden wij een Cochrane review over chiropraxie.²⁸ Deze review concludeert dat er geen bewijs is dat laat zien dat chiropraxie van voordeel is voor chronische lage rugpijn vergeleken met andere behandelingen. De tweede aanvullende publicatie betreft een RCT waarin geïndividualiseerde acupunctuur, standaard acupunctuur, shamacupunctuur en 'usual care' met elkaar worden vergeleken.²⁷ Na een jaar follow-up was er een significant verschil in functionele status tussen de drie vormen van acupunctuur enerzijds en usual care anderzijds. Er werden echter geen verschillen gevonden tussen de verschillende vormen van acupunctuur. Dit roept vragen op over het veronderstelde werkingsmechanisme van acupunctuur, en of deze resultaten betekenen dat het in plaats van om een specifieke werking om een placebo- of aspecifiek effect gaat.
Conclusie CVZ	<i>6.a.3. Conclusie</i> Het CVZ concludeert dat voor de onderzochte complementaire en alternatieve behandelingen (spinale manipulatie, acupunctuur, fytotherapie en chiropraxie) voor aspecifieke chronische lage rugklachten geen gegevens zijn van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van de interventie ten opzichte van de gebruikelijke behandeling. Deze interventies voldoen daarmee niet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
Standpunt	6.b. Standpunt Omdat niet voldaan is aan het vereiste 'de stand van de wetenschap en praktijk' behoort behandeling van aspecifieke chronische lage rugklachten d.m.v. spinale manipulatie/-chiropraxie, acupunctuur en fytotherapie niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. In de regel behoren deze behandelingen – in ieder geval voor zover het acupunctuur en fytotherapie betreft – ook niet tot het behandelarsenaal van de beroepsgroepen die in het Bzv worden genoemd. Het betreft bijvoorbeeld geen zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden.

7. Beoordeling injectie- en denervatietechnieken

7.a. Stand wetenschap en praktijk: samenvatting resultaten

7.a.1. Typen interventies

De beoordeelde interventies betreffen minimaal invasieve methoden die pijnbestrijding tot doel hebben. Zij kunnen worden onderverdeeld in injectietherapie en denervatietherapie. De onderzochte injectietherapieën variëren qua lokalisatie en toegediende stof (farmaca/proteolytische enzymen). De onderzochte denervatietherapieën verschillen qua techniek (radiofrequentie/thermisch), lokalisatie en duur.

7.a.2. Samenvatting literatuur

Beschikbare studies Een zoekstrategie in databestanden en bestaande Cochrane reviews leverde in totaal 27 relevante artikelen op. Per interventie werden de volgende aantallen studies gevonden.

Injectie therapie (farmaca/proteolytische enzymen):

- discus intervertebralis: n=1, injectie met chymopapaïne.
- Facetgewricht: n=8, injectie met corticosteroiden, lokaal anestheticum, hyaluronaat, Sarapin of een combinatie.
- epidurale ruimte: n=3, injectie met corticosteroiden of lokaal anestheticum.
- Intramusculair: n=2, injectie met vitamine B12 of botuline toxine A.

Denervatie (radiofrequency/thermal):

- discus intervertebralis: n=5, behandeling met PIRFT of IDET.
- Ramus communicans: n=1.
- Facetgewricht: n=6, vier verschillende sterktes en duur van radiofrequente denervatie.

Een aanvullende search op 8 september 2010 leverde één aanvullende relevante publicatie op. Deze wordt hieronder kort besproken.²⁹

Pooling van resultaten

Gepoolde studies

Van twee behandelingen (IDET vs placebo en denervatie facetgewricht vs placebo) konden de resultaten gezamenlijk worden beoordeeld (statistical pooling). Deze pooling leverde de volgende conclusies op:

- er is bewijs van lage kwaliteit dat IDET effectiever is dan placebo op de uitkomst pijn na 6 maanden;
- er is bewijs van lage kwaliteit dat denervatie van de facetgewrichten effectiever is dan placebo op de uitkomst pijn na 4 weken.

<i>Geselecteerde patiënten</i>	Alle patiënten uit deze gepoolde studies waren geselecteerd op grond van een positieve respons op ofwel discografie of op proefblokkade met een lokaal anestheticum. Daarom zijn deze resultaten niet generaliseerbaar naar de gehele groep van patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn. Gebruik van een proefblokkade als selectiemechanisme voor identificatie van patiënten die waarschijnlijk baat zullen hebben bij de interventie is op zich aan te bevelen. Een tweede aandachtspunt bij deze studies is dat zij alle de actieve interventie vergelijken met een sham/placebo interventie. Het CVZ vereist in zijn beoordelingsmethodiek dat er vergeleken wordt met standaard- of gebruikelijke behandeling en kan ook om deze reden uit bovengenoemde studies geen conclusies trekken (zie ook paragraaf 4c).
<i>Heterogeniteit</i>	<i>Niet gepoolde studies</i> Deze studies zijn heterogeen wat betreft gebruikte techniek, de lokalisatie van de injectie of denervatie, de behandeling waarmee vergeleken is, de geïncludeerde patiëntengroepen, de duur van de follow-up. De resultaten zijn eveneens wisselend. Meestal worden geen verschillen in effectiviteit gevonden, soms alleen verschillen in effectiviteit op de korte termijn. In alle gevallen is de kwaliteit van het bewijs laag tot zeer laag.
<i>Update</i>	<i>Update</i> De aanvullende literatuursearch leverde één relevante publicatie. Dit betreft een RCT waarin injecties met methyleenblauw zijn vergeleken met placebo in patiënten met chronische lage rugpijn.²⁹ In deze studie werden patiënten geselecteerd d.m.v. discografie. Injectie met methyleenblauw was effectief op de lange termijn wat betreft pijn, functie en patiënttevredenheid t.o.v. injectie met placebo. Deze resultaten zullen in vervolgstudies bevestigd moeten worden.
<i>Conclusie CVZ</i>	<i>7.a.3. Conclusie</i> Er is alleen bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit dat injectie- en denervatietechnieken effectief zijn bij chronische aspecifieke lage rugklachten. Dit betekent dat er weinig vertrouwen bestaat in de gevonden resultaten en dat de kans groot is dat toekomstig onderzoek zal leiden tot andere conclusies. Het is niet uitgesloten dat in zorgvuldig geselecteerde patiënten deze behandelingen wel tot een gunstig resultaat leiden. De studies betreffende geselecteerde patiënten hebben echter ook een lage kwaliteit en hebben een sham/placebo behandeling in de controle-arm, in plaats van de gebruikelijke behandeling. Het CVZ beveelt verder onderzoek van goed niveau aan om hierin duidelijkheid te brengen.

Het CVZ concludeert dan ook dat de injectie- en denervatie-technieken voor de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Discussie met beroepsgroepen

Deze conclusie aangaande de injectie- en denervatie technieken is in concept al eerder en uitvoerig besproken met de beroepsgroepen en medisch adviseurs van zorgverzekeraars en heeft tot veel discussie geleid. Hieronder bespreken wij puntsgewijs welke argumenten het CVZ heeft voor zijn beoordelingswijze, de besluitvorming én het voorstel voor voorwaardelijke financiering (zie paragraaf 7.c.).

Argumenten voor systematische review

- De reden om tot een grondige, extern uitgevoerde review te besluiten was de volgende: eerdere negatieve standpunten over injectie- en denervatietechnieken zijn niet nagevolgd door zorgverzekeraars. Deze zorg wordt sinds jaar en dag geleverd en betaald, aangezien er zowel vraag als aanbod bestaat. Ook leeft de veronderstelling dat dit voor geselecteerde patiënten een nuttige en effectieve therapie is.

- De reden om te kiezen voor een review waarin de richtlijnen van de Cochrane Back Review Group worden gevolgd is dat deze richtlijnen al lange tijd bestaan en met enige regelmaat worden herzien, dat ze in ruime mate worden toegepast binnen dit vakgebied³⁰ en dat ze in lijn zijn met de werkwijze binnen de Cochrane Collaboration. Deze werkwijze sluit ook aan bij de benadering die het CVZ voorstaat.

Verschillen met Praktische richtlijn

- Het CVZ heeft er niet voor gekozen de Praktische richtlijnen voor anaesthesiologische pijnbestrijding³¹ als uitgangspunt te gebruiken voor zijn standpuntbepaling. De redenen zijn de volgende: de wijze van systematische literatuursarch, beoordeling en classificatie blijkt uit de richtlijnen niet altijd even duidelijk. De gebruikte wegingsmethodiek van de literatuur is niet in overeenstemming met de benadering die het CVZ gewoon is toe te passen. Er wordt voorts niet altijd aangeduid wat de duur is van de klachten, terwijl het CVZ wel heeft gekozen voor een afbakening wat betreft duur. Er wordt, tenslotte, niet het onderscheid tussen specifiek en aspecifiek gemaakt, wat in de literatuur over chronische lage rugklachten wel gebruikelijk is.

Hier voegen wij nog aan toe dat het geregeld voorkomt dat richtlijnen en inhoud van de basisverzekering niet overeenkomen. Factoren hierbij zijn: de onafhankelijkheid van de richtlijnmakers, de vraag of een richtlijn multidisciplinair is, de actualiteit van een richtlijn, de gebruikte beoordelingsmethodiek enz.

Mening beroepsgroep

De beroepsgroep van anesthesiologen heeft te kennen gegeven het niet eens te zijn met de uitgangspunten en de daaruit voortvloeiende conclusie van het CVZ. Men onderschrijft wel de noodzaak tot het doen van verder onderzoek, omdat er immers nog veel vragen zijn en de

beschikbare gegevens niet sterk zijn, maar men zou graag zien dat de Praktische richtlijn leidend is voor de standpuntbepaling van het CVZ over de verzekerde prestatie van de Zvw.

Aspecifiek, wat is dat?

Een ander punt van discussie is wat nu precies onder het begrip aspecifiek wordt verstaan. In de meeste studies wordt hieronder begrepen: alle chronische lage rugpijn waarbij geen specifieke oorzaak zoals een trauma, een infectie, een fractuur, tumor wordt gevonden. Ook bij aspecifieke lage rugklachten worden bij beeldvorming echter vaak afwijkingen gezien. Deze berusten meestal op 'slijtage' (degeneratieve afwijkingen). Er is geen duidelijke relatie tussen dergelijke bevindingen op foto's en de aanwezigheid van klachten (zie ook paragraaf 2a). Beeldvorming bij chronische lage rugklachten wordt, mits zgn. rode vlaggen^k afwezig zijn, daarom afgeraden.^{k 32}

Interventies in subgroepen niet aangetoond effectief

In de gevoerde discussie brengen de beroepsgroepen voorts het volgende naar voren: patiënten die zich aanmelden bij een pijncentrum vormen een subgroep van de grote groep met chronische aspecifieke klachten en zijn vaak op grond van klachtenpatroon en eventueel het effect van een proefblokkade in te delen in gedefinieerde subgroepen. Daarmee vallen zij naar de mening van de beroepsgroepen buiten de definitie van aspecifieke chronische klachten. Zij zouden wel baat kunnen hebben van de besproken interventies. Het CVZ is het niet oneens met de indeling in subgroepen op grond van klachtenpatroon en proefblokkade, maar is van mening dat voor deze subgroepen het bewijs aangaande de effectiviteit van besproken interventies onvoldoende is.

Voor bovenstaande discussiepunten geldt dat er geen absolute waar- of onwaarheden zijn. De keuzes die het CVZ gemaakt heeft zijn beargumenteerd en volgen logischerwijze uit de vastgestelde beoordelingsmethodiek. Uit oogpunt van consistentie kan het CVZ hiervan niet afwijken.

Ondanks deze verschillen van mening zijn professionals en CVZ het eens over de noodzaak tot het uitvoeren van verder, pragmatisch, onderzoek gericht op deze vraagstelling, en over de noodzaak om tot eenvormige, breed gedragen definities te komen.

De volgende initiatieven zijn genomen:

- de beroepsgroepen anesthesiologie en neurochirurgie bereiden een multidisciplinaire richtlijn voor over de behandeling van wervelkolomgerelateerde aandoeningen. Deze zal de hele keten beschrijven, en ruime aandacht schenken aan stepped care, definities van subgroepen, enz.

^j Bij 'rode vlaggen' gaat het om tekenen of signalen die duiden op een ernstige, specifieke oorzaak. Zie CBO. Concept ketenzorgrichtlijn aspecifieke lage rugklachten. April 2010.

^k Het CVZ heeft een rapport over diagnostiek bij chronische lage rugklachten in voorbereiding.

- review-auteurs en medische professionals hebben gezamenlijk een onderzoeksvoorstel geformuleerd en een subsidieaanvraag hiervoor ingediend bij ZonMw (zie onder).
- Het CVZ adviseert in zijn pakketadvies 2011 aan de minister van VWS om dit onderwerp in aanmerking te laten komen voor voorwaardelijke financiering. In hoofdstuk 8 gaan wij hier verder op in.

7.b. Standpunt

Standpunt

Toepassing van injectie- en denervatietechnieken betreft geneeskundige zorg als bedoeld in het Bzv (zorg zoals medisch specialisten 'plegen te bieden'), maar deze interventies behoren - indien toegepast bij chronische aspecifieke lage rugklachten - niet tot de te verzekeren prestaties Zvw. De conclusie van het CVZ is immers dat niet voldaan is aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Bevestiging eerdere standpunten

Dit standpunt vormt een bevestiging van de standpunten die het CVZ in 2007 over een aantal injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugpijn heeft ingenomen.

7.c. Nader onderzoek faciliteren vanuit basisverzekering

Faciliteren onderzoek

Het CVZ laat het niet bij deze conclusie. Het meent dat er redenen zijn om onderzoek te doen naar de waarde van injectie -en denervatietechnieken indien deze als pijnbestrijding toegevoegd worden aan de standaardbehandeling. In het volgende hoofdstuk bespreekt het CVZ dit en geeft het aan hoe dat onderzoek vanuit de basisverzekering door middel van voorwaardelijke financiering gefaciliteerd kan worden.

8. Injectie – en denervatietechnieken bij chronische lage rugklachten: voorwaardelijke financiering

<i>Geen verzekerde zorg</i>	<i>8.a. Zorg mogelijk nuttig voor subgroepen</i> In het vorige hoofdstuk concludeert het CVZ dat de injectie- en denervatietechnieken voor de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten niet tot het basispakket van de Zvw behoort, omdat niet voldaan is aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Op basis van de op dit moment beschikbare studies kan het CVZ niet tot een andere conclusie komen.
<i>Duidelijke zorgvraag/mogelijk effectief</i>	Het CVZ onderkent echter ook dat invasieve pijnstilling d.m.v. injectie/denervatie in de praktijk veel wordt toegepast bij chronische lage rugpijn, er een duidelijke zorgvraag is bij patiënten en dat er aanwijzingen zijn dat de behandeling voor bepaalde subgroepen van patiënten (indien ingebed in een multidisciplinair behandelprogramma) mogelijk wel als effectief kan worden beschouwd. Of dat laatste het geval is zal naar de mening van het CVZ nader onderzocht moeten worden.
<i>Aanvraag ZonMw</i>	Zoals gezegd, heeft het CVZ dit uitvoerig besproken met de betrokken beroepsgroepen van zorgaanbieders. Zij delen de conclusie dat het bewijs voor de effectiviteit van de injectie- en denervatietechnieken tekortschiet voor de grote groep van patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten. Voor zorgvuldig geselecteerde patiënten zijn er wel aanwijzingen voor effectiviteit, echter dit bewijs is van lage kwaliteit. Een aantal leden van de beroepsgroep van anesthesiologen heeft inmiddels met een aantal betrokken epidemiologen het initiatief genomen om een landelijke studie te starten, waarin injectie/denervatietechnieken in aanvulling op multidisciplinaire behandeling worden vergeleken met multidisciplinaire behandeling alleen. Men heeft inmiddels een projectidee en – daartoe uitgenodigd – een uitgewerkte subsidieaanvraag daarover ingediend bij ZonMw in het kader van het programma Doelmatigheidsonderzoek.
<i>Onderzoek nodig</i>	<i>8.b. Gewenst onderzoek</i> Het belang van het onderzoek voor het CVZ is dat het CVZ op basis van de uitkomsten ervan, die op termijn bekend worden, in staat zal zijn vast te stellen voor welke patiëntengroepen met chronische aspecifieke lage rugklachten injectie- en denervatie-technieken voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Daarbij is van belang dat vast uitgangspunt bij de toetsing aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' is, dat de te toetsen interventie vergeleken wordt met de standaard- of gebruikelijke behandeling. De standaardbehandeling in dit geval is optimaal
<i>Vergelijkende behandeling</i>	

conservatieve (multidisciplinaire) behandeling. De vraag is of injectie- en denervatietechnieken als pijnstilling toegevoegd aan deze standaardbehandeling de effectiviteit daarvan kunnen verhogen. Concreet betekent dit dat voor een pakketbeoordeling op dit punt relevant is een onderzoek waarbij voor een nauwkeurig omschreven patiëntengroep injectie- en denervatietechnieken toegevoegd aan optimaal conservatief behandelen worden vergeleken met optimaal conservatief behandelen alleen. Een studie waarin de interventie (injectie- en denervatietechnieken) wordt vergeleken met sham/placebo-ingreep, ligt - vanuit het oogpunt van pakketbeheer - minder voor de hand. Dit soort onderzoek is (weliswaar voor aselechte patiëntengroepen) al beschikbaar, maar geeft voor het CVZ niet het antwoord op de vraag die het op termijn wil beantwoorden.

Wij hebben dit schriftelijk kenbaar gemaakt aan ZonMw. Bij ZonMw is de aanvraag voor subsidiëring resp. financiering van het onderzoek op dit moment nog in behandeling.

8.c. Financiering van de zorg: actuele situatie

Zorg niet ten laste van basisverzekering

Een ander punt van aandacht is hoe de financiering/betaling van de zorg zelf geschiedt gedurende de looptijd van het onderzoek resp. totdat vaststaat voor welke patiëntengroepen de zorg tot het te verzekeren pakket behoort. Uitgaande van het standpunt van het CVZ op dit moment (inhoudende dat injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugpijn niet tot de te verzekeren prestaties Zvw behoren), mogen zorgverzekeraars de kosten van deze interventies bij genoemde patiëntengroep niet vergoeden ten laste van de basisverzekering.

Instrument voorwaardelijke financiering

Op dit moment is er wettelijk gezien geen ruimte om de te onderzoeken zorg te financieren uit de Zvw. Het CVZ heeft eerder (in 2009) de minister van VWS geadviseerd het instrument van voorwaardelijke financiering te introduceren. Dat betreft financiering onder de voorwaarde dat ontbrekende gegevens over effectiviteit worden verzameld, zodat na afloop van de termijn van voorwaardelijke financiering (opnieuw) een toetsing aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' kan plaatsvinden. Inmiddels is, gezien het recente Regeerakkoord VVD-CDA¹ en op basis van nader ambtelijk overleg met VWS, duidelijk geworden dat het instrument van voorwaardelijke financiering zal worden voorbereid ten behoeve van 2012. Dit maakt het voor het CVZ mogelijk om een voorstel voor een concreet onderwerp aan de minister van VWS uit te brengen.

¹ Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA. Den Haag, 2010. Beschikbaar via www.rijksoverheid.nl.

8.d. Voorstel: voorwaardelijke financiering van de zorg

Voorstel CVZ

Het CVZ is van mening dat er aanleiding is om voor de toepassing van injectie- en denervatietechnieken bij bepaalde groepen patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten voorwaardelijke financiering te realiseren. Belangrijkste (deels eerder genoemde) overwegingen daarbij zijn:

Overwegingen

- De zorg wordt in de praktijk veel toegepast en er is een duidelijke zorgvraag bij patiënten.
- In de literatuur zijn aanwijzingen dat de behandeling voor bepaalde subgroepen van patiënten mogelijk als effectief kan worden beschouwd, maar nader onderzoek is nodig om de leemte in bewijsvoering weg te nemen.
- De beroepsgroepen onderschrijven de noodzaak van het doen van nader onderzoek. Zij ondersteunen het onderzoeksvoorstel en de subsidieaanvraag die inmiddels daartoe bij ZonMw is ingediend.
- In het bij ZonMw ingediende onderzoeksvoorstel is omschreven welke patiënten in het onderzoek worden betrokken (de inclusiecriteria), en hoe de te onderzoeken interventie en de controle interventie eruit zien. Dit stemt overeen met het door het CVZ gewenste onderzoek (zie paragraaf 8.b.). De verwachting is dan ook dat op basis van de uitkomsten van het onderzoek binnen redelijke termijn (drie jaar) de vraag kan worden beantwoord of voldaan wordt aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.
- Er is een tarief waarmee de voorwaardelijk te financieren interventie kan worden afgerekend.

Welke zorg voor welke patiënten voorwaardelijk vergoed

Zoals gezegd, is in het onderzoeksvoorstel omschreven welke patiënten in de studie worden betrokken, en hoe de te onderzoeken interventie en de controle interventie eruit zien. De voorwaardelijke financiering moet daarbij aansluiten. Dat betekent dat de zorg geleverd aan patiënten die voldoen aan deze criteria, voor voorwaardelijke financiering in aanmerking komt, ongeacht of de patiënt wel of niet aan de studie deelneemt. Dit laatste voegen wij toe, omdat het om zorg gaat die nu al op ruime schaal aan patiënten wordt verleend en er anders, vanuit verzekeringsoogpunt, een ongewenste scheiding wordt aangebracht tussen patiënten die, zonder dat zij er zelf invloed op uit kunnen oefenen, wel danwel niet behandeld worden in een centrum dat meedoet aan het onderzoek.

Patiëntengroepen

Om welke zorg en welke patiënten gaat het? Het betreft patiënten met chronische lage rugklachten die geen baat hebben gehad bij conservatieve behandeling in de eerste lijn. Alleen de volgende subgroepen komen in aanmerking:

- a) Patiënten met discogene pijn;
- b) Patiënten met facetpijn;

- c) Patiënten met pijn uitgaande van het S-I gewricht;
 - d) Patiënten met een mengbeeld van bovenstaande.
- Voor alle vier groepen geldt dat de diagnose op uniforme en gestandaardiseerde wijze moet zijn vastgesteld, d.w.z. met behulp van anamnese, lichamelijk onderzoek en een proefblokkade.

Behandeling

De te onderzoeken behandeling bestaat uit een minimaal invasieve interventie (max. drie injecties/procedures), ingebed in een multidisciplinair behandelprogramma.
De follow-up duur is minstens 1 jaar. Er wordt gekeken naar de volgende uitkomstmaten: functie, pijn, QOL, patiënttevredenheid en kosten.

Rol zorgverzekeraars

Dit betekent dat zorgverzekeraars met de behandelende centra afspraken moeten maken over welke zorg wel en welke zorg niet vergoed wordt. Alleen interventies verleend aan bovenstaande subgroepen (binnen de grote groep van 'aspecifieke chronische lage rugpijn') en op bovenstaande wijze komen voor vergoeding in aanmerking. Het verdient aanbeveling hierover een passage in de polis op te nemen. Ook bevelen wij aan om een aparte Zorgactiviteit aan te maken, zodat deze zorg herkenbaar is in het declaratieverkeer in de periode van voorwaardelijkheid.

9. Inhoudelijke consultatie

Consultatie	Het rapport is in concept voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen van anesthesiologen (NVA), neurochirurgen (NVVN) en orthopeden (NOV), alsmede aan de Dutch Spine Society (DSS), bestaand uit verschillende disciplines die zich met de wervelkolom bezighouden.
Reacties	De ontvangen reacties geven wij hierna in volgorde van binnenkomst weer en voorzien wij van commentaar.
NVA	Reactie Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) Zoals gezegd, heeft het CVZ het standpunt dat het van plan is in te nemen over injectie- en denervatietechnieken besproken met onder meer leden van de NVA. Deze leden hebben bij die besprekingen aangevoerd van mening te zijn dat de Praktische richtlijnen voor anaesthesiologische pijnbestrijding³³ leidend zouden moeten zijn voor de vraag welke zorg wel en welke niet uit de basisverzekering wordt vergoed. Het standpunt dat het CVZ wil gaan innemen, namelijk dat injectie- en denervatietechnieken toegepast bij chronische aspecifieke lage rugklachten niet behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw, strookt daar niet mee en men is het derhalve niet eens met het voorgenomen standpunt van het CVZ. Ook de NVA is deze mening toegedaan, gezien haar brief van 31 januari 2011 (bijlage 4). De NVA heeft in haar brief van 18 februari 2011 (bijlage 5) nog toegevoegd het te waarderen dat het CVZ de beroepsgroep betrokken heeft bij de standpuntbepaling en dat men het voornemen van het CVZ om de minister van VWS te adviseren voor de betreffende technieken voorwaardelijke financiering te realiseren, als positief beschouwt. De NVA voegt toe dat zij alles zal doen wat in haar vermogen ligt om het onderzoek dat benodigd is om op termijn de pakketvraag te beantwoorden, zonder vertraging te laten starten en verlopen.
Commentaar CVZ	De reactie van het CVZ op het eerste punt – de praktische richtlijnen zouden wat de NVA betreft leidend moeten zijn voor het beantwoorden van de pakketvraag – is terug te vinden in paragraaf 7.a.3. van dit rapport. Daarin zet het CVZ de argumenten die het hanteert voor zijn beoordelingswijze en besluitvorming uiteen. Korthedshalve verwijzen wij naar die passage. Verder stelt het CVZ de constructieve opstelling voor wat betreft het uit te voeren onderzoek zeer op prijs. Het voorstel tot voorwaardelijke financiering is immers alleen kansrijk, als het hierboven aangeduide onderzoek daadwerkelijk van de grond komt.
NOV	Reactie Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) De NOV laat weten niet inhoudelijk op het conceptrapport te willen reageren (bijlage 6). De opstelling van het CVZ - die

blijkt uit deze en ook andere aan de NOV voorgelegde beoordelingen - leidt er volgens de NOV toe dat potentieel zinvolle behandelmethodes buiten de basisverzekering worden gehouden en daarmee aan burgers worden ontzegd. De NOV juicht het wel toe dat er nu ruimte wordt geboden voor verdere wetenschappelijke verkenning via het instrument van voorwaardelijke financiering.

Commentaar CVZ

Het CVZ is - als het om beoordelingen gaat - gebonden aan het wettelijke kader dat door de overheid is vastgesteld. Eén van de vereisten is dat de zorg moet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Behandelingen die nog onvoldoende uitgekristalliseerd zijn resp. waarvoor nog onvoldoende bewijs voor effectiviteit bestaat blijven - uitgaande van dat vereiste - buiten de basisverzekering. De Zvw biedt op dit moment geen ruimte voor een andere conclusie. Uiteraard is het van belang dat verantwoorde (innovatieve) zorg tijdig beschikbaar komt voor verzekerden. In verband hiermee heeft het CVZ in 2009 en ook in 2010 bij de minister van VWS gepleit voor het kunnen inzetten van het instrument van voorwaardelijke financiering. Daarmee kan definitieve besluitvorming over de vraag of die zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden bespoedigd. Ook kan onderzoek naar zorg die (wellicht al enige tijd) uit de basisverzekering wordt betaald, maar waarover twijfel is over de effectiviteit (zoals bij dit dossier speelt), met deze financiering worden gefaciliteerd. Inmiddels is duidelijk geworden dat het instrument van voorwaardelijke financiering zal worden voorbereid ten behoeve van het jaar 2012. Dit maakt het voor het CVZ mogelijk concrete onderwerpen aan de minister van VWS voor te dragen voor voorwaardelijke financiering. In paragraaf 8.d. van dit rapport motiveert het CVZ zijn keuze voor het onderwerp injectie- en denervatietechnieken bij bepaalde patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten.

DSS

Reactie Dutch Spine Society (DSS)

De DSS complimenteert het CVZ met het initiatief om in samenwerking met de beroepsgroep anesthesiologie/pijnbestrijding 'evidence' te vergaren omtrent interventiebehandelingen voor chronische lage rugpijn, waarvoor de (kosten)effectiviteit twijfelachtig is (zie de reactie in bijlage 7). Men ondersteunt de opzet van gericht onderzoek door de betreffende beroepsgroep zelf met adequate epidemiologische/methodologische ondersteuning. Verder laat de DSS weten het voorgestelde onderzoek waarbij een vergelijking wordt gemaakt met de meest zinvolle behandeling/de standaardbehandeling in de praktijk ('usual care') te ondersteunen. Enkel vergelijkende RCT's van een interventie ten opzichte van sham/placebo bieden volgens de DSS een te eenzijdig beeld en kunnen vaak niet goed worden toegepast op de heterogene patiëntenpopulaties van de dagelijkse

praktijk. De DSS hoopt dat het initiatief van het CVZ bij dit dossier het begin is van verdere samenwerking met diverse beroepsgroepen op het gebied van effectiviteitsstudies.

De DSS laat verder nog weten in het rapport de beoordeling te missen van operatieve behandeling door middel van lumbale spondylodese/discusprothese.

Reactie CVZ

Wij merken allereerst op dat het CVZ de constructieve opstelling van de DSS in de overleggen over dit onderwerp erg op prijs heeft gesteld. Het instrument van voorwaardelijke financiering, dat in voorbereiding is, maakt het mogelijk onderzoek naar zorg vanuit de basisverzekering te faciliteren. Het CVZ zal zich in de komende tijd beraden over de manier waarop het instrument van voorwaardelijke financiering (juridisch) vormgegeven kan worden. Ook zal nader moeten worden bepaald aan de hand van welke criteria selectie van onderwerpen kan plaatsvinden.

Relevante partijen/beroepsgroepen zullen uiteraard betrokken worden bij de uiteindelijke selectie van onderwerpen.

Het CVZ heeft de beoordeling van chirurgische interventies nu achterwege gelaten, aangezien deze interventies in het algemeen niet geïndiceerd zijn als eerste keus bij chronische specifieke lage rugklachten. In de inleiding van dit rapport maken wij daar melding van. Over zowel discusprothese als spondylodese heeft het CVZ wel eerder standpunten ingenomen. De lumbale discusprothese is geen verzekerde zorg.^m De lumbale spondylodese behoort tot de verzekerde zorg als er sprake is van (dreigende) instabiliteit van de wervelkolom. Het CVZ volgt daarmee de Europese en Amerikaanse richtlijnen.ⁿ

NVVN

Reactie Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVVN)

De NVVN plaatst vraagtekens bij het gebruik van de term 'aspecifiek', aangezien het CVZ in dit verband ook osteoarthrose, mechanische oorzaken en radiculopathie noemt. Voorts vindt de NVVN het opmerkelijk dat IDET en injectietechnieken als effectief worden beschouwd terwijl 'eenzelfde bewijslast' voor acupunctuur tot een andere conclusie leidt.

Tenslotte is de NVVN van mening dat eerst aangetoond dient te worden dat een behandeling echt werkt voordat tot vergoeding overgegaan wordt, in plaats van pragmatisch te handelen in overleg met de beroepsgroep. De NVVN ziet geen gedegen argument om injectietherapie als reguliere

^m Dit standpunt is in 2009 ingenomen. Zie: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp09_05+lumbale+discusprothese.pdf

ⁿ Advies van 20 mei 2008 inzake geschil omtrent vergoeding medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 9 Zvw (zaaknummer 28033920).

behandeling uit te boeken.

Reactie CVZ

De opmerking van de NVVN over de term specifiek wordt door het CVZ onderschreven. Dit is inderdaad een lastige en met de huidige beeldvorming moeilijk te interpreteren term. Het gebruik van de term is gebaseerd op de wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp. In het definitieve rapport is meer aandacht besteed aan het belang van goede en eenduidige definities.

Wat betreft de weging van het bewijs voor interventies als IDET, injecties of acupunctuur merkt het CVZ het volgende op: de conclusies aangaande de bewijskracht zoals weergegeven in het rapport zijn een samenvatting van de systematische review. Daarna, met deze conclusies als basis, maakt het CVZ zijn eigen afweging. Daarbij komen zaken aan de orde zoals met welke interventie de experimentele interventie is vergeleken, of de follow-up duur van de studie voldoende was en of de behandeling wel behoort tot het arsenaal van de medisch specialist (het 'plegen te bieden' criterium). Deze overwegingen staan in het rapport genoemd.

De NVVN lijkt van mening te zijn dat het CVZ de oren laat hangen naar een (afhankelijke) beroepsgroep met zijn besluit om voor de injectie- en denervatietechnieken voorwaardelijke financiering van de zorg voor te stellen. Het CVZ merkt op dat het, evenals de NVVN, concludeert dat injectie- en denervatietechnieken geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, en dus ook niet als 'reguliere' behandeling zijn uit te boeken. Het voorstel om in een geselecteerde patiëntengroep een methodologisch verantwoord gecontroleerd onderzoek uit te voeren (waarvan de zorg voorwaardelijk gefinancierd wordt, en het onderzoek door ZonMW bewaakt en begeleid) wordt niet alleen door de anesthesiologische beroepsgroep maar ook door andere deskundigen (orthopeden, neurochirurgen, epidemiologen) en door zorgverzekeraars ondersteund. Dit is dus een initiatief met een breed draagvlak, een wetenschappelijk degelijke basis en met een goede kans van slagen.

10. Vaststelling rapport

De in dit rapport opgenomen standpunten en het advies over
voorwaardelijke financiering heeft het CVZ vastgesteld op
25 maart 2011.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

De bijlagen kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl) onder
het cvz/publicaties/standpunten

Literatuurlijst

- ¹ Tulder M van, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16: 761-75.
- ² Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17: 134-40.
- ³ Cohen SP, Argoff CE, Carragee EJ. Management of low back pain. *BMJ* 2008; 337: a2718.
- ⁴ Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137: 586-97.
- ⁵ Kalichman L, Kim DH, Guermazi A, Hunter DJ. Computed tomography-evaluated features of spinal degeneration: prevalence, intercorrelation, and association with self-reported low back pain. *Spine J* 2010; 10: 200-8.
- ⁶ Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102: 167-78.
- ⁷ Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102: 167-78.
- ⁸ Picavet HS, van Gils HWV and Schouten JS. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking: prevalentie, consequenties en risicogroepen. Bilthoven: CBS/RIVM, 2000.
- ⁹ Picavet HSJ, Schouten JSAG, Smit HA. Prevalenties en consequenties van lage rugklachten in het MORGEN-project 1993-1995. RIVM rapport nr. 263200004, 1996. www.rivm.nl
- ¹⁰ Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010; 303: 1295-302.
- ¹¹ CBO. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Utrecht, 2003.
- ¹² CBO. Concept ketenzorgrichtlijn aspecifieke lage rugklachten. April 2010.
- ¹³ COST B13: European guidelines for the management of low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15(Suppl. 2): S125-S127.
- ¹⁴ NICE. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London, 2009. Geraadpleegd in okt. 2010 via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>
- ¹⁵ Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34: 1066-77.
- ¹⁶ Institute of health economics (IHE). Management of Low Back Pain. 2009. Geraadpleegd in okt. 2010 via www.topalbertadoctors.org/cpgs/back_pain.html.
- ¹⁷ CVZ. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. Diemen, 2009. Rapportnr. 268. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹⁸ CVZ. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. Rapportnr. 254. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹⁹ Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine* 1998; 23: 2003-13.
- ²⁰ Dubinsky RM, Miyasaki J. Assessment: Efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review). *Neurology* 2010; 74: 173-176.
- ²¹ Albaladejo C, Kovacs FM, Royuela A, et al. The efficacy of a short term education program and a short fysiotherapy program for treating low back pain in primary care. *Spine* 2010; 35: 483-496.
- ²² Hartvigsen J, Morso L, Bendix T, Manniche C. Supervised and non-supervised Nordic walking in the treatment of chronic low back pain: a single blind randomized clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010; 11: 30.
- ²³ Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, et al. Treatment of low back pain. An RCT comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. *Spine* 2010; 35: 469-476.
- ²⁴ Lambeek LC, Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* 2010; 340: c1035.
- ²⁵ Cecchi F, Molino-Lova R, Chiti M, et al. Spinal manipulation compared with back school and with individually delivered physiotherapy for the treatment of chronic low back pain: a randomized trial with one year follow-up. *Clinical Rehab* 2010; 24: 26-36.

-
- ²⁶ Lamb SE, Hansen Z, Lall R, et al. Group cognitive behavioural treatment of low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2010; 375: 916-23.
- ²⁷ Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2009; 169: 858-66.
- ²⁸ Walker BF, French SD, Grant W, et al. Combined chiropractic interventions for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;4:CD005427.
- ²⁹ Peng B, Pang X, Wu Y, et al. A randomized placebo-controlled trial of intradiscal methylene blue injection for the treatment of chronic discogenic low back pain. *Pain* 2010;149:124-9.
- ³⁰ Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, et al. 2009 Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2009; 34: 1929-41.
- ³¹ Van Zundert J, Huygen F, Patijn J, van Kleef M. Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding 2009. ISBN 978-90-77411-04-9.
- ³² Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; 154: 181-9.
- ³³ Van Zundert J, Huygen F, Patijn J, van Kleef M. Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding 2009. ISBN 978-90-77411-04-9.

Onderwerp:	Indicatie voor verblijf voor dakloze verzekerden
Samenvatting:	Dakloosheid op zich leidt niet tot een aanspraak op AWBZ-verblijf. Er moet sprake zijn van een grondslag op basis waarvan een indicatie voor AWBZ-zorg mogelijk is en de beperkingen van verzekerde moeten zodanig zijn dat hij aan de criteria van de AWBZ-functie Verblijf voldoet. Dit is niet anders dan in geval van een verzekerde die niet dakloos is en aanspraak op AWBZ-verblijf wil maken. De vraag is of de desbetreffende dakloze verzekerde als hij <i>niet</i> dakloos zou zijn, zou zijn aangewezen op verblijf in de zin van de AWBZ of dat hij met een indicatie voor bijvoorbeeld begeleiding zelfstandig zou hebben kunnen blijven wonen. In dat geval heeft verzekerde geen aanspraak op AWBZ-verblijf. Hij zal dan gebruik moeten maken van voorliggende voorzieningen als maatschappelijke opvang. Aangezien dit een voorziening is in het kader van de Wmo, valt de uitvoering hiervan onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	21 februari 2011
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf

Onderstaand de volledige uitspraak.

Het geschil

Verzekerde is een 52-jarige man die al 35 jaar verslaafd is aan verdovende middelen. Hij gebruikt inmiddels geen harddrugs meer, maar methadon. Daarnaast blowt hij. Verzekerde is bekend bij de psychiater. In 1993 is hij behandeld voor zijn verslaving, maar hij is weer teruggevallen. Van de behandeling is, gezien de al tientallen jaren bestaande verslaving, geen verbetering meer te verwachten. Het doel is wel terugval te voorkomen. Sinds 2001 is verzekerde dakloos. Hij wil nu graag proberen weer een normaal leven op te bouwen. Hij heeft hier hulp bij nodig, onder meer bij het zoeken en behouden van huisvesting, hulp bij financiën en administratie, het opbouwen van een netwerk en het voeren van een huishouding. Verzekerde heeft een daklozenuitkering en zit in de schuld-hulpverlening. Als gevolg van een schuld bij de woningbouw heeft hij voorlopig geen kans op een woning.

Op 2 april 2010 is een indicatie aangevraagd voor verblijf in de vorm van ZZP 2C GGZ, zodat verzekerde op de wachtlijst komt voor een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW).

U hebt op 21 mei 2010 een indicatie voor individuele begeleiding klasse 2 afgegeven met een geldigheidsduur van ongeveer een jaar. Daarbij hebt u aangegeven dat u bij de indicatiestelling rekening hebt gehouden met de beperkingen van verzekerde bij zijn sociale redzaamheid en zijn psychische functioneren en welzijn. Verzekerde komt naar uw oordeel niet in aanmerking voor verblijf, omdat sprake is van een wettelijk voorliggende voorziening: behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Namens verzekerde is met een brief gedateerd 16 juni 2010 tegen dit besluit bezwaar aangetekend. De gemachtigde verzoekt u dringend om alsnog een indicatie voor verblijf af te geven om wonen in een RIBW mogelijk te maken, zodat verzekerde de hulpverlening kan krijgen die hij beslist nodig heeft.

Zij geeft aan dat het behouden van de inmiddels bereikte status quo in het middelengebruik zeer lastig is vanuit een dakloze situatie. Ten gevolge van zijn huidige uitzichtloze situatie raakt verzekerde steeds verder depressief met het risico van verder verval.

Het is buitengewoon wenselijk, dat verzekerde kan worden opgenomen in een woonvorm waar hij voldoende hulpverlening kan ontvangen en hij zich beschermd weet tegen moeilijk te weerstaan invloeden van buiten. Het wonen in een RIBW zal hem de stabiliteit en rust geven om niet verder terug te vallen en mogelijk, op termijn, zelfs weer enige ontwikkeling te kunnen gaan doormaken. De afgegeven indicatie voor individuele begeleiding is volgens de gemachtigde niet toereikend. Vanuit een stabiele (woon-) situatie zijn er wellicht ook weer mogelijkheden om zijn middelengebruik weer te doen afnemen en mogelijk zelfs te stoppen.

De telefonische hoorzitting is in overleg voortijdig afgebroken, omdat de gemachtigde heeft aangegeven niets te kunnen toevoegen aan het bezwaar.

Naar aanleiding van uw onderzoek in de bezwaarprocedure bent u van plan uw primaire besluit te handhaven. U motiveert uw voorgenomen beslissing over de indicatie voor verblijf als volgt:

'U bent bekend met de grondslag psychiatrie. Dit leidt naar een ZZP GGZ (geestelijke gezondheidszorg). Verblijf op basis van deze grondslag valt het eerste jaar onder de ZVW [zorgverzekeringswet]. Mocht aansluitend een verblijfsfunctie nodig zijn dan kan deze aangevraagd worden bij het CIZ. Hiernaast heeft de medisch adviseur van het CIZ onder andere aangegeven: Er is geen medische reden voor een beschermde woonvorm.'

Mocht uw problematiek niet zodanig zijn dat er geen sprake is van AWBZ GGZ verblijf (waarvan het eerste jaar wordt bekostigd vanuit de ZVW) dan is MO (maatschappelijke opvang) voor u een mogelijkheid. De gemeente is hiervoor het aanspreekpunt.'

Een indicatie voor persoonlijke verzorging bent u van plan af te wijzen, omdat verzekerde geen beperkingen heeft bij het lichamelijk functioneren en zichzelf verzorgt.

Over de indicatie voor individuele begeleiding deelt u mee dat u deze afgeeft vanwege de beperkingen van verzekerde op het gebied van de sociale redzaamheid en het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen. U bent van plan een indicatie af te geven voor 45 minuten per dag voor vijf dagen per week.

Omdat u geen grote verbetering in het functioneren van verzekerde verwacht, bent u verder van plan de indicatie af te geven voor een periode van vijf jaar.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

AWBZ

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, als en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

Ingevolge artikel 2, eerste en derde lid Bza bestaat slechts aanspraak op AWBZ-zorg, als deze zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (...) en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling. (Artikel 4 Bza.)

Op grond van artikel 6, eerste lid Bza omvat begeleiding door een instelling te verlenen activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- de sociale zelfredzaamheid
- het bewegen en verplaatsen,
- het psychische functioneren,
- het geheugen en de oriëntatie, of
- die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. (Artikel 6, tweede lid Bza.)

De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

- het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- het overnemen van toezicht op de verzekerde. (Artikel 6, derde lid Bza.)

Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. (Artikel 9, eerste lid Bza.)

Beleidsregels

U hebt de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ-zorg gehanteerd, zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Onder maatschappelijke ondersteuning wordt onder meer verstaan: het bieden van maatschappelijke opvang (artikel 1, eerste lid, onder g, 7° Wmo).

Maatschappelijke opvang is het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meer problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (artikel 1, eerste lid, onder c Wmo).

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt hij het volgende mee.

Er zijn in principe voldoende gegevens in het dossier aanwezig en het dossier is op het juiste deskundigheidsniveau beoordeeld.

U wijst de voor verzekerde gevraagde indicatie voor verblijf af, omdat er geen medische reden is voor een beschermende woonvorm. De medisch adviseur is het er mee eens dat er in het geval van verzekerde geen reden is voor verblijf in verband met een beschermende woonomgeving en overigens ook niet in verband met een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht, zoals bedoeld in de AWBZ.

In het kader van integrale indicatiestelling concludeert u daarnaast, overigens kennelijk zonder overleg met de verantwoordelijk psychiater, dat verzekerde wel is aangewezen op individuele begeleiding. De medisch adviseur is van oordeel dat uw beslissing om een indicatie voor individuele begeleiding af te geven juist is, ook zonder overleg met de behandelaar. Zo wordt vanuit de maatschappelijke opvang aangegeven dat verzekerde behoefte heeft aan structuur en hulp bij de sociale redzaamheid. Hierdoor kan mogelijk ook aanvullend gebruik van verslavende middelen worden gereduceerd.

Opvallend bij de indicatiestelling is wel dat de bepaling van de omvang van de indicatie voor individuele begeleiding niet juist lijkt, mogelijk gezien het ontbreken van afstemming met de behandelend psychiater. Zo is niet duidelijk waarom verzekerde slechts vijf en niet zeven dagen per week op begeleiding zou zijn aangewezen.

Verder merkt de medisch adviseur op dat het, om verzekerde effectief te kunnen begeleiden, noodzakelijk is dat verzekerde een vaste verblijfplaats heeft. Uit de stukken blijkt echter niet dat daarvoor verblijf in de zin van de AWBZ noodzakelijk is.

U hebt verder nog onderzocht of verzekerde in aanmerking komt voor een indicatie voor persoonlijke verzorging. U concludeert naar het oordeel van de medisch adviseur terecht dat verzekerde hier niet op is aangewezen.

De medisch adviseur concludeert dat uw conceptbeslissing op bezwaar juist is wat betreft de afwijzing van de indicatie voor verblijf en dat u terecht een indicatie voor individuele begeleiding hebt afgegeven. De berekening van de omvang van de indicatie nader te onderbouwen dan wel aan te passen.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Ontvankelijkheid bezwaar

Uit de stukken blijkt dat u hebt geconstateerd dat het bezwaarschrift te laat was. U hebt het indicatiebesluit verzonden op 21 mei 2010. Volgens artikel 6:7 Algemene wet bestuursrecht (Awb) bedraagt de termijn voor het indienen van een bezwaarschrift zes weken, in dit geval t/m 2 juli 2010. Het bezwaarschrift is gedateerd 16 juni 2010 (vóór afloop van de bezwaartermijn). Uit het stempel op het bezwaarschrift en uit uw conceptbeslissing op bezwaar begrijpt het College echter dat het bezwaarschrift door u is ontvangen op 6 juli 2010, derhalve ná afloop van de termijn. Artikel 6:9 Awb bepaalt dat bij verzending per post het bezwaarschrift tijdig is ingediend als het voor het einde van de termijn ter post is bezorgd, mits het niet later dan een week na afloop van de termijn is ontvangen.

U hebt (de gemachtigde van) verzekerde gevraagd om aan te geven wat de reden is van de termijnoverschrijding (artikel 6:11 Awb). In een brief van 19 juli 2010 geeft de gemachtigde aan dat zij de brief van 16 juni 2010 heeft aangehouden in afwachting van ondertekening van de machtiging door verzekerde. Het bezwaar zou uiteindelijk, zonder machtiging, op 1 juli 2010 zijn verzonden. Dat is vóór beëindiging van de bezwaartermijn.

Uit het feit dat u het bezwaar ontvankelijk hebt verklaard, begrijpt het College dat u hebt vastgesteld dat het bezwaar inderdaad voor het einde van de bezwaartermijn is verzonden en dat, nu het bezwaar niet later dan een week na afloop van de termijn is ontvangen, is voldaan aan de eis van artikel 6:9 Awb.

Inhoudelijke beoordeling

Uit de indicatiegeschillen die voor advies aan het College worden voorgelegd, is gebleken dat regelmatig aanvragen voor (onder meer) de AWBZ-functie Verblijf bij u worden ingediend voor verzekerden zonder vaste woon- of verblijfplaats (daklozen). De afbakening tussen AWBZ en maatschappelijke opvang (MO) geeft in die gevallen aanleiding tot discussie. Het College rekent het tot zijn taak om als pakketbeheerder duidelijkheid te verschaffen over de inhoud en grenzen van de verzekerde zorg.

Langdurig verblijf

Uitgangspunt is dat, om aanspraak te kunnen maken op de AWBZ-functie Verblijf, verzekerde op basis van zijn beperkingen moet zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht.¹

Een *beschermende woonomgeving* is een veilige en afgeschermdde woon- en leefomgeving voor verzekerden die door hun beperkingen niet in staat zijn zelfstandig te leven en een mogelijk gevaar voor zichzelf of anderen vormen. De bescherming richt zich primair op de verzekerde zelf, niet op zijn omgeving of de maatschappij. Als verzekerde gevaar oplevert voor zichzelf of anderen kan gedwongen opname aan de orde zijn.

¹ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 en 2011, Bijlage 8, paragraaf 2.

Een *therapeutisch leefklimaat* is een woon- en leefomgeving waar, gelet op de beperkingen van de verzekerde, een adequate infrastructuur aan therapie- en zorgfuncties aanwezig is. Dit kan in de vorm van specifieke voorzieningen in de directe nabijheid, een specifiek woon- en leefklimaat of een structurerende omgeving.

Permanent toezicht kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysiek toezicht, zodat zo nodig tijdig kan worden ingegrepen;
2. het verlenen van zorg op ongeregelde en/of frequente tijden, omdat verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
3. het ingrijpen bij gedragsproblemen, therapeutisch of preventief.

Overigens merkt het College nog op dat langdurig verblijf altijd gepaard gaat met één of meer andere AWBZ-functies.

Uit het voorgaande volgt dat dakloosheid op zich niet leidt tot een aanspraak op AWBZ-verblijf. Er moet sprake zijn van een grondslag op basis waarvan een indicatie voor AWBZ-zorg mogelijk is en de beperkingen van verzekerde moeten zodanig zijn dat hij aan de criteria van de AWBZ-functie Verblijf voldoet.

De vraag is of de desbetreffende dakloze verzekerde als hij *niet* dakloos zou zijn, zou zijn aangewezen op verblijf in de zin van de AWBZ of dat hij met een indicatie voor bijvoorbeeld begeleiding zelfstandig zou hebben kunnen blijven wonen. In zo'n geval heeft de verzekerde geen aanspraak op AWBZ-verblijf. Hij zal dan gebruik moeten maken van voorliggende voorzieningen als MO. Aangezien dit een voorziening is in het kader van de Wmo, valt de uitvoering hiervan onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

Uit het voorgaande volgt dat alleen als een dakloze verzekerde aan de criteria voor AWBZ-verblijf voldoet, een indicatie voor AWBZ-verblijf mogelijk is. Dit is niet anders dan in geval van een verzekerde die niet dakloos is en aanspraak op AWBZ-verblijf wil maken.

Casus

In deze zaak is de vraag aan de orde of verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf.

Uit het dossier begrijpt het College dat de indicatie voor verblijf vooral is aangevraagd omdat verzekerde schulden heeft waardoor hij voorlopig geen kans op een woning heeft.

Ook wordt (onder meer) aangevoerd dat het lastig voor hem is om vanuit een dakloze situatie niet terug te vallen in zijn oude (verslavings)gedrag.

Het College is het met zijn medisch adviseur eens dat het duidelijk is dat het hebben van een woonruimte wenselijk is, wil de begeleiding van verzekerde doelmatig zijn.

Uit het dossier blijkt echter niet dat verzekerde zich niet zou kunnen handhaven met eventueel enige begeleiding als hij wél een reguliere woning zou hebben. Op grond van zijn beperkingen is verzekerde daarom niet aangewezen op verblijf als bedoeld in de AWBZ.

U wijst verzekerde in uw conceptbeslissing op bezwaar terecht op de mogelijkheid van maatschappelijke opvang als voorliggende voorziening.

U bent verder van plan uw beslissing dat verzekerde op individuele begeleiding is aangewezen te handhaven. Mede gelet op het advies van zijn medisch adviseur, is het College van oordeel dat dit terecht is.

Over de omvang van de indicatie (klasse 2) merkt het College echter het volgende op.

Het College begrijpt uit uw conceptbeslissing op bezwaar dat u een indicatie voor begeleiding voor 45 minuten voor vijf dagen per week voldoende acht voor het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur en het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen. Niet duidelijk is waarom u een indicatie voor vijf en niet voor zeven dagen per week hebt afgegeven. Het College raadt u aan uw beslissing op dit punt aan te passen dan wel nader te onderbouwen.

Uw beslissing om geen indicatie voor persoonlijke verzorging af te geven is naar het oordeel van het College juist.

U geeft in uw conceptbeslissing op bezwaar overigens aan dat GGZ-verblijf op basis van de grondslag psychiatrische aandoening het eerste jaar onder de Zvw valt. Het College gaat er van uit dat u hiermee verblijf in verband met GGZ-behandeling bedoelt. Als geen sprake is van verblijf in verband met GGZ-behandeling, valt verblijf in verband met een psychiatrische aandoening namelijk ook het eerste jaar wél onder de AWBZ. Het College raadt u aan dit in uw definitieve beslissing op bezwaar te verduidelijken.

Advies van het College

Op grond van het vorenstaande is het College van oordeel dat uw beslissing om geen indicatie voor verblijf en persoonlijke verzorging af te geven en wel een indicatie voor individuele begeleiding, juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen. Het College raadt u echter nog wel aan de omvang van de indicatie voor individuele begeleiding nader te onderbouwen dan wel aan te passen. Ook raadt het College u aan uw verwijzing naar het eerste jaar verblijf in verband met psychiatrische problematiek aan te passen aan de hand van het bovenstaande.