

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**

H. Trouw  
T +31 (0)20 797 85 35

# verslag

ACP 47  
Vergadering Adviescommissie Pakket

**Datum**

9 juli 2014

**Onze referentie**

2014088835

---

Vergaderdatum	26 juni 2014
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen
Aanwezig	Bert Boer (voorzitter) Marcel Canoy (adviseur) Maarten Dekker Heleen Dupuis Marian Grobbink Job Kievit Arnold Moerkamp Hugo Trouw (ZIN adviseur, verslag) Gert Jan van der Wilt Jacqueline Zwaap (ZIN secretaris, verslag)
Afwezig	Inez de Beaufort Cees Smit

---

## 5 **1 Opening en mededelingen**

De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom. In het bijzonder Marcel Canoy die als permanent adviseur vanaf heden de commissie zal komen versterken. Marcel Canoy vertelt iets over zijn achtergrond en zijn diverse bezigheden. Hij vindt het interessant nu deel uit te maken van de commissie en ziet uit naar de debatten.

### 1.1 Mededelingen

De secretaris deelt mee dat de leden Smit en de Beaufort vandaag helaas verhinderd zijn. Voor de bespreking van het onderwerp "verslavingszorg" heeft zich een inspreker gemeld. De secretaris stelt voor eerst de drie onderwerpen te bespreken waarover vanmiddag nog in de Raad van Bestuur wordt gesproken. Dan kunnen de medewerkers de opmerkingen van de commissie zo snel mogelijk verwerken. Deze rapporten moeten zo spoedig mogelijk naar de Minister in verband met het Algemeen Overleg dat op 2 juli in de Tweede Kamer zal plaatsvinden.

### 1.2 Conflicterende belangen

De voorzitter vraagt of de leden belangen willen melden die mogelijk conflicteren met een onafhankelijke advisering over de voorliggende agendapunten. Dat is niet het geval.

## 2 Stukken ter kennisneming

Er zijn geen opmerkingen over de stukken ter kennisneming.

### 30 3 Verslag van de vergadering van 23 mei 2014 (46)

Het verslag wordt zonder wijzigingen vastgesteld.

## 5 Uitvoeringstoets Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

De auteurs van het rapport geven een korte toelichting op het onderwerp.

35 Aanleiding voor het rapport is de motie Leijten/Bruins Slot. In deze motie wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om iemand eerst in een ziekenhuis op te nemen voordat GRZ aan de orde is en dat deze toegangsvoorwaarde onnodig kostenverhogend kan werken. Daarom heeft het Zorginstituut onderzocht of het mogelijk is dat de huisarts, eventueel met tussenkomst van een geriatrische  
40 specialist, direct naar de GRZ kan doorverwijzen zonder voorafgaande ziekenhuisopname.

Een lid vraagt wat in de Zorgverzekeringswet precies is geregeld. Een van de  
45 auteurs antwoordt dat dit een beschrijving is van de doelgroep zoals deze in de AWBZ was omschreven. Het voorliggende rapport is bedoeld om dit te "repareren". Er volgt discussie over de behandelaar. Vóór de stelselwijziging was dit de specialist ouderengeneeskunde. Wie gaat nu precies de indicatie stellen? Is de klinisch geriater 24 uur beschikbaar? Een lid merkt op dat dit wel een vaktechnische discussie is. Het is vreemd dat deze in de politiek wordt gevoerd.  
50 Maar kennelijk geeft de wet daar aanleiding toe. Dit zou niet hoeven wanneer de indicatiestelling op een lager niveau (bv. beleidsregels) zou zijn geregeld.

Het gaat hier om een dure voorziening. De commissie betwijfelt of er wel altijd  
55 een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde aanwezig is. Wanneer dat niet zo is, heeft een opname van een dag de voorkeur. De auteur antwoordt dat wanneer er geen klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde aanwezig is het "oude systeem" geldt en de patiënt wordt opgenomen. Maar wanneer deze er wel is, is de opname niet nodig. In dat geval hoeft er geen bezwaar tegen het voorstel te bestaan. De commissie vraagt wel de aandacht voor de zorgvuldigheid van de  
60 indicatiestelling. De commissie stelt voor de implementatie goed te volgen.

De voorzitter vat de het advies van de commissie als volgt samen:

- De commissie steunt de voorstellen in het rapport, met de opmerking dat zij  
65 twijfel heeft over 24 uren beschikbaarheid van de klinisch geriater;
- De commissie stelt voor de effecten van de voorstellen in de praktijk te volgen.

Hiermee sluit hij de discussie af.

### 70 6 Verschillen tussen DSM IV en DSM 5 in relatie tot verzekerde zorg

De auteurs introduceren het onderwerp. De DSM-IV met de bijbehorende  
richtlijnen is op het moment de basis voor de uitleg van de aanspraak verzekerde  
geneeskundige GGZ en voor de vergoeding voor de te verzekeren geneeskundige  
GGZ. <sup>1</sup> In mei 2014 is in Nederland de vertaling van de nieuwe DSM-5  
75 verschenen. Zorginstituut Nederland is recent gestart met de inventarisatie van

---

<sup>1</sup> Zie Advies "Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2", hoofdstuk 2.4. CVZ 10 juli 2013.

de verschillen tussen de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV. Het doel is op basis van de inventarisatie de gevolgen van de nieuwe DSM-5 voor het verzekerde pakket in beeld te brengen. Ook zal daarbij een vergelijking met de ICD codes plaatsvinden. Het Zorginstituut zal in november een rapport uitbrengen. Dit zal dan ook besproken worden in de ACP. Nu ligt een plan van aanpak voor over het te volgen traject.

Een commissielid reageert dat dit een complexe problematiek is. Het gaat om een heterogene patiëntengroep die niet volledig baat zal hebben bij één interventie. Hij zou het veld dat ook willen adviseren dit probleem beter aan te pakken, want DSM 5 gaat de heterogeniteit van deze patiëntengroep niet oplossen. Een ander lid voegt toe dat er bij professionals zelf ook angst is voor overbehandeling. De DSM 5 kan leiden tot de medicalisering van relatief milde klachten die zich bij een groot deel van de bevolking wel eens voordoet. Dit heeft grote financiële consequenties. De andere leden zijn het hiermee eens. Dit kan leiden tot een extreme "etikettenplakkerij". Een lid vraagt om ook nog eens na te gaan of de overstap van DSM III naar DSM IV ook zo een kostenopdrijvend effect heeft gehad. Een lid merkt op dat het plan van aanpak erg procesmatig is. Hij zou juist meer geïnteresseerd zijn in de inhoud.

De voorzitter vat samen dat voor de commissie de volgende drie vragen relevant zijn:

- 1 Gaat DSM 5 de heterogeniteit van de patiëntengroep oplossen?
- 2 Wordt het systeem als such ook onderzocht? Met DSM 5 zijn grote belangen gemoeid en dit kan mogelijk tot labeling leiden. Gaat DSM 5 dit probleem verergeren?
- 3 Tot welke consequenties heeft de overgang van DSM IV naar 5 geleid en gaat het nog leiden?

Een van de auteurs antwoordt dat DSM 5 nu voor het eerst volledig in het Nederlands is vertaald en een uitgebreide beschrijving geeft van de classificatiecriteria. Volgens die criteria heeft iemand in sommige gevallen al heel gauw een stoornis. Echter daarmee is er nog niet altijd een indicatie voor behandeling. Er moet sprake zijn van lijdensdruk en deze moet beoordeeld worden. Zorginstituut Nederland zal zeker gaan kijken naar de lijdensdruk om een oordeel te kunnen geven over de noodzaak van een interventie.

De voorzitter concludeert dat we zoeken naar een fijnbesnaarde manier om te bepalen wie ziek is en wie niet. De stap van DSM IV naar 5 brengt dit doel eerder verder weg dan dichterbij, hoewel DSM 5 in sommige opzichten wel een verbetering kan zijn. Een lid reageert dat het probleem ontstaat wanneer er een directe koppeling wordt gemaakt naar de aanspraak. Dat gebeurt in de klinische praktijk ook niet. Een lid vraagt of de commissie verwacht dat het veld zal overstappen op de ICD. Een lid verwacht van niet. Psychologen en psychotherapeuten zijn meer gericht op de ICD, maar psychiaters meer op de DSM.

De voorzitter vat samen dat het belangrijk is voor de aanpak om de vraag die men wil beantwoorden scherp te formuleren. Hiermee sluit hij de discussie af.

## **7 Klinische behandeling kinderen met ernstige obesitas**

Er is geen behoefte aan een toelichting. De auteur laat weten dat er nog een reactie is gekomen van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde en

geeft weer wat deze reactie inhoudt. De voorzitter vraagt wie van de leden wil reageren.

130

Een lid reageert dat de evidence duidelijk is. Wat overblijft is de uitzonderingssituatie. De vraag is hoe je dat scherp formuleert. De formulering die wordt voorgesteld, vindt hij te ruim. Een ander lid meent dat de behandeling staat of valt met het natraject. Wat daarover nu bekend is, stelt hem niet gerust.

135

Ouders hebben een medeverantwoordelijkheid in de behandeling. Daar mogen eisen aan gesteld worden. Een ander lid is het daarmee eens. Hij wijst op ervaringen op Engelse scholen met Jamie Oliver. Ouders hadden hier een negatief effect waardoor veel initiatieven al weer zijn gestopt.

140

Een ander lid vindt dat de invloed van de interventie op de uitkomst niet voldoende is onderzocht. Zolang dit zo is, kan het geen verzekerde zorg zijn. Voor uitzonderingssituaties moeten de criteria veel scherper omschreven worden. Zij zijn dan niet gericht op de obesitas, maar op de complicaties ervan die mogelijk levensbedreigend zijn.

145

Een lid meent dat er sluipenderwijs een situatie is ontstaan die nu ontspoot. Dit is geen verzekerde zorg. Als de nood echt aan de man komt, is er een medische urgentie. Dat is echter een andere reden dan waar de interventie voor is bedoeld. Een ander lid is het daarmee eens. Gezien het feit dat er sprake is van chroniciteit en de interventie niet effectief is, moet er veel meer aandacht zijn voor preventie.

150

De voorzitter vat het advies als volgt samen:

- De medische urgentie voor een opname moet veel strenger worden omschreven; deze medische urgentie is gebaseerd op de complicaties van obesitas;
- Het voor- en natraject loopt te veel door de discussie heen;
- Er moet een signaal komen over de verantwoordelijkheid van de ouders.
- Er moet meer aandacht zijn voor preventie.

155

Een van de leden mist in deze samenvatting het strenge oordeel van de commissie, namelijk dat de klinische opname bij deze indicatie geen verzekerde zorg is.

160

Een van de auteurs licht toe dat er beter moet worden samengewerkt tussen expertisecentra en andere centra die deze kinderen zien. Verwijzing moet gebeuren via de expertisecentra, anders levert dat niet de optimale zorg op.

165

De voorzitter reageert dat de commissie vindt dat, ook wanneer opname pas volgt wanneer een expertisecentrum zegt dat dit niet anders kan, dit geen verzekerde zorg moet zijn. Er volgt discussie of dit een oplossing is. De voorzitter wijst op de reikwijdte van het rapport. Het gaat hier niet om het oplossen van het obesitasprobleem bij kinderen, maar om een klinische interventie waarvan de commissie vindt dat hij onder geen omstandigheid voor deze indicatie in het verzekerde pakket moet zitten. Hiermee sluit hij dit agendapunt af.

170

175

#### **4 Rapport Verslavingszorg**

De auteurs introduceren het onderwerp. De ACP heeft eerder gesproken over het plan van aanpak ter beantwoording van de vragen die de Minister het Zorginstituut heeft gesteld over de verslavingszorg. Inmiddels heeft het Zorginstituut partijen in de Zorg geconsulteerd. In de ACP ligt voor hoe het

180 Zorginstituut de Minister wil gaan antwoorden.

De voorzitter nodigt de heer van Zuidam van Achmea uit aan tafel voor zijn inspraak.<sup>2</sup> Hij bedankt voor de geboden gelegenheid en vraagt de aandacht voor 3 aandachtspunten bij het rapport (zie bijlage 1). Naar aanleiding van zijn inspraak heeft de commissie gelegenheid voor het stellen van vragen. Een lid vraagt of Achmea gegevens heeft over de praktijkvariatie. De heer van Zuidam antwoordt bevestigend. De cijfers in het rapport kloppen. Achmea is bereid cijfers met het Zorginstituut te delen. Er zijn verder geen vragen voor de inspreker.

190 Een lid geeft aan dat er meerdere redenen zijn om onderzoek te doen. Hij vraagt zich af of het doen van onderzoek het probleem hier oplost. Wanneer er bij ZON-Mw een follow up onderzoek zou worden gedaan, moet dat heldere uitspraken mogelijk maken over de effectiviteit van de verslavingszorg. Een lid vult aan dat er relatief weinig inzichten zijn uit het buitenland. Een ander lid maakt uit het rapport op dat het droevig gesteld is met de effectiviteit van de behandeling. Er zijn parallellen te trekken met de opname van kinderen met ernstige obesitas (agendapunt 7). Een eigen bijdrage van de patiënt kan positief bijdragen aan de effectiviteit. Een lid vraagt waarom het moeilijk is bij deze groep patiënten onderzoek te doen. Een lid antwoordt dat zowel de groep patiënten als de interventies complex zijn. Het eerste lid meent dat je dan andere eisen moet stellen, maar dat onderzoek wel mogelijk is. Het andere lid stelt de vraag wat maximaal haalbaar is en wat redelijk is om te eisen.

205 De voorzitter geeft aan dat juist voor dit soort vraagstukken het "passend bewijs" stuk is ontwikkeld tijdens het academia traject. Binnenkort zal hier een artikel over verschijnen.

210 Een lid geeft aan dat de gegevens over de respons kenmerkend zijn. Een kwart van de patiëntengroep reageert en van hen geeft 50% aan dat de behandeling heeft geholpen. Wat kun je met dit soort gegevens?

De voorzitter geeft aan dat er twee mogelijkheden zijn:  
- of er is goed gekeken en verdisconteerd;  
- of er is niet goed gekeken.

215 Een lid geeft aan dat hij dit niet kan aangeven. Maar hij vraagt zich af of meer onderzoek de oplossing biedt. Een ander lid stelt voor om, wanneer de inhoud niet kan worden beoordeeld, naar het proces te kijken. Hij stelt het volgende voor;  
- wat is bekend uit het buitenland?  
220 - Wat is realistisch om nog aan informatie te verwachten?  
- Waar staan we dan; Is dan een oordeel over vergoeding mogelijk?

Een ander lid meent wel dat het belangrijk is te kijken naar de relatie tussen het proces en de uitkomst.

225 Een van de auteurs geeft aan dat het onderzoek dat het RIVM doet naar de kosteneffectiviteit van verslavingszorg naar verwachting weinig nieuwe inzichten zal geven ten opzichte van het rapport van het Trimbos Instituut. De Trimbos richtlijnen zijn gebaseerd op internationaal onderzoek, dus internationaal

---

<sup>2</sup> De strekking van de inspraak van de heer van Zuidam is als bijlage 1 bij het verslag gevoegd

230 onderzoek wordt wel meegenomen.  
De commissie meent dat het vooral belangrijk is de stappen in de goede volgorde te plaatsen. Een lid meent dat het rapport een geruststellende toon heeft terwijl er snel nieuwe verslavingen en nieuwe behandelingen worden verzonnen. Dat is met elkaar in tegenspraak.

235 Een ander lid heeft nog een aantal opmerkingen bij hoofdstuk 10 (antwoorden aan de Minister)

- Bij 4A: hij heeft twijfels of registratie/observationeel onderzoek inderdaad voldoende inzicht kan verschaffen, gezien het natuurlijk beloop van de
- 240 aandoening. Hij vraagt zich af of een RCT niet mogelijk is;
- Bij 3d: opmerking over de kostenbatenanalyse klopt niet;
  - Blz 55 vraag 6; uit dit stuk blijkt het belang van een goede diagnostiek. Daar vraagt hij graag de aandacht voor.

245 Een lid merkt tot slot op dat er veel vage antwoorden worden gegeven. Het lid zou graag een steviger stuk zien. Een ander lid vindt dit een veelzeggende opmerking. Er ontbreekt bewijs, dus zwart-wit uitspraken zijn niet goed mogelijk. De voorzitter concludeert dat alle informatie die er is nog geen aanwijzing geeft dat de interventies effectief zijn.

250 De voorzitter vat het advies als volgt samen. De ACP adviseert de RvB het rapport nog niet vast te stellen, maar het terug te laten komen in de commissie. Naast enkele inhoudelijke meegevers, gaat het de commissie om een scherper antwoord op de vragen van de Minister. Hiermee sluit de voorzitter de discussie.

## 255 **8 Beoordeling 4 intramurale geneesmiddelen**

De auteur van de notitie leidt het onderwerp in. Op 25 april lag een stuk voor over de beoordeling van de t=4 geneesmiddelen en een toepassing daarop op 4 concrete middelen. De commissie vond dat zij daar weinig over kon zeggen. Zij

260 had behoefte aan meer informatie over de relatie tussen de pakketcriteria en de verschillende beleidsinstrumenten. In de voorliggende notitie is uitgebreid in gegaan op deze relatie. Met deze informatie liggen opnieuw de vier geneesmiddelen voor. Wanneer de commissie zich kan vinden in deze beoordelingswijze, zullen in de komende periode nog acht andere geneesmiddelen

265 op de agenda verschijnen.

Een lid complimenteert de auteur met het stuk. Hij vindt het nu veel helderder en is minder in verwarring. Wel blijft het complexe materie. Terugkijkend gaat het om geneesmiddelen die er veelbelovend uit zagen, maar waar je nog geen ja

270 tegen kon zeggen. Wat waren daarvoor de argumenten en heeft dit iets opgeleverd. De auteur vindt dat lastig te zeggen omdat je met de kennis van nu andere criteria zou opstellen. Het gaat erom wat we nu doen wanneer we voor deze afweging staan. Een ander lid meent dat het delen van risico's tussen industrie en samenleving in farmaland de toekomst heeft. Deze instrumenten

275 doen daar recht aan. Het is goed dat daar op een systematische manier over wordt nagedacht. De voorzitter merkt op dat er bij het Zorginstituut al langer op deze manier wordt nagedacht. VWS heeft dat inmiddels ook gevolgd. En er zijn ook nieuwe instrumenten bij gekomen, zoals prijsafspraken.

Een volgend lid geeft aan dat hij niet alle stukken letterlijk heeft doorgespit. Maar

280 zijn indruk bij het vierde geneesmiddel (natalizumab, Tysabri®) is dat er weliswaar veel informatie is, maar dat dit niet erg helder is. Wanneer de

effectiviteit van een middel niet goed is onderbouwd, hoort het niet in het pakket. Een ander lid vindt ook dat de boodschappen niet altijd helder verwoord staan en je die tussen de regels door moet lezen. Een volgend lid vraagt of het helder is  
285 waar deze middelen op drukken; gaat het hier om ziekenhuisbudgetten. De  
voorzitter merkt op dat deze overweging onder het criterium uitvoerbaarheid valt.  
Het lid meent dat dit wel een probleem kan zijn voor een ziekenhuis. Een  
melanoomonderzoek is bijvoorbeeld erg duur. De auteur meldt dat het om add on  
290 financiering gaat. Partijen hebben nog niet aangegeven hier problemen te  
ondervinden. De voorzitter merkt op dat dit een vraag is die aan  
ziekenhuisbestuurders voorgelegd zou kunnen worden. Een tiende deel van het  
totale ziekenhuisbudget van academische ziekenhuizen gaat op aan intramurale  
geneesmiddelen. De auteur merkt op dat het hier om maatwerk gaat. Bij de  
plaatsing op de beleidsregel van de Nza destijds was het criterium dat het  
295 kostenbeslag meer dan 2.5 miljoen euro moest zijn.

Een lid merkt op dat bij het geneesmiddel Tysabri® alleen observationele studies  
zijn gedaan. Omdat deze ziekte niet vanzelf over gaat, heeft observationeel  
300 onderzoek meerwaarde. De voorzitter geeft aan dat de WAR dit soort  
overwegingen betreft in haar oordeel.

Vervolgens worden de vier geneesmiddelen even kort besproken:  
**rituximab MabThera®**: Voldoet aan Stand van de Wetenschap en Praktijk. Er  
kan geen significante uitspraak worden gedaan over de kosteneffectiviteit;  
305 **trastuzumab Herceptin®**: heeft een therapeutische meerwaarde. Er is  
voldoende onderbouwing voor de kosteneffectiviteit.  
**voriconazol Vfend®**: heeft een groot effect  
**natalizumab Tysabri®**: is lastig. Heeft een gelijke waarde. Kosteneffectiviteit is  
niet goed onderbouwd. Kosten per jaar bedragen 17.0 tot 17.5 miljoen europ. MS  
310 is een indicatie die volop in beweging is. Het onderwerp maakt ook deel uit van de  
"ronde tafel" onder leiding van ZIN/VWS. Het ambitieniveau is hoog.

De leden menen dat bij dit laatste middel het "niet plus" gevoel het grootst is.  
Het is kwetsbaar op alle criteria. De auteur van de notitie meent dat dit ook bij  
315 risk sharing hoort. Wanneer het mis gaat, kan altijd nog de "zweep van het  
pakketbeheer" worden ingezet. Een lid kan met deze uitleg goed leven, maar  
vindt dat dit niet zo in het stuk staat.

Een ander lid meent dat dit soort discussies al vaker zis gevoerd. Wanneer gaan  
320 we met een middel stoppen? Dit is een incentive voor het doen van slecht  
onderzoek. Hij blijft van mening dat financiering gekoppeld moet worden aan het  
op individueel niveau aanbieden van data.  
De voorzitter vraagt of het inderdaad het geval is dat slecht onderzoek wordt  
beloond. Ook de vragen op t=0 waren blijkbaar slecht. Het enige criterium was de  
325 hoogte van het kostenbeslag. Een lid meent dat we niet moeten terugkijken, maar  
hier wel van moeten leren. Er moet wel aan de criteria worden voldaan; anders is  
het einde verhaal. De auteur antwoordt dat dit punt ook speelt bij de ronde tafel.  
Deze werkt met scherpe vragen en antwoorden wanneer dat nodig is.

330 De conclusie luidt bij het laatste middel dat het oordeel eigenlijk nee is, maar dat  
dit het voordeel van de twijfel krijgt vanwege het verleden. Wel moeten criteria  
strakker worden geformuleerd in de tweede ronde. Ook bij de ronde tafel. Tot slot  
wordt nog de vraag gesteld waarom een periode voor drie jaar geldt. Ook andere

335 middelen moeten worden meegenomen omdat het hier gaat om een "moving target". Dat geldt bijvoorbeeld ook voor diabetes mellitus.

Een lid blijft er moeite mee houden dat er nu betaald wordt tot het tegendeel is bewezen. Dit zou andersom moeten zijn. De voorzitter antwoordt dat het steeds moeilijker wordt trials te doen, terwijl de noodzaak juist steeds groter wordt. Met deze opmerking sluit hij de discussie af.

340

## **9 Rondvraag**

Van de rondvraag wordt geen gebruik gemaakt.

De voorzitter bedankt de leden en de medewerkers van het Zorginstituut voor alle inspanningen en sluit hierna de vergadering.

345 **Bijlage 1 - Inspraak heer Van Zuidam, Achmea bij agendapunt 4:  
Verslavingszorg**

Zorginstituut Nederland  
Pakket

**Datum**  
8 juni 2014

**Onze referentie**  
2014088835

350 Zoals besproken ontvangt u hierbij de schriftelijke inspraaktekst van Achmea aan de Adviescommissie Pakket. Tijdens het inspraakmoment hebben wij mondeling de volgende drie zaken voor het voetlicht gebracht:

- 355 1. In het vergaderstuk Adviescommissie Pakket dd, 20.06.14 I Referentie ACP 47-4 staat een kop Minnesota Model. Onder deze kop wordt aangegeven dat bezien zal worden of reacties van partijen aanleiding geven voor een nadere beoordeling van het standpunt van het Zorginstituut Nederland ten aanzien van het Minnesota Model. Wij pleiten voor een nadere beoordeling van dit standpunt.

Context van onze vraagstelling:

360 In het standpunt wordt door het toenmalige CvZ aangegeven: "*Het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving behoort weliswaar tot de te verzekeren prestaties, maar deze behandeling is veel duurder dan andere behandeling, terwijl het even effectief is. Wij adviseren zorgverzekeraars met dit gegeven rekening te houden bij hun inkoop en vergoedingenbeleid.*"

365 De Nza gaat in haar beleid meer sturen op doelmatigheid van zorg. Dit betekent dus mogelijk dat het Minnesotamodel verzekerde zorg is, maar dat wij deze vanuit doelmatigheidsperspectief niet zouden mogen vergoeden vanuit de gedachte dat er goedkopere even effectieve zorg in de markt te koop is.

370 In de reactie van do Nza dd. 27.05.14 die als bijlage bij het consultatiedocument is gezonden vraagt de Nza zélf ook naar meer handvatten met betrekking tot de bepaling of het effectieve Minnesotamodel gevolgd wordt door een aanbieder.

- 375 2. In het concept Consultatiedocument Verslavingszorg in beeld — versie 30.04.14 wordt op pagina 7 onder punt 3 de volgende aanbeveling gedaan: *Nader onderzoek is nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. De deelnemers aan de Ronde tafel gepast gebruik hebben dit onderzoek aangedragen voor het Zon-MW Doelmatigheidsonderzoek, kader actuele doelmatigheidsvragen.*

380 Wij willen de pakketcommissie vragen de uitkomsten van dit onderzoek te monitoren en de uitkomsten terug te laten komen in de pakketcommissie om een nadere afbakening te beoordelen.

Context van de vraagstelling:

385 Wij zien een grote praktijkvariatie in kosten per regio en de duur van opnames bij de verschillende aanbieders. Wij pleiten dan ook voor een terugkoppeling van de onderzoeksresultaten van het ZON-MW onderzoek binnen de pakketcommissie en nadere pakketbepalingen aan de hand van dit onderzoek.

- 390 3. In het vergaderstuk Adviescommissie Pakket dd. 20.06.14 I Referentie ACP 47-4 staat een kop alcohol- en drugsverslaving. Hier wordt genoemd dat een aantal partijen hebben gepleit om ook andere verslavingen in het beleid te betrekken zoals een aantal gedragsverslavingen.

395 Wij willen ervoor pleiten om van de pakketcommissie te vernemen of seksverslaving en gameverslaving tot het verzekerde pakket behoren.

Graag vernemen wij van u op welke wijze u bovenstaande inspraakpunten zult meenemen.

400

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
8 juni 2014

**Onze referentie**  
2014088835