



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

0530.2014007579

Datum 21 januari 2014  
Betreft Onderwerpen Pakketbeheer 2014

**College voor  
zorgverzekeringen**  
Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**

mw. drs. T.J. Duine  
T +31 (0)20 797 85 53

**Onze referentie**

2014007579

**Bijlage**

Rapport Onderwerpen  
Pakketbeheer 2014

Geachte mevrouw Schippers,

Op 21 januari 2014 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de Onderwerpen Pakketbeheer 2014 vastgesteld. Dit zijn de onderwerpen die wij het komende jaar op basis van risicogerichte selectie op de agenda hebben gezet.

Het is onze keuze uit de vele onderwerpen die door externe partijen zijn aangedragen of die zijn voortgekomen uit onze eigen observaties.

Het doet ons genoegen u dit rapport aan te bieden.

Hoogachtend,

  
Arnold Moerkamp  
Voorzitter Raad van Bestuur



## Onderwerpen Pakketbeheer 2014

### ***Een risicogerichte selectie***

Datum	21 Januari 2014
Status	Definitief



## Colofon

Volgnummer	2013131091
Contactpersoon	Mw. drs. T.J. Duine Drs. C.H.F. Gimbrère Mw. M.A. den Haan  +31 (0)20 797 85 53
Sector	Zorg
Uitgebracht aan	de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



# Inhoud

## **Colofon—3**

## **Samenvatting—7**

## **Inleiding—9**

### **1 Inventarisatie en selectie onderwerpen—11**

#### **2 Toelichting onderwerpen—13**

- 2.1 Onderwerpen gerelateerd aan versterking van de eerste lijn—13
  - 2.1.1 Claudicatio intermittens—13
  - 2.1.2 COPD—14
  - 2.1.3 Eerstelijnsdiagnostiek—14
  - 2.1.4 Medisch specialistische revalidatiegeneeskunde—14
  - 2.1.5 Gespecialiseerde poliklinieken—14
- 2.2 Onderwerpen gerelateerd aan hervorming van de langdurige zorg—14
  - 2.2.1 Verduidelijking afbakeningsvraagstukken—15
  - 2.2.2 Wet Langdurige zorg—15
  - 2.2.3 Respijtzorg—15
  - 2.2.4 Wijkverpleging—15
  - 2.2.5 Thuisverpleging—15
- 2.3 Specifieke zorggebieden—16
  - 2.3.1 Verslavingszorg—16
  - 2.3.2 Logopedie—16
  - 2.3.3 Geneesmiddelenbeoordeling intramuraal—16
  - 2.3.4 Onderwerpen waarover in 2014 nieuwe informatie beschikbaar komt—17

### **3 Aanpak: werkwijze en samenwerking—19**

### **4 Hoe kunt u ons volgen?—21**

#### **Bijlage 1—23**

#### **Bijlage 2—37**

#### **Bijlage 3—55**



## Samenvatting

De inhoud en omvang van de zorg zijn continu aan verandering onderhevig. Het CVZ volgt de ontwikkelingen en selecteert vanuit zijn taak als pakketbeheerder elk jaar algemene thema's en specifieke onderwerpen. De algemene thema's zijn meestal pakketbreed. Het gaat dan bijvoorbeeld over onze beoordelingsmethodiek of over het gepast gebruik van zorg in algemene zin. Bij de specifieke onderwerpen draait het meestal om de vraag of sprake is, dan wel sprake zou moeten zijn, van verzekerde zorg zoals bedoeld in de Zvw en AWBZ.

Voor deze specifieke onderwerpen hebben wij globaal drie bronnen. Allereerst de onderwerpen die we op grond van onze structurele taken – denk bijvoorbeeld aan de beoordeling van geneesmiddelen - of op expliciet verzoek van de minister uitvoeren. Ten tweede de onderwerpen, die voortkomen uit een systematische doorlichting van bepaalde zorggebieden. Ten derde de onderwerpen die we kiezen op basis van een risico-inschatting. Het gaat dan om de risico's die we bij specifieke zorgvormen signaleren met betrekking tot kostenontwikkeling, de toegankelijkheid of ongepast gebruik.

In dit rapport komt alleen deze laatste categorie aan bod. Het bevat dus de onderwerpen die wij op basis van risicogerichte selectie voor 2014 op de agenda hebben gezet. Het is onze keuze uit de vele onderwerpen die door externe partijen zijn aangedragen of die zijn voortgekomen uit onze eigen observaties. We beschrijven hoe we tot die keuze gekomen zijn, hoe we de onderwerpen gaan aanpakken en hoe u onze aanpak van deze onderwerpen kunt volgen.

De onderwerpen vallen uiteen in drie categorieën: onderwerpen gerelateerd aan de versterking van de eerste lijn, onderwerpen gerelateerd aan de hervorming van de langdurige zorg en een categorie specifieke zorggebieden:

### **a. Versterking eerstelijns**

- 1 Claudicatio Intermittens
- 2 COPD
- 3 Eerstelijnsdiagnostiek
- 4 Medisch specialistische revalidatiegeneeskunde
- 5 Gespecialiseerde poliklinieken

### **b. Hervorming langdurige zorg**

- 1 Verduidelijking afbakeningsvraagstukken
- 2 Wet Langdurige zorg
- 3 Respijtzorg
- 4 Wijkverpleging
- 5 Thuisverpleging

### **c. Specifieke zorggebieden**

- 1 Verslavingszorg
- 2 Logopedie
- 3 Geneesmiddelenbeoordeling intramuraal

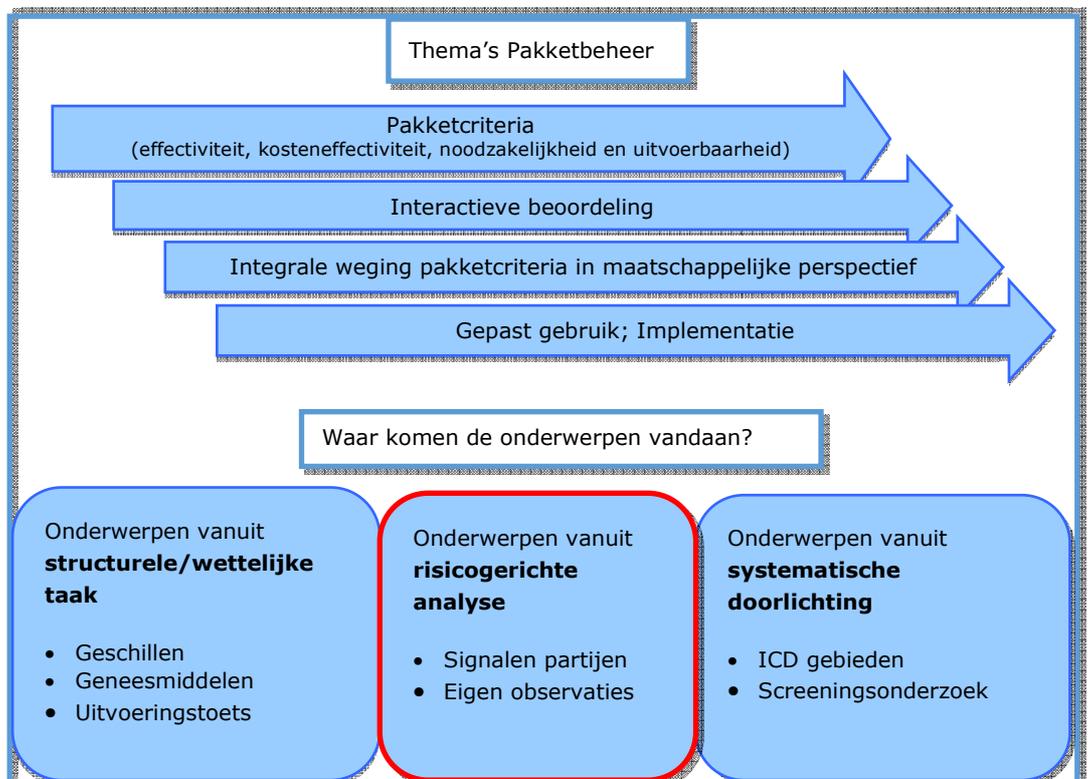


## Inleiding

Gezondheid is een groot goed en de zorg ervoor raakt velen. Beslissingen over de verzekerde zorg hebben doorgaans een grote impact. Het is belangrijk dat het verzekerde pakket de juiste zorg bevat: niet te veel en niet te weinig. In een steeds veranderende samenleving zullen ook veranderingen optreden in de behoefte aan zorg en in opvattingen over de zaken waar we met elkaar solidair in willen zijn. En er zullen steeds nieuwe technologieën en interventies ontwikkeld worden die beloftes inhouden voor de toekomst. In dat krachtenveld adviseert het CVZ onafhankelijk over inhoud en omvang van het basispakket (Zorgverzekeringswet en AWBZ).

In dit document laten we zien welke onderwerpen we voor 2014 op basis van de *risicogerichte analyse* hebben geselecteerd. Bij een risicogerichte analyse selecteren we onderwerpen op basis van de risico's op het gebied van toegankelijkheid, kostenontwikkeling of ongepast gebruik. De onderwerpen komen deels voort uit eigen observaties, deels uit die van andere partijen in de zorg.

### Schema: activiteiten CVZ Pakketbeheer



Zoals uit bovenstaand schema blijkt, is de risicogerichte selectie slechts een deel van onze werkzaamheden als pakketbeheerder. Het CVZ voert ook pakketbrede programma's uit zoals het stimuleren van gepast gebruik in brede zin en de ontwikkeling van de beoordelingsmethodiek voor het pakketbeheer. Verder zijn er de structurele taken zoals de extramuraal geneesmiddelenbeoordeling en brengen we regelmatig adviezen uit op expliciet verzoek van de minister. En tot slot zijn we

in 2013 gestart met een systematische doorlichting van het pakket, waarbij we bepaalde zorggebieden (ICD-10) analyseren.

Informatie over de andere activiteiten op het gebied van pakketbeheer kunt u vinden in het Jaarplan 2014 en op de website (<http://www.cvz.nl/pakket/lopende+dossiers> en <http://www.cvz.nl/pakket/consultatieagendas>)

## 1 Inventarisatie en selectie onderwerpen

We hebben bij het selecteren van onze onderwerpen in het kader van de risicogerichte analyse gebruik gemaakt van verschillende bronnen. We hebben geluisterd naar ideeën van vele partijen in de zorg, we hebben rekening gehouden met ontwikkelingen in de zorg en met de politieke agenda.

In juli 2013 hebben we in een bijeenkomst aan partijen gevraagd welke onderwerpen zij geagendeerd willen zien. De daar genoemde onderwerpen (zowel op instroom als op uitstroom uit het pakket gericht) hebben we in een eerste analyse gereduceerd tot 15 onderwerpen. Vervolgens hebben we een verdiepende analyse uitgevoerd op de resterende onderwerpen. Aan de hand van een risico-inschatting hebben we vervolgens 8 onderwerpen geselecteerd die we kansrijk achten om in 2014 op te pakken. Partijen hebben in alle fasen input geleverd. De resultaten van de globale en de verdiepende analyse staan beschreven in bijlage 1.

Met een aantal risicogerichte pakketonderwerpen hebben we, op basis van onze vorige agenda, in 2013 al een start gemaakt en zullen we het resultaat in 2014 opleveren. Een overzicht van deze onderwerpen staat in bijlage 3.

De inbreng die we gekregen hebben van partijen is zeer divers geweest. De suggesties varieerden van concrete onderwerpen rond een specifieke interventie tot onderwerpen die een heel zorggebied besloegen, zoals de langdurige zorg. Partijen bleven soms dicht bij hun eigen werkterrein, anderen betrokken het hele zorglandschap in hun reactie. Ook gaven partijen bruikbare signalen over problemen in de uitvoeringspraktijk. Zulke signalen betrekken we bij de uitwerking van de onderwerpen. De reacties van de partijen en ons commentaar hier op vindt u in bijlage 2.

We hebben waar mogelijk de meer specifieke onderwerpen ingekaderd in een thematisch perspectief, waarin ook het verband tussen onderwerpen zichtbaar wordt. Ook 'kleine' onderwerpen kunnen soms door de wijze van benaderen een breder effect hebben, een voorbeeldfunctie vervullen. Een onderwerp als de snurkpoli kan bijvoorbeeld aanleiding zijn om het hele concept van gespecialiseerde poli's te bezien in het licht van de inhoud van de zorg en de plaats die het in de keten zou moeten hebben.

Op basis van deze inventarisatie zijn we gekomen tot de volgende onderverdeling:

- Onderwerpen gerelateerd aan de versterking van de eerste lijn
- Onderwerpen gerelateerd aan de hervorming van de langdurige zorg
- Specifieke zorggebieden

Wij hebben bij de samenstelling en presentatie van deze agenda op diverse momenten input en advies gekregen van de Adviescommissie Pakket (ACP). Met name een reflectie over de wijze waarop we kunnen omgaan met de grote verscheidenheid aan onderwerpen die we vanuit diverse bronnen op onze agenda hebben geplaatst, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de selectie die nu voor u ligt. Verder heeft de commissie de samenhang tussen de diverse onderwerpen en de andere meer overkoepelende thema's, zoals stimuleren gepast gebruik van zorg en de integrale beoordelingsmethodiek benadrukt. Hier zullen we extra aandacht aan besteden als we de onderwerpen gaan uitwerken.



## 2 Toelichting onderwerpen

Het doel van pakketbeheer is toegang te garanderen tot kwalitatief goede en betaalbare zorg voor het individu én de samenleving. Kortom: het pakket moet er aan bijdragen dat elke Nederlander ook in de toekomst van goede zorg verzekerd is. Effectief en efficiënt pakketbeheer vraagt om een integrale beschouwing van de zorgketen en om een goede analyse van de ervaren belemmeringen voor gepast gebruik van zorg.

### 2.1 Onderwerpen gerelateerd aan versterking van de eerste lijn

Een belangrijk thema dat in 2014 nog meer aandacht zal krijgen is de versterking van de eerste lijn. Ook de minister heeft aangegeven dat het versterken van zorg dicht bij huis een belangrijk speerpunt van het regeringsbeleid is<sup>1</sup>. Een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn is noodzakelijk om het beroep op professionele zorg beheerst te laten groeien, mensen meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor de eigen gezondheid en de kwaliteit te verbeteren. De eerstelijnszorg zal daarom moeten worden versterkt om de houdbaarheid van het stelsel te waarborgen. Uitgangspunt is de wens van mensen om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te kunnen blijven functioneren. We hebben verschillende onderwerpen die betrekking hebben op eerstelijnszorg op de agenda geplaatst om dit streven, door middel van gericht pakketbeheer, zoveel mogelijk te ondersteunen.

Er zijn enkele belangrijke wetwijzigingen geweest die ertoe moeten leiden dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk dicht bij huis worden georganiseerd: de hervorming van de langdurige zorg en van de jeugdzorg, de nieuwe invulling van de rol van de gemeenten (Wmo) en de wijzigingen in de regelgeving rond de GGZ, en de invoering van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn. Gevolg van al deze bewegingen is onder andere dat de eerste lijn veel nieuwe taken krijgt. Daarnaast speelt de ontwikkeling dat ziekenhuizen zich meer en meer moeten gaan richten op concentratie van zorg en op de echte gespecialiseerde zorg. Ook dat geeft een beweging in de richting van de eerste lijn.

Een veelgenoemd knelpunt bij het realiseren van gepast gebruik van zorg is dat te zware zorg wordt ingezet waar een lichtere aanpak meer 'gepast' is (stepped care). Bij de onderwerpen die in dit kader aan bod komen, zullen we speciaal aandacht besteden aan de afbakening tussen de eerste en tweede lijn en aan het bevorderen van stepped care.

De volgende concrete onderwerpen gaan of blijven we in 2014 ter hand nemen:

#### 2.1.1 *Claudicatio intermittens*

Een concreet, ook door partijen genoemd voorbeeld is de behandeling van claudicatio intermittens, ook wel etalagebenen genoemd. Het is een veel voorkomend symptoom bij perifeer arterieel vaatlijden, een aandoening die gepaard gaat met een sterk verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Volgens alle (inter)nationale richtlijnen wordt claudicatio intermittens primair behandeld met gesuperviseerde looptraining. In tweede instantie kan ook

<sup>1</sup> Zie o.a. Regeerakkoord VVD-PvdA 29 oktober 2012 Bruggen slaan, hoofdstuk VII: Zorg dichtbij

chirurgisch worden behandeld door het dotteren van de beenvaten. Er is bewijs dat looptraining voor een deel van de patiënten niet alleen leidt tot uitstel maar ook afstel van invasieve vaatchirurgie. Op dit moment valt de eerst aangewezen aanpak (gesuperviseerde looptraining) niet onder de te verzekeren zorg, en de invasieve chirurgie (dotteren) wel. Met een gericht pakketadvies op het niveau van de indicatie/interventiecombinatie streven we ernaar de stepped care benadering te bevorderen.

### 2.1.2 *COPD*

Ook op ziektebeeldniveau gaan we substitutie van tweede naar eerste lijn bevorderen. Voor diabetes mellitus is dit al tamelijk goed ontwikkeld. Voor COPD en hartfalen gaan we verkennen wat verdergaande substitutie remt vanuit het perspectief van de verzekerde aanspraken en kwaliteit van zorg. Op basis van deze verkenning kunnen vervolgstappen worden gezet.

### 2.1.3 *Eerstelijnsdiagnostiek*

Eerstelijnsdiagnostiek gaan we duiden om aan te geven wat wel en niet onder de basisverzekering valt. Er is sinds 2012 een beleidsregel die een positiebepaling van eerstelijnsdiagnostiek ten opzichte van tweedelijnsdiagnostiek mogelijk maakt, met lagere kosten voor de eerstelijnsdiagnostiek. Maar van niet alle eerstelijnsdiagnostiek in de zin van de Wmg is de effectiviteit bewezen. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is het belangrijk om alleen effectieve diagnostiek te vergoeden vanuit de basisverzekering.

### 2.1.4 *Medisch specialistische revalidatiegeneeskunde*

Afbakening is ook van belang rond de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde. Op de indicatiegebieden bewegingsapparaat en chronische pijn zien we een forse volumegroei van de medisch specialistische revalidatiezorg, waar deze zorg mogelijk beter plaats kan vinden in de eerste lijn. In 2014 gaat het CVZ aandacht besteden aan de vraag of patiënten door gebrek aan passende zorg in de eerste lijn te snel terechtkomen bij de duurdere tweede- en derdelijnszorg. We zullen nagaan hoe het stepped-care model voor de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde in de praktijk functioneert.

### 2.1.5 *Gespecialiseerde poliklinieken*

De vraag of dure tweedelijnszorg wordt ingezet waar een interventie vanuit de eerste lijn meer passend zou zijn kunnen we ook stellen bij gespecialiseerde poliklinieken zoals de snurkpoli. Het CVZ acht een nadere analyse van de zorg in de verschillende poli's wenselijk (inclusief duiding), gekoppeld aan een positioneringsadvies: bij welke indicatie hoort welke interventie.

## 2.2 **Onderwerpen gerelateerd aan hervorming van de langdurige zorg**

In 2014 gaat het CVZ aandacht besteden aan (de gevolgen van) de Hervorming langdurige intensieve zorg. Omdat de politieke besluitvorming rond de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) nog niet is voltooid, is het niet mogelijk om nu al concrete onderwerpen te noemen.

In meer algemene zin gaan we in 2014 de volgende onderwerpen oppakken:

### 2.2.1 *Verduidelijking afbakeningsvraagstukken*

Voor de hervorming van de langdurige intensieve zorg is niet alleen de voorgenomen Wlz van belang. Een deel van de AWBZ-zorg zal worden overgeheveld naar de Wmo; de eerstelijnszorg in de Zvw wordt versterkt met (wijk)verpleging en langdurige geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor jeugdigen wordt hervormd in de voorgenomen Jeugdwet. Deze 4 wetten zullen de onderlinge solidariteit bij kwetsbaarheid en ziekte moeten ondersteunen.

Er zal een vertaalslag moeten plaatsvinden van wettelijk kader naar uitvoeringspraktijk. Partijen in de zorg zetten zich nu al in om de nieuwe ordening met elkaar te gaan vormgeven rondom de zorgvrager. Het CVZ gaat dit proces onder meer ondersteunen door duidelijkheid te verschaffen over de afbakeningsvraagstukken die zich ongetwijfeld zullen voordoen in de relatie tussen deze wetten.

### 2.2.2 *Wet Langdurige zorg*

De toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) is in de wet in algemene termen vastgelegd. We gaan samen met het CIZ het voortouw nemen om die te operationaliseren. We doen dat zoveel mogelijk evidence-based.

De inhoud van het verzekerde pakket wijzigt op enkele punten. Dat betekent dat we het AWBZ-Kompas moeten omvormen naar een Wlz-Kompas. We gaan in de Wlz vooral de kaders aangeven van het verzekerde pakket. De concrete inhoud van de zorg wordt bepaald in het overleg tussen de instelling en de cliënten(raad). Dat betekent dat we ook nieuw voorlichtingsmateriaal gaan ontwikkelen dat de huidige brochure "Daar heeft u recht op in een AWBZ-instelling" vervangt. We willen met een uitgebreide voorlichtingscampagne eraan bijdragen dat partijen zelf invulling geven aan de zorg binnen de geldende kaders.

### 2.2.3 *Respijtzorg*

Wij gaan een verkennend onderzoek uit (laten) voeren naar de mogelijkheid om, binnen het nieuwe wettelijke kader, mantelzorgers te ontlasten.

### 2.2.4 *Wijkverpleging*

De rol van de wijkverpleegkundige bij het mogelijk maken dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, met gebruikmaking van de reguliere zorg uit de Wmo en Zvw, gaan we in eerste instantie ondersteunen en verduidelijken met behulp van kwaliteitsinstrumenten. Dit traject is al in 2013 ingezet.

### 2.2.5 *Thuisverpleging*

Het is nog niet duidelijk of de persoonlijke verzorging (deels) naar de Zvw of Wmo gaat. Daarom kunnen we niet concreet aangeven op welke wijze we over dit onderwerp gaan adviseren. Dit onderwerp zal naar alle waarschijnlijkheid worden meegenomen bij de verduidelijking van afbakeningsvraagstukken.

## 2.3 Specifieke zorggebieden

We gaan in 2014 ook enkele specifieke zorggebieden onder de loep nemen. Dit zijn onderwerpen waar we risico's signaleren op het gebied van hoge kosten, gepast gebruik of kwaliteit.

### 2.3.1 *Verslavingszorg*

Er zijn vragen gerezen over de kosten en kwaliteit van verslavingsklinieken, zowel in de media als in de politiek. Dit betreft vooral klinieken voor alcohol- en drugsverslaving. De Minister heeft aangegeven dat ze hierover advies van het CVZ zal inwinnen.

Nader onderzoek lijkt wenselijk naar de kosten van deze zorg, en naar de indicatiegebieden voor klinische opname. Dit is een onderwerp waar het vraagstuk van bijbetalen voor luxere varianten van in principe effectieve zorg bij betrokken kan worden. Dit is naar voren gebracht door partijen als een meer algemene kwestie waar het CVZ zich over zou kunnen uitspreken.

### 2.3.2 *Logopedie*

Dit zorggebied heeft in de eerste lijn een sterke kostengroei gekend de afgelopen jaren, van 67,2 miljoen in 2006 tot 115,4 miljoen in 2012. De tarieven zijn in die periode niet spectaculair gestegen, hetgeen betekent dat de kostenstijging vooral veroorzaakt wordt door het aantal behandelingen in de eerste lijn.

De aanspraak in de basisverzekering is beperkt tot behandelingen die een geneeskundig doel hebben, gericht op het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van gehoor, stem- of spraakorganen of het reguleren van de ademhaling voor de stemgeving. Over deze beperking is in de praktijk onduidelijkheid. Er is behoefte aan helderheid over de vraag welke indicatie-interventiecombinaties nu wel en niet tot de te verzekeren aanspraken kunnen worden gerekend.

### 2.3.3 *Geneesmiddelenbeoordeling intramuraal*

Vanaf 2014 gaat het CVZ bij het beoordelen van intramurale geneesmiddelen anders te werk. Een belangrijke reden daarvoor is dat wij vanaf 2012 geleidelijk een systeem van risicogericht pakketbeheer hebben ingevoerd. Dat betekent dat niet meer alle nieuwe intramurale geneesmiddelen worden getoetst aan de poort, zoals dit wel het geval is bij de extramurale geneesmiddelen. De open omschrijving van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden, biedt hiervoor de ruimte. Het CVZ zal beoordelen op grond van de in 2013 vastgestelde procedure. We geven hiermee invulling aan het beleid van de minister om meer specialistische geneesmiddelen over te hevelen naar het intramurale systeem.

Die eigen agendering houdt in dat wij voor 2014, naast de wettelijk verplichte GVS beoordelingen, de volgende prioriteiten hebben:

1) Herbeoordelingen van intramurale geneesmiddelen, die vier jaar voorwaardelijk zijn gefinancierd ten laste van de Zvw op voorwaarde dat de belanghebbende partijen na 4 jaar de gevraagde uitkomsten ook daadwerkelijk opleveren. Dit betreft niet alleen geneesmiddelen waarvoor indertijd een uitkomstenonderzoek is afgesproken.

2) Ook andere geneesmiddelen en/of gegroeide praktijk in bepaalde indicatiegebieden gaan we tegen het licht houden. Wij hebben het voornemen om een vijftal van dergelijke beoordelingen op te leveren. Ten behoeve van belanghebbende partijen gaan wij in 2014 regelmatig een overzicht van kandidaten publiceren. Dat geeft de partijen die het betreft de mogelijkheid om eventuele opmerkingen en suggesties met ons te delen.

3) Beoordelingen van nieuwe intramurale geneesmiddelen. Door het systeem van risicogericht pakketbeheer zijn nieuwe intramurale geneesmiddelen de facto onderdeel van het pakket, tenzij het CVZ een negatieve beoordeling of duiding opstelt. Bedrijven hebben de mogelijkheid om hun nieuwe introducties via een notificatie bij ons aan te melden. Wij publiceren deze notificaties op onze website. De bedoeling van deze publicatie is dat de verzekeraars hiermee rekening kunnen houden in hun onderhandelingen met ziekenhuizen. In die gevallen dat de registratiehouder meerwaarde claimt en verwacht dat het product op jaarbasis meer dan € 2,5 miljoen zal omzetten, zal het CVZ naar alle waarschijnlijkheid een beoordeling starten. Voor nieuwe producten waarvoor geen notificatie is ontvangen, zijn wij eerder geneigd het zekere voor het onzekere te nemen en registratiehouders uit te nodigen een dossier in te leveren. Wij gaan een tental van dergelijke beoordelingen uitvoeren.

4) Bij de initiële beoordelingen van intramurale geneesmiddelen zoekt het CVZ een nieuwe balans tussen het vragen om uitkomstenonderzoek en het afspreken van andersoortige toegangsarrangementen. Een enkele maal kan een combinatie van deze twee aan de orde zijn. Als partijen elkaar beargumenteerd kunnen overtuigen dat een uitkomstenonderzoek weinig bruikbare gegevens zal opleveren, is een gezamenlijke zoektocht naar andere oplossingen aangewezen.

5) VWS is van plan om in 2014 een tweetal pilots uit te voeren om voorwaardelijke toelating binnen het GVS mogelijk te maken. Het CVZ wil daar aan meewerken en gaat daarvoor ook tijd vrijmaken.

6) Het CVZ is druk bezig om het systeem van voorwaardelijke toelating van pakketinterventies die nog niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk te moderniseren en zo mogelijk breder toepasbaar te maken. Dus ook voor een aantal geneesmiddelen en/of advanced therapies de mogelijkheden te bezien. Momenteel kiezen registratiehouders nog niet vaak voor deze route, mede omdat men weet dat het budget hiervoor beperkt is.

#### 2.3.4 *Onderwerpen waarover in 2014 nieuwe informatie beschikbaar komt*

Bij enkele onderwerpen, waarover we in het verleden al een uitspraak gedaan hebben, wachten we op nieuwe informatie voordat we een herbeoordeling starten. Een voorbeeld hiervan is de Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM) bij zwangerschapswens en bij hypo-unawareness. Hierover verwachten wij dat in 2014 onderzoeksgegevens beschikbaar komen die wij mogelijk kunnen benutten bij een beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk.



### 3 Aanpak: werkwijze en samenwerking

Als pakketbeheerder heeft het CVZ verschillende instrumenten tot zijn beschikking. *Standpunten*, ook wel duidingen genoemd, maken duidelijk welke zorg precies tot het verzekerde pakket behoort. Zij berusten op uitleg van de wet en op onderzoek naar de effectiviteit van interventies. *Adviezen* aan de Minister van VWS gaan over inhoud, uitstroom of inrichting van het verzekerde pakket. Het zijn verkenningen van wat gewenst zou zijn in het licht van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Beide met als resultaat een verzekerd pakket dat up-to-date blijft met de actuele ontwikkelingen op het gebied van medische technologie, zorgbehoeften en maatschappelijke voorkeuren.

De onderwerpen die we geselecteerd hebben hangen soms ook onderling sterk samen. De langdurige zorg zal voor een groot deel lokaal worden georganiseerd, door gemeenten en eerstelijnszorgverleners. Er moet een samenhangend beleid zijn voor de ouderen en chronisch zieken die nu nog vanuit de AWBZ worden ondersteund. Dat heeft consequenties voor de inrichting van de eerste lijn. De burger in zijn thuisomgeving vormt het gemeenschappelijke vertrekpunt, maar de uitwerking van beide thema's verschilt. Voor de versterking van de eerste lijn kijken we vooral wat dit voor de professie betekent; de hervorming van de langdurige zorg bekijken we vooral vanuit systeem perspectief - welk wettelijk kader is het meest passend voor de gewenste zorg. Insteek bij een dergelijke systeembenadering is steeds hoe het wettelijk kader zijn weerslag heeft op het werk van de professional: draagt het bij aan een op de patiëntgerichte benadering? Belangrijk aandachtspunt voor het CVZ is dat de aansluiting van de verzekerde zorg op het gemeentelijk aanbod van zorg en diensten goed geregeld moet zijn.

Pakketbeheer gaat iedereen aan: patiënten, verzekerden, zorgverleners. Het CVZ wil inbreng van maatschappelijke partijen niet alleen in de eindfase van zijn rapporten organiseren, maar in alle stadia en op alle niveaus: bij agendasetting, bij wetenschappelijke en inhoudelijke toetsing, bij de maatschappelijke afweging van keuzes. Door alle meningen en belangen zorgvuldig tegen elkaar af te wegen dragen we bij aan een houdbaar zorgstelsel en uiteindelijk ook aan een betere gezondheid voor iedereen.

Bij de uitwerking van de onderwerpen besteden wij aandacht aan de financiële consequenties van onze standpunten en adviezen, door aan te geven welke kostenstijging dan wel kostenbesparing wij verwachten. Deze ramingen zullen wij in de jaren volgend op ons standpunt of advies blijven monitoren. Ook de uitvoeringsconsequenties nemen we mee in onze overwegingen; als bijvoorbeeld een nieuwe, nauw omschreven interventie veel controle vergt van de zorgverzekeraar kan dit reden zijn om het standpunt of advies anders te formuleren.

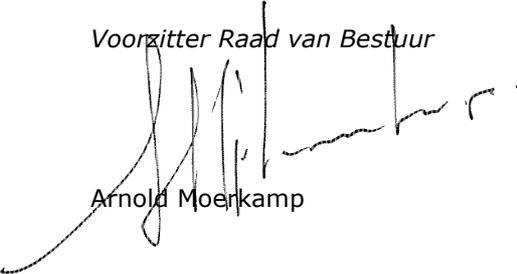


## 4 Hoe kunt u ons volgen?

Het CVZ heeft op zijn website een apart onderdeel ingericht voor pakketbeheer. Hier vindt u informatie over pakketbeheer, waaronder de onderwerpen Pakketbeheer 2014 ([www.cvz.nl/pakketbeheer2014](http://www.cvz.nl/pakketbeheer2014)). Op de webpagina van het Pakketbeheer staat informatie over de onderwerpen zoals eerder in dit document vermeld. De voortgang op alle onderwerpen kunt u op de website volgen. Per onderwerp wordt een dossierpagina aangemaakt. Hier kunt u zien hoe de onderwerpen precies worden opgepakt en welke partijen er in eerste instantie bij betrokken worden. Wanneer het dossier aangeboden wordt ter consultatie (technisch of bestuurlijk) dan zal dat op de dossierpagina vermeld worden. Tevens wordt het dossier dan opgenomen op de consultatie-agenda op de website. Afgeronde dossierrapporten worden op de website gepubliceerd en vermeld in de maandelijkse nieuwsbrief van het CVZ, waarvoor u zich kunt aanmelden via <http://bit.ly/1cMET8Z>.

### **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*



Arnold Moerkamp



## Bijlage 1

### Hoe zijn we tot de huidige onderwerpen gekomen?

Het selecteren van de onderwerpen voor het Pakketbeheer is een interactief proces geweest waar we partijen in de zorg op verschillende momenten bij hebben betrokken. Onderstaand in chronologische volgorde de verschillende stappen.

Stap 1. Bijeenkomst met partijen op 16 juli 2013 in de Zilveren Toren te Amsterdam. Deelnemers konden hun inbreng leveren door onderwerpen voor in- en uitstroom te noemen.

*Resultaat: 50 onderwerpen.*

Stap 2. Eerste analyse van de opgehaalde onderwerpen. We hebben alle onderwerpen in een tabel gezet en nagegaan in hoeverre ze al elders in het werkprogramma waren belegd, geclusterd konden worden, meer thuishoorden bij de kwaliteitsagenda, of pas in een later stadium aan de orde komen. **Zie bijlage 1.1.** Tegelijkertijd hebben we intern geïnventariseerd welke onderwerpen we graag zelf vanuit CVZ willen oppakken op basis van eerdere signalen. Dit leverde nog 4 onderwerpen op.

*Resultaat: nog 19 resterende onderwerpen.*

Stap 3. Nader onderzoek naar deze 19 onderwerpen: we hebben nagevraagd wat de actuele stand van zaken was en ingeschat of het zinvol was hier de komende tijd aandacht aan te besteden. In **bijlage 1.2** staat de risico-inschatting die we gemaakt hebben op grond van de risico's:

- hoge en/of oplopende kosten
- gevaar voor de toegankelijkheid van zorg
- signalen van niet gepast gebruik

*Resultaat: een lijst van 8 geprioriteerde onderwerpen.* Deze lijst is voor bestuurlijke consultatie voorgelegd aan partijen.

Stap 4. De geprioriteerde onderwerpen zijn opgenomen in het Pakketbeheer 2014, samen met andere onderwerpen die vanuit onze werkvoorraad doorlopen in 2014. We hebben het geheel van onderwerpen zoveel mogelijk thematisch geordend.

*Resultaat: Onderwerpen Pakketbeheer 2014*

## **Bijlage 1.1 Eerste analyse van de opgehaalde onderwerpen (stap 2)**

### **Wat gebeurt er (al) met de onderwerpen die genoemd zijn op 16 juli?**

Het werkprogramma van het CVZ wordt vanuit verschillende bronnen gevoed. De eerste 'bron' bestaat uit structurele taken (o.a. geneesmiddelenbeoordeling) en verzoeken van VWS, zoals uitvoeringstoetsen. De tweede bron is het risicogericht pakketbeheer, vooral gevoed door de inbreng van partijen. Daar gaat deze analyse over. Hier komen ook de onderwerpen terecht waar het CVZ zelf tegenaan loopt in de praktijk van het pakketbeheer. Tenslotte is er nog het programma Zinnig en Zuinig, dat als uitvloeisel van het Regeerakkoord een eigen systematiek zal kennen en waarvoor afzonderlijke financiering beschikbaar is gesteld. Zie bijlage 3 voor een schematische weergave van de verschillende onderdelen.

Deze analyse heeft alleen betrekking op de onderwerpen die partijen hebben ingebracht ten behoeve van het onderdeel Risicogericht Pakketbeheer. Onderstaand benoemen we een aantal hoofdlijnen die we uit het materiaal hebben gedestilleerd.

#### ***Onderwerpen voor de Kwaliteitsagenda***

Een aantal van de genoemde onderwerpen ligt meer in de sfeer van kwaliteitsbevordering dan van pakketbeheer. Omdat de agenda's voor pakket en kwaliteit in 2014 nog gescheiden worden opgesteld, zullen deze onderwerpen in eerste instantie vanuit de optiek van kwaliteit worden benaderd. Daarmee is niet gezegd dat er helemaal geen bemoeienis meer mee zal zijn vanuit de invalshoek pakketbeheer, maar wel dat het wenselijk is eerst naar kwaliteitsaspecten te kijken. De keuze voor de kwaliteitsoptiek betekent dat deze onderwerpen op de longlist voor de Kwaliteitsagenda komen, waaruit vervolgens een keus wordt gemaakt aan de hand van de daarvoor ontwikkelde prioriteringscriteria. Het betreft onder andere de psychische zorg bij ernstige somatische ziekten, en de indicatie van GLP-1 analogen bij diabetes.

#### ***Onderwerpen die samenhangen met de hervorming van de langdurige zorg.***

De langdurige zorg wordt in de toekomst opnieuw ingericht en de voorbereidingen zijn op dit moment in volle gang. Het CVZ verwacht de komende periode een aantal concrete vragen van VWS te krijgen op dit gebied. Naar verwachting zullen veel van de genoemde onderwerpen die hierop betrekking hebben, bij de beantwoording aan de orde komen. Voor zover dit niet expliciet wordt gevraagd, kunnen wij ze waar relevant wel betrekken bij de op te stellen adviezen. Zo niet, dan behoort afzonderlijke agendering op de agenda Risicogericht Pakketbeheer alsnog tot de mogelijkheden.

Het betreft de onderwerpen respijtzorg, regieverlies, wijkverpleging, toegang tot kern-AWBZ, thuisverpleging, thuiszorg op maat.

#### ***Onderwerpen die al belegd zijn***

Bij nadere bestudering van de lijst blijken sommige onderwerpen al in een of andere vorm op het huidige of toekomstige werkprogramma van het CVZ te staan. Deze hoeven dus niet opnieuw geagendeerd te worden, mogelijk zal hier en daar de vraagstelling enigszins kunnen worden aangepast. Het betreft (een deel van) de omschrijving van jeugd-GGZ, de medisch geïndiceerde circumcisie, de nieuwe geneesmiddelen voor MS, de afbakening van thuisverpleging met persoonlijke verzorging, en vervoer dat niet logisch deel uitmaakt van de behandeling.

### ***Onderwerpen die CVZ al heeft afgerond of waar VWS reeds over heeft besloten***

Over enkele van de genoemde onderwerpen is al een pakketbeslissing genomen of een standpunt geformuleerd. De rollator (uit pakket per 2013), de redressiehelm (valt vanaf bepaalde grenswaarden al onder de medisch specialistische zorg), dyslexie (gaat per 2015 uit het pakket) en ICD-stents (CVZ heeft hierover recent een standpunt geformuleerd) zijn hier voorbeelden van.

Bij andere onderwerpen is gevraagd om herziening van een eerder ingenomen standpunt of pakketbesluit, bijvoorbeeld maagzuurremmers (deze maatregel is een recent besluit van VWS; daarom niet op korte termijn oppakken). In het geval van standpunten zijn we nagegaan of er inmiddels nieuwe evidence beschikbaar was, maar kwamen in de meeste gevallen tot de conclusie dat de nu beschikbare informatie niet zou leiden tot herziening van het standpunt. Dit gaat om aanpassingsstoornissen, selectieve preventie, breukbanden en fysiotherapie voor bepaalde chronische aandoeningen.

### ***Thematische onderwerpen***

Door de aanwezigen zijn ook enkele onderwerpen met een meer algemeen karakter aangestipt. Zo is een paar keer de (on)mogelijkheid van bijbetalen genoemd indien verzekeren kiezen voor een interventie of hulpmiddel dat duurder is dan wat door de verzekeraar als adequaat wordt gezien. Bij onderwerpen op de agenda waar dat aan de orde is (begrenzing van basiszorg ten opzichte van niet-verzekerde zorg), zal het CVZ expliciet aandacht besteden aan de mogelijkheid van bijbetalen.

Een ander thema is dat van de stepped care. Stepped care in de zorg houdt in dat in het algemeen eerst eenvoudige interventies de voorkeur hebben, en pas als dit niet werkt, opgeschaald wordt naar een meer invasieve, duurdere of complexe behandeling. Het komt nog al eens voor dat de eenvoudige interventies niet onder het basispakket vallen, maar de complexere stappen wel. Dit vormt een ongewenste prikkel in de richting van duurdere zorg. Een op de bijeenkomst van 16 juli genoemd voorbeeld is het dotteren van beenvaten zonder dat er een gesuperviseerde looptraining is geweest. Dit is een onderwerp dat we op de lijst hebben geplaatst. Dit thema nemen we mee waar dit speelt bij concrete interventies. Het stepped care principe kan op verschillende manieren bevorderd worden, namelijk via richtlijnen en standaarden of, meer dwingend, via het al of niet (of onder voorwaarden) verzekeren van bepaalde stappen. Ook hier zullen we dit thema betrekken waar dat zinvol is, hetzij vanuit Kwaliteit, hetzij vanuit Pakket.

### ***De lange termijn***

Een aantal andere onderwerpen kan om diverse redenen pas op langere termijn, na 2014 in overweging worden genomen. Een voorbeeld vormen de lage rugklachten, waarvoor pas in 2016 de resultaten van een onderzoek onder voorwaardelijke toelating worden verwacht. Een ander voorbeeld is de jaarlijkse fundusscreening, waarnaar ook een onderzoek loopt dat pas na 2014 eindigt.

## **Bijlage 1.2. Nader onderzoek naar de geselecteerde onderwerpen (stap 3)**

### **1. Kraamzorg**

#### ***Reden waarom genoemd***

Dit zou een mogelijk uitstroomadvies kunnen worden. Kraamzorg voor iedereen is wellicht niet (helemaal) noodzakelijk te verzekeren. Als kanttekening is wel genoemd dat kraamzorg in bepaalde gevallen een belangrijke signalerende en ondersteunende functie heeft, vooral in risicogezinnen.

#### ***Achtergrondinformatie***

In 2007 waren er alarmerende berichten over de stijgende perinatale sterfte in Nederland t.o.v. de landen om ons heen. In 2010 publiceerde de *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte* het rapport *Een goed begin*. Kern van het advies in dit rapport is de noodzaak de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen de betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten. In 2011 is het College Perinatale Zorg opgericht dat de opdracht heeft deze adviezen uit te werken in samenwerking met de betrokken partijen.

Het rapport *Een goed begin* constateerde dat kraamzorg belangrijk is voor het signaleren en terugdringen van risico's in de thuissituatie. Daarnaast deed de commissie de aanbeveling de eigen bijdragen voor poliklinische bevalling (bevalling in een instelling zonder medische noodzaak) en kraamzorg af te schaffen. Deze aanbeveling heeft de Minister niet overgenomen, wel onderkende de Minister het belang van goede perinatale zorg. Terugdringen perinatale sterfte is dan ook een belangrijk speerpunt voor het departement.

Voor de toekenning van de kraamzorguren maken kraamverzorgenden gebruik van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (tot stand gekomen met ondersteuning van het CVZ). Met behulp van dit indicatieprotocol kan kraamzorg op maat geboden worden. Er is een minimum van 24 uur kraamzorg. Afhankelijk van de individuele situatie en eventuele risicofactoren kan dit oplopen tot maximaal 80 uur verdeeld over tien dagen.

#### ***Analyse***

De huidige aanspraak is al veel meer risicogericht en maatwerk dan voorheen. Door de samenhang van kraamzorg met de rest van de keten is overheveling naar de gemeente niet echt wenselijk. De perinatale sterftcijfers maken dit onderwerp kwetsbaar. Wij zien op dit moment geen meerwaarde in een pakketadvies over dit onderwerp.

#### ***Op de agenda?***

Dit onderwerp heeft geen hoge prioriteit voor de pakketagenda 2014.

### **2. Jeugd GGZ**

#### ***Reden waarom genoemd***

Er gaat een overheveling plaatsvinden van de gehele jeugdzorg (inclusief de Jeugd GGZ) naar het gemeentelijk domein. Om dit goed te laten plaatsvinden vinden partijen een goede omschrijving van de jeugd GGZ belangrijk.

### ***Achtergrond***

VWS heeft CVZ gevraagd om een uitvoeringsadvies uit te brengen over de kern-AWBZ. Specifiek is daarin gevraagd naar de geneesmiddelenzorg die nog onder de Zvw blijft vallen.

### ***Analyse***

Het is niet zeker of hier een vervolg op komt vanuit VWS.

### ***Op de agenda?***

Afhankelijk van hoe het wetsontwerp zich ontwikkelt kunnen we zelf zaken rond de JeugdGGZ agenderen. We plaatsen het op de agenda, maar dit pakken we niet als eerste op.

## **3. Verslavingszorg**

### ***Reden waarom genoemd***

De indruk bestaat dat er een (te) groot aanbod is van verslavingsklinieken, ook in het buitenland, en dat er grote prijsverschillen zijn die niet noodzakelijk een relatie hebben met de effectiviteit van het gebodene.

### ***Achtergrond***

Ook vanuit de politiek zijn vragen gerezen over de kosten en de kwaliteit van met name verslavingsklinieken. Het CVZ heeft een eerste verkenning uitgevoerd naar deze zorgvormen.

Over het zg Minnesotamodel heeft het CVZ gezegd dat dit een te verzekeren prestatie is als cognitieve gedragstherapie en/of medicatie niet blijkt te werken.

### ***Analyse***

Nader onderzoek lijkt wenselijk naar de kosten van deze zorg, en naar de indicatiecriteria voor klinische opname. Alcohol-en drugsverslaving zijn vergelijkbaar en kunnen in dit onderzoek betrokken worden. Eet-en gokverslaving hebben een ander karakter en behandelwijze en kunnen beter afzonderlijk bekeken worden. Risico voor betaalbaarheid, gepast gebruik en kwaliteit.

### ***Op de agenda?***

Dit onderwerp oppakken voor de deelgebieden alcohol- en drugsproblematiek. Toespitsen op klinische opname. Verbinding leggen met andere vormen van klinische opname.

NB over dit onderwerp komt een adviesverzoek van VWS. Dus (ook) als vast/verplicht onderwerp komt het in elk geval op ons jaarprogramma.

## **4. Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM) bij zwangerschapswens**

### ***Reden genoemd***

In 2010 heeft CVZ een standpunt uitgebracht waarin een beperkt aantal indicaties voor RTCGM in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket. Er zijn nu door partijen twee indicaties genoemd waarvan de RTCGM eveneens voor vergoeding in aanmerking zou moeten komen: RTGM bij hypo-unawarenes en RTCGM bij zwangerschapswens. De eerste indicatie is bij de verdiepende analyse van de groslijst gehaald; hier zien we geen nieuwe informatie die aanleiding zou geven tot een heroverweging.

### ***Achtergrond***

Het CVZ heeft al een standpunt voorbereid over de RTCGM in de preconceptionele fase. De NVOG heeft een onderzoek uitgezet om evidence te verzamelen. Het CVZ heeft zijn standpunt opgeschort tot er meer evidence beschikbaar is.

De Diabetesvereniging Nederland heeft in een reactie op de verdiepende analyse aangegeven dat het lopende onderzoek, de Glucomomstudy, gebruik maakt van achterhaalde technologie. Daarnaast is de glucosesensor in dit onderzoek slechts beperkt beschikbaar. De DVN verwacht kortom niet dat dit onderzoek betrouwbare resultaten zal opleveren en pleit voor onderzoek dat recht doet aan de mogelijkheden van hedendaagse technologie en behandelbeleid.

### ***Op de agenda?***

Dit onderwerp loopt al en CVZ is met partijen in gesprek. Voor 2014 verwachten we geen bruikbare nieuwe onderzoeksgegevens die tot een standpunt kunnen leiden. Niet op de agenda.

## **5. Versterken van zorg in de eerste lijn in relatie tot 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn: diverse onderwerpen**

### ***Reden waarom genoemd***

Diverse aanwezigen hebben aangegeven dat het versterken van de eerste lijn, c.q. zorg dichtbij huis, de komende jaren een belangrijke ontwikkeling zal zijn. Om de kosten beheersbaar te houden is het dan wel van belang dat er daadwerkelijk substitutie plaatsvindt vanuit de tweede en derde lijn naar de eerste lijn, en dat intensieve samenwerking met de gemeente tot stand komt. We scharen een aantal van de genoemde onderwerpen onder de noemer 'Versterken van de zorg in de eerste lijn'.

### ***Achtergrond***

De Minister heeft aangegeven dat het versterken van zorg dicht bij huis een belangrijk speerpunt van het regeringsbeleid is. Dit heeft al gestalte gekregen in de hervorming van de langdurige zorg en de jeugdzorg, de nieuwe invulling van de rol van gemeenten (WMO) en de wijzigingen in de regelgeving rond de GGZ. Gevolg van al deze bewegingen is onder andere dat de eerstelijns veel nieuwe taken krijgt. Daarnaast speelt de ontwikkeling dat ziekenhuizen zich meer en meer moeten gaan richten op concentratie van zorg en op de echte gespecialiseerde zorg. Ook dat geeft een beweging in de richting van de eerste lijn.

### ***Analyse***

Dit is eigenlijk een nogal groot onderwerp. Voor de agenda van 2014 is een keuze van wat kleinere, meer concrete onderwerpen aan te raden. We hebben ook gecommuniceerd dat we hier nog nadere keuze(s) in gaan maken. De volgende onderwerpen kunnen onder dit thema vallen (waarvan we sommige al in gang hebben gezet):

- Eerstelijnsdiagnostiek. In 2012 heeft de NZa een beleidsregel gemaakt met een prestatiebeschrijving van wat er onder eerstelijnsdiagnostiek valt. Hier kunnen tarieven op gebaseerd worden. Daarmee is een positiebepaling t.o.v. de tweedelijnsdiagnostiek mogelijk, met lagere kosten. Van niet al deze eerstelijnsdiagnostiek in de zin van de Wmg is de effectiviteit bewezen. Het CVZ kan een duiding uitvoeren om af te bakenen wat wel en niet onder de basisverzekering valt.

- Afbakening tussen eerste en tweede lijn. De Minister ziet substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerstelijns als een belangrijke kans om haar beleidsdoelstellingen te halen. Voor substitutie lenen zich ziektebeelden als COPD en hartfalen naast Diabetes Mellitus. CVZ wil verkennen wat verdergaande substitutie remt vanuit het perspectief van de verzekerde aanspraken Zvw en kwaliteit van zorg. Op basis van deze verkenning kunnen vervolgstappen worden gezet. In juni 2013 heeft het CVZ de Pakketscan COPD uitgebracht.
- Een verbijzondering van het onderwerp afbakening is de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde. In plaats van overdracht naar de eerstelijns zien we een forse volumegroei van de medisch specialistische revalidatiezorg op de indicatiegebieden bewegingsapparaat en chronische pijn. In juni is hierover een onderzoeksrapport verschenen (Tangram: Medisch Specialistische Revalidatie. Aanspraak en Praktijk *link?* ) CVZ stimuleert de totstandkoming van een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van pijn. CVZ wil in 2014 aandacht besteden aan de vraag of patiënten door gebrek aan passende zorg in de eerste lijn te snel terechtkomen bij de duurdere tweede en derdelijnszorg. Het stepped care model lijkt voor de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde niet optimaal te functioneren (risico kostenstijging, niet-gepast gebruik).
- Door partijen is de snurkpoli genoemd. Achtergrond bij dit onderwerp was ook hier dat dure tweedelijnszorg wellicht wordt ingezet waar een interventie vanuit de eerstelijns meer passend zou zijn. Deze vraag kunnen we ook stellen bij andere gespecialiseerde poli's. Het CVZ acht een nadere analyse van de zorg in de verschillende poli's wenselijk (inclusief duiding), gekoppeld aan een positioneringsadvies: bij welke indicatie hoort welke interventie.

### **Op de agenda?**

Op de agenda plaatsen we alle bovengenoemde onderwerpen: gespecialiseerde poli's (waaronder de snurkpoli), substitutie bij COPD, eerstelijnsdiagnostiek, stepped care in de revalidatiegeneeskunde (al in gang gezet),

## **6. Zelfmeting trombosewaarden/afbouwen trombosediensten**

### **Reden waarom genoemd**

Genoemd wegens de gedachte dat het niet efficiënt is om trombosediensten in stand te houden als steeds meer mensen zelf hun trombosewaarden gaan meten.

### **Achtergrond**

Trombosediensten zijn zelfstandige eerstelijnsorganisaties, opgericht om mensen met bloedstollingsproblemen te begeleiden bij het meten van bloedstollingswaarden en het doseren van medicatie. Het kan gaan om mensen met trombo-embolische aandoeningen die langdurig zijn aangewezen op deze begeleiding, maar ook om mensen die na een operatie tijdelijk risico lopen op bloedstollingproblematiek. Ruim een derde van de patiënten wordt thuis geprikt.

In 2010 heeft de IGZ een rapport gepubliceerd met de titel *Ketenzorg trombose niet sluitend*. De conclusie luidde:

*De trombosezorgketen beschikt over onvoldoende structuur. De schakels in de keten functioneren veelal als losse eenheden. Het ontbreekt aan geformaliseerde samenwerking gebaseerd op consensus over zorgproces en zorguitkomst. Hierdoor is er ook onduidelijkheid over de rollen en de verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartners.*

*Door organisatorische knelpunten is er meer kans op negatieve effecten van de zorg. Uitwisseling en overdracht van informatie, eenheid van behandelbeleid, registratie en analyse van complicaties, maar ook de bereikbaarheid van de trombosediensten voor patiënten en behandelaars zijn onvoldoende geborgd. Door deze verbrokkelde en niet goed functionerende keten lopen trombosepatiënten onnodig risico op vermijdbare gezondheidsschade.*

Naar aanleiding van dit rapport is in 2012 de Landelijke standaard ketenzorg antistolling verschenen, waaraan alle betrokken disciplines hebben bijgedragen. Op dit moment is niet duidelijk of de door IGZ gesignaleerde problemen zijn afgenomen en of de standaard al is geïmplementeerd.

### **Analyse**

Zelfmeting kan pas worden gerealiseerd na training en educatie. Ook na training blijft de trombosedienst fungeren als achterwacht. Voor tijdelijke risicopatiënten is zelfmeting niet zinvol omdat de trainingskosten niet opwegen tegen enkele bezoeken aan de trombosedienst.

Voor de door IGZ gesignaleerde problematiek lijkt pakketbeheer nu niet het meest adequate instrument. Mogelijk zijn er (nog) samenwerkingsproblemen of functioneren de trombosediensten niet optimaal, maar een pakketmaatregel in de vorm van afbouw van de trombosedienst is nu niet aan de orde. Naast zelfmeting (waarbij de trombosedienst de training verzorgt) zijn er ook de tijdelijke patiënten en de patiënten die thuis geprikt worden. Ook een eventuele duiding over de plaats van deze hulpverlening in de zorgketen lijkt niet opportuun nu er een gedragen standaard bestaat. Dit onderwerp leent zich meer voor agendering via de cyclische benadering, waarbij het zorggebied integraal onder de loep wordt genomen en alle relevante aspecten van pakketbeheer, kwaliteit, bekostiging en zorgorganisatie in samenhang worden ingezet.

### **Op de agenda?**

Dit onderwerp lijkt minder geschikt voor de Pakketagenda 2014.

## **7. Dotterbehandeling beenvaten**

Zie onderwerp 11 (gesuperviseerde looptraining bij claudicatio intermittens)

## **8. Snurkpoli's**

Zie onderwerp 5 (versterking eerstelijns).

## **9. IVF/IUI**

### **Reden waarom genoemd**

Dit onderwerp wordt vaak genoemd als het om inkrimpen van het basispakket gaat. In de Buitenhofronde van Minister Schippers is het vaak genoemd, en ook op de CVZ-bijeenkomst van 16 juli is het genoemd als mogelijke kandidaat voor een uitstroomadvies. De motivatie is dat het om een aandoening gaat met een lage ziektelast (als we al kunnen spreken van een aandoening en niet van een leeftijdsgebonden dysfunctionaliteit), en dat de aanspraak in Nederland vrij ruim is vergeleken met het buitenland.

**Achtergrond**

In 2010 heeft het CVZ een rapport uitgebracht over het maatschappelijk draagvlak voor deze behandeling. Met behulp van de Argumentenfabriek konden deelnemers aangeven in hoeverre ze IVF een noodzakelijk te verzekeren behandeling vonden. De Minister was in 2011 voornemens om de aanspraak voor IVF te beperken van 3 naar 1 behandeling. Vanuit het veld is toen een aantal alternatieven voorgesteld waarmee de bezuinigingsdoelstelling ook gehaald kon worden. Eén daarvan was het vaststellen van een leeftijdsgrens. In juni 2011 heeft het CVZ het rapport: Een leeftijdsgrens voor vruchtbaarheidsbehandelingen uitgebracht. Hierin wordt niet alleen voor IVF, maar voor alle vruchtbaarheidsbehandelingen een grens van 43 jaar geadviseerd. De Minister heeft dit voorstel overgenomen. De overige voorstellen, waarover het CVZ de 'Uitvoeringstoets alternatieven IVF-pakketmaatregel' heeft uitgebracht, hebben o.a. betrekking op het terugplaatsen van slechts 1 eikel tegelijk (wanneer de vrouw jonger dan 38 jaar is), en het hanteren van een afwachtend beleid.

Volgens de eerste berichten heeft deze combinatie van maatregelen nog niet geleid tot de gewenste kostenbeheersing. In 2014 zal vastgesteld worden of de nagestreefde bezuiniging is gerealiseerd.

**Op de agenda?**

Het CVZ geeft er de voorkeur aan om de resultaten van de afspraken met partijen af te wachten en nu geen pakketadvies over IVF/IUI te entameren. Dit onderwerp kan eventueel wel in een later stadium opgepakt worden als de voorgestane bezuiniging niet wordt gehaald.

**10. Cure 2<sup>e</sup> lijn**

Zie onderwerp 5, versterken van zorg in de eerste lijn

**11. Gesuperviseerde looptraining bij Claudicatio Intermittens****Reden waarom genoemd**

Volgens alle (inter)nationale richtlijnen wordt claudicatio intermittens (etalagebenen) primair behandeld met gesuperviseerde looptraining. Het is een veel voorkomend symptoom bij perifeer arterieel vaatlijden, een aandoening die gepaard gaat met een sterk verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Claudicatio intermittens staat wel als indicatie op de chronische lijst fysiotherapie voor de duur van 1 jaar, de eerste 20 behandelingen zijn voor eigen rekening. De medisch specialistische behandeling, invasieve aanpak (vaatchirurgie) valt volledig onder de basisverzekering. Er is bewijs dat looptraining voor een deel van de patiënten niet alleen leidt tot uitstel maar ook afstel van invasieve vaatchirurgie. Met een pakketadvies zou een voorschakeling van looptraining kunnen plaatsvinden die zowel een betere zorg bewerkstelligt als een kostenbesparing.

**Achtergrond**

ClaudicatioNet is een netwerk van gespecialiseerde fysiotherapeuten en vaatchirurgen, met als doel de zorg voor patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (PAV) te optimaliseren. In 2012 is dit onderwerp voorgedragen voor de voorwaardelijke toelating binnen de setting van ClaudicatioNet met de bedoeling een kosteneffectiviteitsstudie te kunnen uitvoeren. Daarin zou gesuperviseerde looptraining vergeleken kunnen worden met invasief vaatchirurgische ingrepen. Dit voorstel is niet geselecteerd door de Minister voor de voorwaardelijke toelating.

### **Analyse**

Er is voldoende evidence voor de effectiviteit van gesuperviseerde looptraining. Dit is een kortdurende fysiotherapeutische interventie die (weer) zou kunnen instromen in de basisverzekering, als stepped-care behandeling. Overigens is deze interventie niet voor alle patiënten met PAV passende zorg: bij acute vaatafsluiting zal acute vaatchirurgie de noodzakelijke eerste stap blijven. Dit vereist deskundige indicatiestelling. Ook de Diabetesvereniging Nederland geeft aan dat voor diabetespatiënten het dotteren van beenvaten soms niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij neuropathie en voetulcera.

Dit onderwerp scoort hoog op alle punten van risicogericht pakketbeheer.

### **Op de agenda?**

Het is zinvol om dit voor 2014 te agenderen.

NB Dit onderwerp komt al aan de orde bij de Zinnig en zuinig-agenda, als onderdeel van het onderwerp Hart- en vaatziekten.

## **12. Fysiotherapie bij ernstige reumatoïde artritis**

### **Reden waarom genoemd**

Per 1-1-2012 wordt deze behandeling niet langer vergoed uit het basispakket. De KNGF pleit ervoor dit toch te vergoeden uit de basisverzekering

### **Achtergrond**

Het CVZ heeft in 2011 onvoldoende bewijs gevonden voor de effectiviteit van langdurige fysiotherapie bij deze aandoening. Op 12 september jl. heeft een gesprek plaatsgevonden met de KNGF en het Reumafonds, waarin zij aangaven dat fysiotherapie voor deze groep wel degelijk zinvol is. Daarnaast geven zij aan dat uit onderzoek van het Reumafonds zou blijken dat patiënten zich niet kunnen bijverzekeren door afwijzing door de verzekeraar of door te hoge kosten van aanvullende verzekeringen. CVZ heeft aangegeven dat een nader onderscheid tussen patiëntengroepen binnen de hoofdgroep reumatoïde artritis misschien op basis van eerder onderzoek mogelijk is. Met name voor diegenen die nooit gebruik hebben kunnen maken van de huidige nieuwe medicamenteuze behandelingen is er geen alternatief dan fysiotherapie. Afgesproken is dat zij nagaan welke (nieuwe) literatuur hierover bekend is. Als er nieuwe evidence blijkt te zijn zal het CVZ deze interventie voor die groep opnieuw beoordelen.

Reumatologen en revalidatie-artsen hebben aangegeven dat zij meer dan vroeger mensen met reumatoïde artritis zien die thuis zijn vastgelopen mede door onvoldoende fysiotherapie. CVZ zal met de KNGF, Reumafonds en de verenigingen van revalidatieartsen en reumatologen in gesprek gaan om dit signaal te verhelderen.

### **Op de agenda?**

Er is op dit moment (nog) geen aanleiding tot een heroverweging van ons eerdere standpunt/advies. CVZ blijft in gesprek met partijen. Op de agenda voor 2015, indien nodig eerder oppakken.

## **13 en 16. Maagzuurremmers bij polyfarmacie**

### **Reden genoemd**

Maagzuurremmers zijn twee keer genoemd. Als eerste was de vraag of het CVZ de beslissing van de Minister om maagzuurremmers niet langer te vergoeden, tegen het licht kon houden en mogelijk adviseren om deze maatregel te heroverwegen. De andere opmerking was meer specifiek: nagaan of maagzuurremmers opnieuw in het pakket kunnen worden opgenomen omdat ze voor deze patiënten nodig zijn om

schade aan de maagwand door andere medicatie te beperken.

**Analyse**

Het CVZ heeft bij beide vragen dezelfde overweging: deze middelen kennen lage kosten en kunnen goed voor eigen rekening komen. Een heroverwegingsadvies of een advies om een uitzondering te maken voor polyfarmaciepatiënten schatten we als weinig haalbaar in en, in het laatste geval, ook als weinig uitvoerbaar

**Op de agenda?**

Niet op de pakketagenda. Polyfarmacie wordt wel uitgewerkt in het kader van de kwaliteitsagenda voor 2013. CSO heeft hier aandacht voor gevraagd in zijn reactie op de verdiepende analyse die het CVZ op 30 augustus heeft toegestuurd, evenals voor multimorbiditeit en voorkómen van kwetsbaarheid bij ouderen.

## **14. Septumcorrectie**

**Reden waarom genoemd**

Mogelijk overbehandeling

**Analyse**

Is een onderwerp voor gepast gebruik.

**Op de agenda?**

Niet op de agenda

## **15. Logopedie-indicaties**

**Reden waarom genoemd**

Dit is genoemd als een mogelijk uitstroomadvies. Er heeft een forse kostengroei plaatsgevonden de afgelopen vijf jaar. In het CVZ-rapport over lage ziektelast zijn spraak/taalstoornissen aangemerkt als aandoeningen met een lage ziektelast.

**Achtergrond**

Voor een vergoeding ten laste van de basisverzekering dient de logopediebehandeling een geneeskundig doel te hebben (logopedische zorg). De behandeling moet gericht zijn op het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van het gehoor-, stem- of spraakorganen of het noodzakelijke reguleren van de ademhaling voor de stemgeving. Het aantal behandelingen voor logopedische zorg per jaar is niet beperkt in de Zvw.

Behandeling die niet onder logopedische zorg vallen, zoals dyslexie of taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid, worden niet vergoed.

Het CVZ heeft vragen ontvangen van verzekeraars en van de NVLF naar de interpretatie van beperkingen in de aanspraak Zvw. De aanleiding was de jaarlijkse groei van de uitgaven voor logopedie en de versterkte controle daarop door zorgverzekeraars.

**Op de agenda?**

Dit onderwerp is geschikt voor agendering pakketadvies gezien de snelle kostengroei, het rapport lage ziektelast en de voorgenomen overheveling van zorg voor zintuiglijk gehandicapten naar de Zvw in 2015.

## 17. Overheveling insulinepomp

### **Reden waarom genoemd**

Het CVZ heeft een standpunt uitgebracht over Afbakening hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg. Een aantal hulpmiddelen zoals de insulinepomp en toebehoren bij de vacuümpomp zouden volgens dit advies moeten worden overgeheveld van de hulpmiddelenzorg naar de medisch-specialistische zorg. Vanaf 1 januari 2014 worden de toebehoren bij de vacuümpomp en de hulpmiddelen voor thuisdialyse al overgeheveld. De overheveling van de insulinepomp is in voorbereiding. Gevraagd is of dit standpunt c.q. deze overheveling kan worden teruggedraaid omdat het gepast gebruik van zorg zou belemmeren en zou leiden tot verlies aan doelmatigheid en mogelijkheden om zorg op maat te vergoeden.

### **Achtergrond**

De Diabetes Vereniging Nederland heeft overheveling van de insulinepomp naar de ziekenhuizen ontraden, zij ziet hier een beperking van de keuzevrijheid van mensen met diabetes.

Over de insulinepomp loopt een implementatietraject. Partijen gaan een platform oprichten om tot een goede implementatie te komen.

### **Analyse**

CVZ ziet geen nieuwe informatie die tot herziening van het standpunt of terugdraaien van de maatregel zou moeten leiden. Partijen hebben aangegeven dat sprake is van hooggespecialiseerde zorg en dat deze geconcentreerd zou moeten worden in een beperkt aantal ziekenhuizen. Het onderbrengen van deze hooggespecialiseerde apparatuur in de DBC-systematiek is naar de mening van het CVZ de meest rationele keuze gezien de sterke samenhang tussen de behandeling en de complexe technologie.

### **Op de agenda?**

CVZ faciliteert de implementatie, maar partijen zijn nu vooral aan zet. Niet op de agenda.

## 18. Verblijf in de Zvw

### **Reden waarom genoemd.**

Dit punt is intern naar voren gekomen. Op diverse terreinen zijn vragen over de criteria voor klinische opname. De verslavingszorg is onder punt 1 al genoemd. De intramurale GGZ betreft een grote groep patiënten. De vraag is steeds wanneer de zorg beter intramuraal kan worden geboden in plaats van extramuraal en/of in de eerste lijn. Met de voorgenomen wijzigingen in de AWBZ vervalt ook kortdurend verblijf in de AWBZ (ZZP3 en 6) voor mensen die tijdelijk zijn aangewezen op zorg met verblijf zonder dat er een noodzaak bestaat tot intensieve geriatrische revalidatie. Dit betreft in 2013 grote aantallen patiënten.

### **Achtergrond**

Voor diverse situaties heeft het CVZ al in een standpunt verwoord wanneer een klinische behandeling aan de orde kan zijn: voor chronische voedselweigering en voor de eerstelijnsbevalling in een instelling. Ook voor (klinische) revalidatie en voor centra voor psychisch herstel heeft het CVZ standpunten ingenomen.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is per 2013 overgeheveld. In 2013 is aandacht gevraagd voor groepen patiënten die niet opgenomen hoeven te worden in het ziekenhuis maar wel in aanmerking zouden moeten komen voor intramurale GRZ. In opdracht van VWS wordt in 2013 gestart met onderzoek wat in 2014 kan leiden tot een vraag aan het CVZ.

### **Analyse**

Onnodige klinische opname geeft risico's voor de betaalbaarheid en ongepast gebruik. Het niet beschikbaar zijn van tijdelijke verblijfbedden biedt risico's voor gebrek aan kwaliteit van zorg thuis en onnodige inzet van zeer intensieve (kostbare) thuiszorg.

### **Op de agenda?**

Het onderwerp Verblijf meenemen bij de onderwerpen Verslavingszorg en Revalidatiezorg. Mogelijk wordt het onderwerp nog verbreed naar de GGZ en andere vormen van klinische opname in de Zvw.

## **19. Intramurale geneesmiddelen**

### **Reden waarom genoemd**

Dit onderwerp is intern naar voren gekomen. Beoordeling van extramurale geneesmiddelen (GVS) is een wettelijke taak. Het CVZ besteedt sinds 2012 ook risicogericht aandacht aan intramurale geneesmiddelenbeoordeling. Het CVZ verzorgt daarnaast een lijst van notificaties op de CVZ website. Dit is een hulpmiddel voor zorgverzekeraars om goed in te kopen.

### **Achtergrond**

Het CVZ heeft al een overzicht gemaakt van intramurale geneesmiddelen, inclusief een voorlopige risico-inschatting. Deze risico-inschatting is onder andere gebaseerd op budgetimpact: in eerste instantie krijgen vooral middelen met een verwachte omzet van meer dan 2,5 miljoen per jaar een hoge prioriteit. Dit overzicht zullen we de komende tijd nog nader onderbouwen en verder agenderen.

### **Analyse**

Prioritering van intramurale geneesmiddelenbeoordeling wordt de komende maanden verder uitgewerkt en zal in een later stadium met partijen worden gedeeld.

### **Op de agenda?**

Ja. Prioritering volgt



## Bijlage 2

### *Bestuurlijke reacties*

De volgende partijen zijn geconsulteerd:

1. ActiZ
2. Bogin
3. Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
4. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
5. Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
6. Consumentenbond
7. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
8. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
9. Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ)
10. Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
11. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
12. Orde van Medisch Specialisten
13. GGZ Nederland
14. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
15. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
16. Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
17. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
18. Nefarma
19. NVOS-Orthobanda
20. Revalidatie Nederland
21. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
22. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
23. Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
24. Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
25. Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)
26. DBC-Onderhoud
27. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
28. Platform VG
29. Landelijk Platform GGz
30. Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers, werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ)
31. Nederlandse Vereniging van Psychologen (NIP)

32. Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde
33. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
34. Diabetes Vereniging Nederland (DVN)
35. De Hart & Vaatgroep
36. Multiple Sclerose Vereniging Nederland
37. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)

Van de volgende partijen is een reactie ontvangen:

*CG-Raad en NPCF*

De CG raad en NPCF hebben kennisgenomen van de prioriteiten jaarprogramma pakketbeheer 2014. Anders dan in voorgaande jaren is de prioritering tot stand gekomen na een bijeenkomst met diverse veldpartijen. De inbreng die hier door verschillende partijen is ingebracht, zien wij terug in de voorgestelde . De onderwerpen die buiten de agenda zijn gelaten, vinden we voldoende beargumenteerd. Voor wat betreft de prioritering vinden wij het lastig een oordeel te geven. Wat voor ons wezenlijk is, is de insteek waarmee het CVZ de onderwerpen op de agenda oppakt. Wij willen dat pakketonderzoek inzichtelijk maakt of patiënten goede zorg ontvangen, waarbij het patiëntperspectief niet mag ontbreken. Vervolgens moet het gaan over hoe deze goede zorg in het verzekerde pakket geborgd kan worden.

CG raad en NPCF vinden dat het pakketbeheer zich moet richten de volgende elementen:

- Zorg die zinnig en nodig is moet onderdeel van het verzekerde pakket blijven;
- Eenvoudig waar het kan, duur waar het moet (stepped care/matched care);
- Gepast gebruik stimuleren en tegengaan van ondoelmatigheden;
- Functiegericht pakketbeheer, niet de aanspraak staat centraal maar de werking voor (specifieke) groepen (het koppelen van indicatie en interventie sluit hier op aan);
- Versterking van de eerstelijns, die aansluit bij hervorming langdurige zorg en het organiseren van zorg dicht bij huis.

Het spreekt voor zich dat we bij de uitwerking van de onderwerpen betrokken willen blijven en roepen wij op om de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiëntenorganisaties te benutten bij de nadere uitwerking van de onderwerpen op de pakketagenda en ook bij de onderwerpen die er nu niet op staan, maar mogelijke in de toekomst wel. Dit geldt in ieder geval voor de organisaties die in de bijlage (die wij separaat per mail toesturen) worden genoemd.

Tot slot willen wij een opmerking maken over deze nieuwe vorm van consultatie. Het is interessant om op deze wijze al tijdens de inbreng van reacties kennis te kunnen nemen van de meningen van de andere betrokken organisaties. Tegelijkertijd is het maar de vraag wat je met die informatie doet. Van gedachten wisselen met de deelnemers uit een linkedingroep zou kunnen bijdragen aan een nog meer gewogen standpunt. De praktijk is dat het al lastig is om tijdig een gewogen standpunt vanuit achterbannen te formuleren. Deze manier maakt de standpunt bepaling complexer. Daar komt bij dat de status van deze vorm van consulteren niet geheel helder is.

Oktober 2013  
Winy Toersen, NPCF  
Marijke Hempenius, CG-Raad

Bijlage 1: Reactie vanuit achterban op de voorgestelde prioriteitenlijst

Ad 2: Logopedie op lijst van prioritering

De NVVS en FOSS maken zich zorgen over het toevoegen van logopedie aan de mogelijke lijst voor uitstroomadviezen. Het vaststellen van een neurologische, dus medische, oorzaak bij taalstoornissen is niet eenvoudig. Bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis ligt de oorzaak in een neurologisch defect. De logopediebehandeling is voor deze groep adequaat en noodzakelijk. Het dient een geneeskundig doel. Voorkomen moet worden dat deze groep ten onrechte wordt uitgesloten van logopedisch zorg als er verkeerde oorzakelijke conclusies worden getrokken. Wij verzoeken u bij de nadere uitwerking van dit onderwerp de inbreng van de NVVS en FOSS uitdrukkelijk te betrekken.

Contactpersoon: dhr. A. Verschoor – Foss, Houten

*Commentaar CVZ*

*Het onderwerp logopedie is door partijen genoemd als mogelijk uitstroomadvies, maar door het CVZ niet als zodanig opgenomen in het Jaarprogramma. Redenen voor het CVZ om logopedie te prioriteren zijn signalen uit het veld om de aanspraak te verduidelijken. Daarbij gaat het vooral om het verhelderen van de afbakening tussen spraak-/taalstoornissen en taalontwikkelingsstoornissen als gevolg van dialect of anderstaligheid.*

Ad 12: Fysiotherapie bij ernstige reumatoïde artritis

De NVHP (vereniging voor Hemofiliepatiënten) wijst er op dat ook voor hemofiliepatiënten de fysiotherapie is vervallen. Voor deze groep patiënten lijkt dit tot een opwaartse substitutie te hebben geleid, aangezien behandelaars nu eerder overgaan op het behandelen met stollingsfactor omdat mensen denken een bloeding te hebben, terwijl het dan dikwijls een ontsteking is. Een diagnose die juist de fysiotherapeut weet te stellen. De NVHP wijst erop dat de fysiotherapeut P. Klein het hemofiliebehandelcentrum van Creveldkliniek (UMCU) een onderzoek naar behandelresultaten is gestart. Wij verzoeken u de resultaten van dit onderzoek mee te nemen in uw overweging het onderwerp in 2015 al dan niet mee te nemen in de prioriteitsagenda.

Contactpersoon: mw. M. Sparnaay – NVHP, Nijkerk

*Commentaar CVZ*

*Het signaal van de NVHP is ons bekend. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek in het UMCU zullen wij bezien of die uitkomsten relevant zijn voor de prioritering in onze maatschappelijke agenda voor 2015. Voor de goede orde merken wij op dat wij inmiddels met de KNGF en de Reumabond overleg hebben gehad over de gevolgen van het schrappen van de chronische artritiden. De KNGF en de Reumabond onderzoeken op basis van beschikbare data of bewijs voor de effectiviteit van langdurige en intermitterende fysio- en oefentherapie beschikbaar is voor een deelpopulatie.*

Punt 19: intramurale geneesmiddelen

Ook de stollingsfactorproducten voor hemofiliepatiënten (hemostatica) worden intramuraal ingekocht (in de nabije toekomst door alleen de 8 universitaire centra).

De NVHP is in afwachting van een onderzoek en advies van de Gezondheidsraad (medio 2014) over de uitstroom uit de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (Wbmv), artikel 8. Ook wijst de NVHP op het belang van een goede inkoop en passende vergoeding rondom de hemostatica. Hemostatica zijn dure weesgeneesmiddelen. Het beleid voor de weesgeneesmiddelen dat op dit moment nader uitgewerkt wordt is voor de NVHP zeer belangrijk.  
Contactpersoon: mw. M. Sparnaay – NVHP, Nijkerk

#### Reactie Dwarslaesie Nederland

Graag maken wij gebruik van de mogelijkheid om onze wensen m.b.t. de prioriteiten voor het Jaarprogramma Pakketbeheer 2014 in te dienen.

- 1) Voor punt 8 uit de selectie en prioritering van het CVZ, revalidatiezorg, vragen wij aandacht voor de volgende twee punten:
  - a. Productstructuur 2013 in relatie tot behandeling dwarslaesie  
Per 1-1-2013 is voor alle revalidatiecentra in Nederland de tariefstelling gewijzigd en vindt bekostiging plaats met behulp van de DBC DOT structuur (spoor 2). Voor 2013 geldt voor diverse revalidatiecentra nog een overgangsregeling, waarbij zij gebruik kunnen maken van het vangnet. Het ziet ernaar uit, dat dit vangnet in 2014 niet meer van kracht zal zijn. In de 'oude situatie' (productstructuur 2012) krijgen de centra vooral betaald op basis van de hoeveelheid verpleegdagen en behandeluren. Met de nieuwe financiering krijgen de centra vooral in behandeluren en niet meer in verpleegdagen uitbetaald.

Deze nieuwe productstructuur leidt tot grote problemen bij de dwarslaesierevalidatie. Ons land kent 8 revalidatiecentra met een gespecialiseerde dwarslaesie-afdeling. De hiervoor geldende kwaliteitscriteria zijn onlangs vastgelegd in de Zorgstandaard Dwarslaesie (ZD) die wij met steun en instemming van relevante beroepsgroepen hebben vastgesteld (zie [www.dwarslaesie.nl](http://www.dwarslaesie.nl) voor meer informatie over de ZD en de 8 gespecialiseerde centra). Met deze 8 centra onderhouden wij intensieve contacten. Hierbij komen de knelpunten als gevolg van de nieuwe productstructuur steeds nadrukkelijker en concreter naar voren.

Om mensen met een dwarslaesie zo zelfstandig mogelijk thuis en in de samenleving te laten functioneren, is bij deze diagnosegroep vaak sprake van een klinische opname die maanden kan duren. De gemiddelde opnameduur voor een hoge dwarslaesie (niveau Thoracaal 6 en hoger) ligt tussen de 5-9 maanden, bij een lage dwarslaesie is dat 3-5 maanden. Deze opnameduur is het afgelopen decennium al fors gereduceerd. Verdere ligduurreductie bij een klinische opname betekent dat mensen met een dwarslaesie onvoldoende kunnen worden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijke terugkeer naar huis zo goed mogelijke maatschappelijke participatie. Hierbij moet gedacht worden aan elementaire ADL-vaardigheden, zoals zo zelfstandig mogelijk wassen, aankleden en eten, veilig transfers kunnen maken, adequate rolstoelbediening, kennis en vaardigheid voor blaas- en darmmanagement / continentiezorg, voldoende fysieke conditie opbouwen en behouden om overdag zonder bedrust toe te kunnen, kennis en vaardigheid nodig ter preventie van decubitus, etc.

De wijze waarop de nieuwe productstructuur intensieve behandeling met een relatief korte opnameduur beloont en een minder intensieve behandeling met een relatief lange opnameduur ontmoedigt, heeft onaanvaardbare consequenties voor de revalidatie van mensen met een dwarslaesie. Voor alle productcategorieën die voor deze diagnosegroep kunnen worden onderscheiden, geldt dat de daarvoor in de nieuwe productstructuur veronderstelde gemiddelde behandelintensiteit niet haalbaar is.

Naast bovengenoemde problemen geldt bij mensen met een dwarslaesie ook nog dat zij vaak een traject doorlopen dat geregeld belemmerd wordt door het optreden van secundaire problematiek (bijv. decubitus, urineweginfecties, luchtweginfecties, pijn). Hierdoor is de gemiddelde opnameduur vaak langer dan bij andere patiëntencategorieën die klinisch gerevalideerd worden. Inkorting van de opnameduur conform de nieuwe bekostiging, zal onherroepelijk leiden tot een verminderde kwaliteit van de revalidatie met een groter risico op secundaire complicaties. Revalidanten zullen daardoor vaker heropgenomen moeten worden met alle kosten en gezondheidsverliezen van dien.

Ook dreigt de poliklinische (na)zorg niet kostendekkend te kunnen worden geleverd. Mensen met een dwarslaesie hebben vaak vele aandachtspunten die aandacht van de revalidatiearts of het behandelteam vergen. Vaak wisselen problemen of aandachtspunten elkaar in de loop der jaren af: decubitus, toename spasticiteit, schoenaanpassingen, rolstoelaanpassingen, overgewicht, problemen met blaas- en darmmanagement, noodzakelijke aanpassing van voorzieningen thuis die ergonomische ondersteuning vergen, etc., etc. Hierdoor zijn de standaard regels niet haalbaar bij deze patiëntencategorie.

Een concreet voorbeeld ter nadere illustratie van onze zorgen, de behandeling van decubitus:

Iemand met een (oude) dwarslaesie en een decubituswond wordt volgens de geldende definities vooral verpleegd en bijna niet behandeld, terwijl de behandeling hier – zodra de wond gesloten is – voor een belangrijk deel bestaat uit gespecialiseerde verpleging die alleen door gespecialiseerde verpleegkundigen, werkzaam in de gespecialiseerde dwarslaesierevalidatiecentra, kan worden geleverd. Hier krijgt een revalidatiecentrum in de nieuwe bekostigingsstructuur vrijwel geen geld meer voor. Zodra de wond gesloten is, kan met opzitten en verder mobiliseren begonnen worden. Hiervoor moet iemand juist wel in een gespecialiseerd revalidatiecentrum terecht kunnen. Niet zelden gaat een ernstige decubitus ook gepaard met (verhoogd risico op) andere dwarslaesiespecifieke complicaties en ongemakken, die gespecialiseerde behandeling, verpleging en persoonlijke verzorging vereisen. Alleen gespecialiseerde RC's beschikken over de hiervoor vereiste voorzieningen en personeel met de hiervoor vereiste scholing en werkervaring. De revalidatiecentra kunnen vanaf 1-1-14 het opnemen van deze patiënten niet meer betalen. Wij vinden dit een rampzalige consequentie van de nieuwe bekostigingsstructuur.

Desgewenst kunnen wij bovenstaand voorbeeld aanvullen met andere concrete knelpunten, bijv. de behandeling van mensen met een dwarslaesie die beademd moeten worden en ernstige secundaire problemen hebben. Korthedshalve volstaan wij nu met bovenstaand voorbeeld.

#### Verzoek

Gezien de bovenstaande specifieke kenmerken van de doelgroep 'mensen met een dwarslaesie' is een heroverweging van de bekostiging met DBC spoor 2 noodzakelijk. De voorgaande productstructuur (2012) gaf iets meer financiële armslag om tegemoet te kunnen komen aan de specifieke kenmerken van deze doelgroep en nodigde meer uit tot het korter opnemen met een zo intensief mogelijke behandeling.

- b. Levering absorberende en afvoerende incontinentiematerialen (voorwaarden m.b.t. vergoeding van medische hulpmiddelen)

Wij ervaren bij de levering van beide categorieën incontinentiematerialen groeiende problemen.

- i. Bij de levering van absorberende materialen worden we steeds vaker geconfronteerd met zorgverzekeraars die de kosten hiervan steeds meer voor eigen rekening van de verzekerde laten komen. Hierbij wordt onvoldoende rekening gehouden met de medische noodzaak van deze medische hulpmiddelen voor deze patiëntencategorie en de bijzondere kenmerken van hun blaas- en darmproblematiek. Velen zijn dagelijks aangewezen op gebruik van (combinaties van) deze materialen, bijv. inleggers of luiers overdag en onderleggers 's nachts. De hiermee gemoeide kosten zijn voor velen niet zelf op te brengen en – belangrijker nog – het niet vergoeden van deze kosten doet geen recht aan de medische noodzaak, gezien de ernst van de dagelijkse blaas- en darmproblematiek van deze patiëntencategorie.
- ii. De levering van afvoerende materialen, bijv. intermitterende catheters of stomazakjes, komt steeds meer onder druk te staan door de bezuinigingen op medische hulpmiddelen en de verlaging van de zgn. dagprijzen. Met het nieuwe begrotingsakkoord is voor zorgverzekeraars een taakstellende bezuiniging op medische hulpmiddelen afgesproken van 145 miljoen, die het ergste doet vrezen. Wij dringen aan op veiligstelling van de vergoeding van de medisch noodzakelijke afvoerende incontinentiematerialen in voldoende aantallen per dag en van voldoende kwaliteit door voor bedoelde diagnosegroep een specifiek profiel op te stellen.

#### Verzoek

Wij bepleiten m.b.t. de levering van bedoelde medische hulpmiddelen een specifiek profiel voor 'mensen met een dwarslaesie, caudalaesie en spina bifida'. Dit doen wij in overleg met de werkgroep Spina Bifida van de gehandicaptenorganisatie BOSK.

- 2) Bij de punten 1 en 4 uit de selectie en prioritering van het CVZ vragen wij aandacht voor het volgende uit de eerder dit jaar vastgestelde Zorgstandaard Dwarslaesie (ZD). De ZD is tot stand gekomen met steun en instemming van relevante beroepsgroepen. Momenteel zijn wij in gesprek met het CVZ / Kwaliteitsinstituut i.o. om de ZD na 1-1-14 opgenomen te krijgen in hun 'Register'. Tevens zijn wij in bespreking met de grote zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland over de implementatie van de ZD c.q. het betrekken van de ZD bij hun zorginkoop. In het kader van de nieuwe productstructuur vragen wij hierbij tevens specifieke aandacht voor de nazorg voor mensen met een dwarslaesie, caudalaesie of spina bifida. Na de primaire revalidatie blijven er of ontstaan er namelijk in de loop van de tijd hulpvragen die gerelateerd zijn aan:
  - \* (nieuwe) secundaire stoornissen en ongemakken ten gevolge van de aandoening,
  - \* de preventie daarvan,
  - \* nieuwe vragen op het gebied van het dagelijks functioneren en ADL-hulpmiddelen.
 Dit geldt ook voor de specifieke problematiek en de benodigde zorg bij de ouder wordende mens met een dwarslaesie, caudalaesie of spina bifida. Ook in de nieuwe bekostigingsstructuur dient geprotocolleerde nazorg mogelijk te zijn.

Wij hopen dat deze punten een plaats krijgen in het Jaarprogramma en uiteindelijk ook gehonoreerd zullen worden in de bekostiging van revalidatiecentra, het verstrekkingenpakket en de voorwaarden voor vergoeding van medische hulpmiddelen.

Desgewenst zijn wij vanzelfsprekend graag tot nadere toelichting bereid.

Bij voorbaat hartelijk dank voor alle inspanningen om inwilliging van onze wensen mogelijk te maken.

Contactpersoon: Jos Dekkers- Dwarslaesie Organisatie Nederland, Voorburg

### *Commentaar CVZ*

*Allereerst willen wij Dwarlaesie Nederland complimenteren met de totstandkoming van de Zorgstandaard Dwarslaesie.*

*In de reactie staat de toekomstige bekostigingsstructuur centraal. Het CVZ heeft geen formele rol bij de vaststelling van de productstructuur Medisch Specialistische Revalidatie. Wij adviseren de patiëntenorganisatie om deze punten onder de aandacht te brengen van de NZa. De NZa is in samenwerking met DBC onderhoud verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de productstructuur. Wij delen het signaal dat ook na de acute fase medisch specialistische revalidatie beschikbaar moet zijn voor patiënten met complexe problemen als een dwarslaesie, caudalaesie of spina bifida. Wij zullen dit signaal meenemen in onze contacten met de NZa en ZN.*

*In de reactie zitten ook een tweetal zorginhoudelijke punten waar wij kort nader op in willen gaan.*

*De eerste vraag is welk deel van de behandeling van decubitus bij dwarslaesie valt onder de aanspraak medisch specialistische revalidatie. Dwarslaesie Nederland stelt dat vanaf 2014 opname in een revalidatiecentrum niet meer mogelijk is voor de indicatie dwarslaesie. CVZ is in overleg met de VRA, de vereniging van revalidatieartsen en Revalidatie Nederland. Wij zullen dit specifieke signaal met hen bespreken.*

*Het tweede aandachtspunt betreft de beschikbaarheid van noodzakelijke medische hulpmiddelen, te weten absorberende en afvoerende incontinentiematerialen. Wat betreft de aanspraken Zvw heeft een verzekerde recht op passende incontinentiematerialen, voor zover hij hierop redelijkerwijs is aangewezen. Wij adviseren Dwarslaesie Nederland over de invulling voor deze specifieke patiëntengroep in contact te treden met verzekeraars. Mochten er in individuele situaties problemen ontstaan dan is het altijd mogelijk een SKGZ geschil aan te gaan. Wanneer er sprake is van onduidelijkheid over de verzekerde aanspraken legt de SKGZ deze geschillen voor aan het CVZ voor advies.*

### *CIZ*

Namens het CIZ heb ik toegang gevraagd en gekregen voor de linkedin groep ' [Consultatie Jaarprogramma Pakketbeheer 2014](#)'.

Dit om de bestuurlijke reactie kenbaar te maken van het CIZ.

Kijkend naar de onderwerpen en discussie vind ik de reactie van het CIZ daarbij niet passen.

Het CIZ heeft geen bestuurlijke reactie op het nu voorliggende jaarprogramma. En dat hangt samen met het ontbreken van de onderwerpen die samenhangen met de hervorming van de langdurige zorg.

Met vriendelijke groet,

Rona Bosman  
Strategisch ondersteuner Inhoud en Onderzoek  
Centrum indicatiestelling zorg

*GGZ Nederland*

GGZ Nederland maakt graag gebruik van de gelegenheid om te reageren op het concept Jaarprogramma Pakketbeheer 2014 van het CVZ. Omdat onze reactie niet in z'n geheel te plaatsen is op de besloten Linked in groep omdat we de maximaal toegestane 4000 tekens overschrijden, stuur ik u onze reactie per mail. Onze reactie is tot stand gekomen in onderling overleg, ik heb er vanaf gezien deze in te korten. Dit geeft gelijk een beperking weer van deze vorm van consulteren. Vwb de evaluatie van deze wijze van consulteren willen we aansluiten bij de bevindingen van de NPCF en de CG-raad. Het kost tijd om een tijdige en gedragen reactie te formuleren. Met deze verzending een dag voor de deadline is geen constructieve onderlinge gedachtewisseling meer mogelijk en daarmee is de meerwaarde van deze werkwijze niet groot. Daarbij is de status van deze consultatie niet geheel duidelijk. Misschien is dit nog niet helemaal de vorm, maar voor het gegeven dat jullie zichtbaar naar buiten treden en veldpartijen intensief willen betrekken en daar een goede vorm bij zoeken hebben we zeker waardering!

Nu onze inhoudelijke reactie op uw voornemens voor 2014. Hierbij gaan wij in het bijzonder in op uw voornemens gericht op de jeugd-ggz en de verslavingszorg.

*Jeugd-ggz*

Gezien het verloop van het verloop van het debat in de Tweede Kamer en het aannemen van de Jeugdwet door de Tweede Kamer lijkt het ons van groot belang dat het CVZ het onderwerp jeugd-ggz in 2014 agendeert, voorafgaand aan de beoogde overheveling naar de gemeenten per 2015. U vermeldt in het exceloverzicht dat het CVZ gevraagd is om naar de rafels te kijken die overblijven in de Awbz en de Zvw. U geeft daarbij aan dat de rafels vooral de geneesmiddelenzorg betreffen. GGZ Nederland signaleert het risico dat het CVZ met de focus op geneesmiddelenzorg de focus te smal definieert. Er zijn meer afbakeningsaspecten dan alleen geneesmiddelenzorg tussen de Jeugdwet en de Zvw en Awbz.

Een aantal voorbeelden ter illustratie:

De ggz-zorg van de huisarts en de poh-ggz aan jongeren onder de 18 blijft onderdeel van de Zvw. De vraag is hoever de zorg van de huisarts/poh-ggz gaat en wanneer de zorg overgaat naar de Jeugdwet.

Bij een combinatie van somatische zorg (anders dan extramurale medicatie) en de ggz is de vraag of de zorg tot 18jaar onder de Jeugdwet of de Zvw valt. Bijvoorbeeld de ggz voor een kind met kanker, anorexia, de zorg na een suïcidepoging.

De aansluiting van de 'aanspraken' van 18- en 18+: wat te doen als de jeugdhulp en aanspraak in de Zvw niet op elkaar aansluiten?

Wij zijn van mening dat als het CVZ de jeugd-ggz onder de loep neemt, dat dit vanuit een breder perspectief moet gebeuren dan de geneesmiddelenzorg. Over deze onderwerpen wordt ook nagedacht binnen o.a. het landelijke Programma Stelselherziening Jeugdzorg (met activiteiten die worden opgepakt door de werkgroep jeugd-ggz). Het lijkt ons logisch dat het CVZ in haar adviestraject afstemming zoekt zodat er geen hiaten vallen én dubbel werk wordt voorkomen.

Een tekstuele opmerking betreft de informatie die vermeld staat bij 'achtergrond'. Hier wordt de kern-Awbz genoemd, waar naar ons idee jeugd-ggz wordt bedoeld?

### Verslavingszorg

Ook bij de verslavingszorg achten wij het van groot belang dat het CVZ bij de advisering rekening houdt met en aansluit op lopende ontwikkelingen. In het Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2017 is afgesproken dat er geen pakketingrepen worden gedaan. De afspraken in het bestuurlijk akkoord bepalen de komende jaren de inrichting van de ggz en de verslavingszorg. Centraal uitgangspunt daarbij is dat de zorg naar de patiënt toekomst en niet omgekeerd. In beginsel is sprake van ambulante hulp waarbij geldt 'ambulant als het kan, klinisch als het moet'.

Het CVZ geeft aan de focus te richten op de analyse van kosten van klinische opnames en de indicatiecriteria voor klinische opname. Wij attenderen het CVZ bij deze op relevante ontwikkelingen. De instellingen voor verslavingszorg, aangesloten bij GGZ Nederland, hebben in de afgelopen jaren veel energie gestopt in het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren. Dit programma heeft veel richtlijnen en protocollen opgeleverd, onderdeel daarvan zijn strenge indicatiecriteria voor opnames (protocol indicatiestelling en trajecttoewijzing, met indicaties voor klinische crisisopname, detoxopname, intensieve behandeling, rehabilitatie). Het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland is momenteel bezig met het visiedocument 'Naar een lange termijn visie op klinische capaciteit in de verslavingszorg'. Andere relevante documenten zijn de Canon Verslavingszorg uit 2012 en het recent verschenen visiedocument verslavingszorg van GGZ Nederland. Het is ons inziens van belang dat u bij de advisering over klinische opnames de aspecten als (somatische) comorbiditeit en dubbeldiagnose (psychiatrie en verslavingszorg) meeneemt. Graag gaan wij hierover met u in gesprek.

Voor wat betreft de kostenanalyse wijzen wij het CVZ er op dat hier sprake lijkt van overlap met recente NZa regelgeving (NR/CU-532) waarin is geregeld dat vanaf 2014 de kosten van de behandeling gedifferentieerd op de rekening vermeld moeten worden.

U richt zich in 2014 op eerste lijn. Hier staan nu geen ggz-onderwerpen bij. We attenderen u er op dat het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (voorheen LSKS) zich bezig gaat houden met eerstelijnszorg / diagnostiek. De CVZ-afdeling Kwaliteit zal terzijner tijd de kwaliteitsstandaarden ontvangen die door het KOG worden ontwikkeld. Mogelijk is al zinvol hier afstemming in te vinden.

Voor zover onze eerste inhoudelijke reactie op de voornemens van het CVZ. Wat we niet terugvinden in de agenda 2014 is de duiding medisch-niet medisch voor de zorg die verleend wordt door RIBW'en. Net als bij de transitie van de jeugdzorg is ook hier sprake van een transitie van de langdurende zorg en is ook hier bij voorafgaand aan de overheveling duidelijkheid nodig over wat de afbakening is van het verzekerde pakket.

Rest ons nog de algemene opmerking te maken dat wij groot belang hechten aan betrokkenheid bij alle adviestrajecten die de ggz betreffen, dit geldt ook het voorgenomen DSM 5-advies. Wij treden graag met u in overleg om u van verdere informatie te voorzien.

Met hartelijke groeten,

Djiewke Verseput  
Beleidsadviseur afdeling Kwaliteit en Verantwoording

### Commentaar CVZ

*In 2012 en 2013 heeft het CVZ rapporten uitgebracht over de GGZ. Hoewel niet expliciet aangegeven betreffen deze rapporten GGZ voor volwassenen en zijn we, mede na overleg met VWS, niet ingegaan op GGZ voor kinderen en jeugdigen. Volgend jaar zal dit, door de voorgenomen hervorming van de jeugdzorg, ook niet het geval zijn. Wel zullen we al naar gelang het onderwerp aandacht besteden aan zorg voor kinderen en jeugdigen en de beoogde nieuwe Jeugdwet.*

*Op 1 oktober 2013 heeft het CVZ in het kader van het advies over het concept wetsvoorstel Langdurige Intensieve Zorg in hoofdstuk 8 opmerkingen gemaakt over de Jeugdwet en aspecten van de jeugdhulp die raken aan de Zvw en/of de concept wet Langdurige Zorg.*

*De minister van VWS kondigt in haar brief van eind september 2013 aan het CVZ te verzoeken een onderzoek in te stellen naar verslavingszorg. Een brief hierover verwachten we nog. Bij de voorbereiding van een rapport over verslavingszorg willen we in een zo vroeg mogelijk stadium partijen en deskundigen betrekken. Inmiddels hebben al gesprekken plaatsgevonden, onder meer met vertegenwoordigers van het Netwerk Verslavingszorg van GGZ Nederland. Graag blijven we met GGZ Nederland en het Netwerk in gesprek over de voortgang van dit onderzoek.*

*Naast het onderwerp Verslavingszorg maken we graag gebruik van het aanbod tot overleg over de DSM-5.*

*Met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (voorheen LSKS) hebben eerste verkennende gesprekken plaatsgevonden.*

*GGZ Nederland wijst er op dat we volgend jaar geen aandacht besteden aan een duiding medisch-niet medisch voor de zorg die verleend wordt binnen beschermd wonen. Hier hebben we al aandacht aan besteed in ons rapport over de langdurige GGZ. Beschermd wonen op zich is per definitie niet-medisch. Naast beschermd wonen, in de toekomstige plannen voorzien in het kader van de Wmo, kunnen bewoners indien nodig een beroep doen op medische, geneeskundige zorg op grond van de Zvw, zoals dit nu ook het geval is.*

LHV

Hierbij mijn reactie op de analyse en risico-inschatting jaarprogramma pakketbeheer 2014.

Het betreft de punten 5, 13 en 16.

Betreft punt 5. Versterken eerste lijn in relatie tot tweede en derde lijn.

**Eerstelijnsdiagnostiek.** Er is veel werk verricht om tot een lijst eerstelijnsdiagnostiek te komen. Er zijn vele diagnostische verrichtingen uit bestaande lijsten gehaald die volgens de aanvragers niet tot de eerstelijns diagnostiek behoren. De lijsten zijn gebaseerd op richtlijnen van de beroepsgroepen betrokken bij het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek, zoals de *Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA ) rationeel aanvragen van laboratorium onderzoek (versie januari 2012), NHG standaarden en regionale afspraken rondom specialisten en huisartsen*. De lijst is gemaakt vanwege de bekostiging die gaat veranderen. Daarbij is ZN aanwezig geweest. Het gaan bepalen wat onder de basisverzekering behoort op basis van "effectiviteit " komt over alsof we de exercitie weer opnieuw gaan doen. Dit lijkt me niet wenselijk. Tevens is duidelijk naar voren gekomen dat er onderzoeken zijn die wel onder de aanvraag eerstelijns diagnostiek worden geschoven maar te maken hebben met het doortesten op basis van uitslagen van eerdere onderzoeken. Daar zit ook een probleem met de dubbele bekostiging, waar mogelijk wel de aandacht naar uit zou kunnen gaan.

### Commentaar CVZ

*Over de NZa-lijst met eerstelijnsdiagnostiek bestaan in de praktijk misverstanden. Deze lijst geeft aan welke diagnostiek binnen de eerste lijn gedeclareerd kan worden. Hiermee is niet gezegd dat deze diagnostiek ook altijd onder de basisverzekering valt. Deze vraag speelt vooral als er geen duidelijke onderbouwing of indicatieomschrijving is van de toegevoegde waarde van de diagnostiek binnen de eerste lijn. Dit punt speelt vooral bij de beeldvormende diagnostiek.*

*Beeldvormende diagnostiek, zoals de MRI-scan, behoort, in het algemeen gesteld, tot de basisverzekering. Het uitvoeren van deze diagnostiek in de eerste lijn heeft echter niet altijd een toegevoegde waarde. Het CVZ heeft in een standpunt aangegeven dat het in de eerste plaats kijkt naar de NHG-standaarden om te bepalen bij welke klinische vraagstelling er sprake is van deze toegevoegde waarde. In de praktijk blijkt hierover toch discussie te zijn. Aanbieders van MRI-scans menen vaak dat deze standaarden niet voldoende precies zijn over de vraag welke vorm van diagnostiek is aangewezen bij een specifieke vraag; zorgverzekeraars zijn vaak terughoudend op dit gebied en volgen dan de uitspraak van het CVZ naar de letter. Het CVZ wil graag op dit punt verheldering bieden. Het zou dan ook goed zijn om te inventariseren bij welke klinische vraagstellingen in de eerste lijn de meeste vragen liggen (vooral rond de inzet van beeldvormende diagnostiek), om vervolgens met betrokken partijen te onderzoeken wat er nodig is om de informatie te genereren die nodig is om de toegevoegde waarde hiervan in de eerste lijn te bepalen. Idealiter zal een richtlijn of standaard hieraan dan aandacht besteden. Indien de standaarden voldoende onderbouwd zijn is er voor het CVZ geen aanleiding voor een additioneel standpunt rond bijvoorbeeld de indicatiegebieden. In dat geval is er mogelijk een probleem op het gebied van gepast gebruik en zal het CVZ zijn energie richten op het bevorderen van gepast gebruik.*

**Substitutie:** U stelt voor onderzoek te gaan doen naar de remmende factoren voor wat betreft substitutie. Een remmende factor is dat substitutie geen aangetoonde bezuiniging in de tweede lijn heeft opgeleverd. Vervolgens overschrijden de huisartsen hun budget kader. Wat betreft de substitutie van tweede naar eerste lijn is het nodig en afgesproken dat de zorgverzekeraars ervoor zorg dragen dat ze aantonen dat de substitutie ook in de tweede lijn tot een bezuiniging leidt. Zie afspraken die de minister heeft gemaakt in het kader van het convenant eerste lijn 2014-2017:

Punt 11. "Indien de verzekeraar, bovenop de onder de punten 9 en 10 genoemde additionele groeiruimte voor substitutie, aanvullende afspraken maakt over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, zullen de daarvoor benodigde financiële middelen de gesubstitueerde zorg moeten volgen en zichtbaar gemaakt moeten worden in het onder punt 14 genoemde monitoringsinstrument, teneinde een macrobudgettaire overschrijding te voorkomen. Dat wil zeggen dat de uitgaven elders zichtbaar moeten dalen".

#### *Commentaar CVZ*

*Het CVZ is het eens met de LHV dat dit convenant zeker kansen biedt voor een verdere ontwikkeling van substitutie van tweede naar eerste lijn. Wij constateren daarnaast dat er op het niveau van het verzekerde pakket Zvw ook remmende factoren te onderscheiden zijn die verdergaande substitutie tegenwerken. Zoals gemeld zal het CVZ in 2014 op ziektebeeldniveau in ieder geval aandacht besteden aan specifieke remmende factoren bij COPD en hartfalen, twee ziektebeelden waarvoor meer substitutie mogelijk is dan op dit moment wordt gerealiseerd. Ook komt er onderzoek of versterking van mogelijkheden voor stepped care behandeling in de Zvw in bredere zin gepast gebruik van zorg kan versterken.*

**Snurk- en andere poli's:** We ondersteunen de gedachte dat er een nadere analyse komt om te bekijken of zorg vanuit gespecialiseerde poli's wenselijk is. Tevens stelt U voor te onderzoeken of de zorg geleverd door de genoemde poli's beter vanuit de eerste lijn kunnen plaatsvinden. Daarbij is aansluiting bij het aanbod beschreven in de toekomstvisie van de huisartsenzorg 2022 gewenst. Het aanbod wordt tevens mede bepaald door de randvoorwaarden die hiervoor worden gecreëerd.

#### *Commentaar CVZ*

*Het CVZ zal bij de uitwerking van dit agendapunt onder meer in overleg treden met de LHV. De aansluiting bij de toekomstvisie van de huisartsenzorg zal daarbij zeker aan de orde komen.*

Betreft punt 13 en 16: maagzuurremmers bij polyfarmacie.

De overweging dat deze middelen lage kosten kennen en goed voor eigen rekening kunnen en daarom buiten het pakket gehouden verbaast ons. Recent is aangetoond dat het gebruik van maagprotectie afgenomen is waarbij duidelijk een relatie met de vergoeding lijkt. Het aantal extra maagbloedingen dat in 2012 is voorgekomen als gevolg van geen adequate maagbescherming wordt geschat op 360. Naar schatting betrof ongeveer een kwart van deze maagbloedingen een gecompliceerde maagbloeding (Rapport IVM maagzuurremmer gebruik als protectie bij NSAIDS en ASA, oktober 2013). Daarnaast is er toch sprake van een m.i. inconsequent beleid. De overheid grijpt in via bijvoorbeeld de wetgeving (geneesmiddelenwet) om het aantal opnames op grond van medicatie problemen te verminderen (op basis van o.a. HARM) Hiertoe moeten er extra handelingen worden verricht waarvan het effect niet vaststaat en onderzocht is. Terwijl vergoeding van maagprotectie middelen duidelijk een aanzienlijk effect hebben. Op grond van het laatste rapport van IVM is een heroverweging m.i. wel op zijn plaats.

Met vriendelijke groet,  
Lisette Romijn

#### *Commentaar CVZ*

*Volgend jaar start in opdracht van het ministerie van VWS een onderzoek over medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames op basis van actuele gegevens. Daarin zal ook expliciet op het punt van het gebruik van maagzuurremmers worden ingegaan. Het CVZ wacht de resultaten van dit onderzoek af.*

*NDF*

Op 9 oktober jl. ontving de NDF het CVZ jaarprogramma pakketbeheer 2014, waarin omschreven wordt welke indicaties voor RTCGM in aanmerking komen voor vergoeding uit het basispakket. RTCGM bij hypo-awareness en RTCGM bij zwangerschapswens zijn daarbij respectievelijk opgeschort en uitgesteld. De NDF pleit er nadrukkelijk voor RTCGM voor deze twee groepen ondanks deze beslissing toch op de agenda te houden.

*Reden reactie*

Aanleiding voor dit schrijven is de beslissing van CVZ om RTCGM bij hypo-unawareness en RTCGM in de preconceptionele fase respectievelijk op te schorten en uit te stellen.

De eerste indicatie (hypo-unawareness) is bij de verdiepende analyse door CVZ van de groslijst gehaald omdat CVZ geen nieuwe informatie heeft gekregen die aanleiding zou geven tot een heroverweging. Wat betreft de tweede indicatie (preconceptionele fase) had CVZ al een standpunt voorbereid over de RTCGM in de preconceptionele fase. Een consortium van gynaecologen in Nederland heeft een onderzoek uitgezet om evidence te verzamelen. Het CVZ heeft daarom zijn standpunt opgeschort tot er meer evidence beschikbaar is.

De Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft in een reactie op dit onderzoek terecht aangegeven dat het lopende onderzoek, de Glucomomstudy niet alleen gebruik maakt van achterhaalde technologie (offline CGM en niet online RTCGM), maar ook dat de sensor slechts beperkt beschikbaar is tijdens de zwangerschap en dat de studie-opzet geen informatie geeft over het preconceptioneel gebruik. Net als de DVN verwacht de NDF dan ook niet dat dit onderzoek betrouwbare resultaten zal opleveren en pleit de NDF voor onderzoek dat recht doet aan de mogelijkheden van hedendaagse technologie en behandelbeleid. Ook vanuit Medtronic is een dergelijk geluid al naar CVZ gecommuniceerd.

De NDF sluit zich bij deze constatering aan en wil graag een voortrekkersrol op zich nemen in het vergaren van evidence, zowel voor RTCGM bij hypo-unawareness als bij een zwangerschapswens.

*Standpunt NDF*

De NDF is van mening dat het belangrijk is het gebruik van RTCGM zowel bij hypo-unawareness als in de preconceptionele fase op de agenda te houden voor vergoeding uit het basispakket. De NDF wil graag samen met CVZ exploreren hoe de NDF actief kan participeren bij het vergaren van evidence voor deze twee indicaties. Om verdere onderbouwing van beide aanvragen voor mensen met diabetes mellitus type 1 te bieden en de discussie binnen de pakketcommissie onderbouwd weer aan te kunnen zwengelen, ziet de NDF nu concreet twee mogelijkheden:

- literatuur-analyse specifiek op deze twee groepen gericht,
- eigen Nederlands onderzoek, uitgevoerd onder de paraplu van BIDON<sub>1</sub>

De NDF gaat zo snel mogelijk aan de slag met het uitwerken van de mogelijkheden om aanvullende evidence te vergaren en pleit er in de tussentijd nadrukkelijk voor dat deze twee groepen op de agenda blijven staan. De NDF wil graag zo snel mogelijk concreet met CVZ in discussie gaan over het vergaren van evidence en hoopt op die manier in gezamenlijkheid te komen tot een goed onderbouwd indicatiebeleid voor deze twee groepen.

Desgewenst zijn wij uiteraard graag bereid om onze reactie nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

**NEDERLANDSE DIABETES FEDERATIE**

Mw. dr. I. de Weerd, directeur

### *Commentaar CVZ*

*De agendering van het onderwerp RTCGM is door ons uitgesteld in afwachting van de resultaten van relevant onderzoek. Wij stellen het aanbod van de NDF om te helpen bij het vergaren van evidence daarom zeer op prijs. Op basis van de onderzoeksresultaten zullen wij, in overleg met NDF, DVN en de betrokken wetenschappelijke verenigingen, bekijken welke vervolgstappen op dit dossier kunnen worden gezet.*

### *Nefarma*

Ten aanzien van onderwerp 3 vraagt Nefarma zich af hoe de overheveling van geneesmiddelen van de 1e naar de 2e/3e lijn zich verhoudt tot het speerpuntbeleid van de minister om juist van de 2e/3e naar 1e lijn te substitueren. Met name zou het CVZ onderzoek moeten doen naar de toegankelijkheid van deze middelen voor patiënten in thuissituaties. Immers nu wordt een bekostigingsprobleem opgelost via een aanspraakbeperking voor verzekerden.

### *Commentaar CVZ*

*Het gaat bij de overheveling om middelen die medisch specialistische middelen zijn, dus geneesmiddelen die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist in de tweede lijn worden voorgeschreven. Middelen die gewoon door de huisarts kunnen worden voorgeschreven, worden niet overgeheveld. Een voordeel van de overheveling is dat de regie van de behandeling in één hand komt te liggen, namelijk het ziekenhuis. Dit komt de kwaliteit van de behandeling ten goede. Een andere reden voor overhevelen is een doelmatigere inkoop dan nu het geval is. Omdat een ziekenhuis de behandeling c.q. interventie uitvoert, kan het ziekenhuis ook bepalen hoeveel er ingekocht moet worden. De daadwerkelijke inkoop van de geneesmiddelen kan gedaan worden door de ziekenhuisapotheker, de polytheker of de openbare apotheek, dit afhankelijk van het ziekenhuis. Ziekenhuizen zullen grotere hoeveelheden van een geneesmiddel inkopen door de grotere populatie van patiënten, dan nu het geval is, hierdoor ontstaat een zogenaamde inkoopmacht, waardoor prijscompetitie kan ontstaan. Aflevering bij de patiënt thuis blijft mogelijk, ook na overheveling, indien dat nodig is. De minister van VWS laat de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt ook monitoren. Om die reden zal CVZ daar niet nog een gelijksoortige monitor naast starten.*

U geeft aan dat u wel intern bepaald heeft voor welke intramurale geneesmiddelen u aanvullende beoordelingen wilt in het kader van risicogerichtpakketbeheer, maar hiermee pas later naar buiten komt. Nefarma gaat ervan uit dat indien dit aanvullend onderzoek nodig is, het tijdstip T=0 dan ook opschuift tot het moment dat er overeenstemming is over de inhoud van het aanvullend onderzoek.

Jan Oltvoort

### *Commentaar CVZ*

*Het is inderdaad zo, dat het tijdstip T=0 wordt vastgesteld zodra er overeenstemming is over de onderzoeksopzet.*

## NVLF

Ten aanzien van onderwerp 3 wil ik namens de Nederlandse Vereniging van Logopedie en Foniatrie (NVLF) reageren.

Substitutie van de tweede naar de eerste lijn is voor de logopedie een bekend verschijnsel. Het is bij verschillende partijen bekend dat de NVLF zich grote zorgen maken over de verschuiving van financiering van deze zorg en de kostengroei van logopedie in de eerstelijnszorg.

Het komt steeds vaker voor dat ziekenhuizen of verpleeghuizen hun patiënten ook in de eerste lijn behandelen. Deze zorg wordt dan bijvoorbeeld bij de patiënt aan huis geleverd waardoor ouderen langer zelfstandig kunnen wonen of sneller uit het ziekenhuis ontslagen worden. Vanzelfsprekend is de NVLF een grote voorstander van de versterking van de eerstelijnszorg.

Maar meer behandelen in de eerste lijn betekent automatisch dat er meer voor logopedie wordt uitgegeven dus dat het budget voor logopedie daarmee groeit. Het aantal behandelingen neemt immers toe doordat er steeds meer logopedisten werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg. Behandelingen van logopedisten die werkzaam zijn bij een instelling die voorheen uit het budget van het ziekenhuis of het verpleeghuis werden betaald komt nu ten laste van logopedie in de eerstelijnszorg.

Namens NVLF wil ik ook reageren op de inhoudelijke onderbouwing van spraak- en taalstoornissen in de technische rapportage ziektebelasting.

Vergoeding van zorg voor een menswaardig bestaan en gelijke kansen

Het kunnen communiceren via gesproken taal is een unieke eigenschap van de mens. Een mondeling spraak- en/of taalprobleem (onverstaanbaarheid, beperkte woordenschat, incomplete en ongrammaticale zinnen) heeft directe negatieve gevolgen voor de menselijke interactie, het begrijpen en spreken van taal en lezen en schrijven. Er worden steeds hogere eisen aan taalvaardigheid gesteld in onze dagelijkse communicatie, het talige onderwijs, functie-eisen voor beroepen en de maatschappij die meer en meer schriftelijk communiceert via moderne media. De negatieve impact van spraak- en taalstoornissen is groot. Dit wordt bevestigd in wetenschappelijk publicaties die aantonen dat er sprake is van verminderd schoolsucces, lagere vervolgopleiding, meer werkloosheid, minder vriendschappen, minder liefdesrelaties en meer psychiatrische stoornissen bij kinderen en volwassenen met een taalstoornis (o.a. Conti-Ramsden, 2013; Clegg e.a., 2005; Snowling, 2008).

Speech problems – Spraakproblemen

De WHO definitie gaat over de uitspraak, de motorische uitvoering van taal.

Spraakproblemen hebben betrekking op het slissend uitspreken van een 's' tot volledige onverstaanbaarheid. Het afwijkend uitspreken van een klank zonder aanwijsbaar defect aan de mondmotoriek of articulatoren is een functioneel probleem. Een spraakstoornis wordt veroorzaakt door een medisch defect aan de articulatoren en vereist intensieve logopedische behandeling, meestal na een operatieve ingreep, bijvoorbeeld bij kinderen met een schisis. Deze (medische) spraakstoornissen vallen niet in de categorie lage ziektebelasting.

Speech problems – Taalproblemen

De NVLF vindt dat er een incorrecte vertaling is gemaakt van speech problems naar spraak- en taalproblemen/stoornissen. De WHO definitie gaat over de uitspraak, de motorische uitvoering van taal. Taal is het regelsysteem van klanken, woorden en zinnen dat een kind als vanzelf lijkt te ontwikkelen vanaf de geboorte en dat een volwassene moet leren om een vreemde taal te kunnen spreken. Dit gebeurt

onafhankelijk van de mondmotoriek en articulatieorganen. Het is een cognitief proces. De oorzaak van een taalontwikkelingsstoornis is neurologisch van aard. Het moge duidelijk zijn dat een spraak-taalstoornis heel iets anders is dan moeite met spreken zoals beschreven in de technische rapportage over de ziektelast.

#### Effectieve logopedische behandeling

Logopedische behandeling, spraak en taaltherapie bij kinderen, heeft een positief effect. Kinderen hebben door logopedie 90% meer kans om vooruit te gaan in taalvaardigheid dan zonder logopedische behandeling. Bij spraakstoornissen neemt de kans op vooruitgang door logopedie zelfs toe met 290% omdat hier nauwelijks spontane vooruitgang wordt gemeten (Broomfield & Dodd, 2011; Law e.a., 2013; Nelson e.a., 2007).

#### Voor en Vroegschoolse Educatie

Er worden jaarlijks miljoenen uitgegeven aan het voorkomen van taalachterstanden bij kinderen. Voor 2013 is hiervoor € 359 miljoen gereserveerd (Rijksbegroting 2013). De NVLF onderschrijft het grote belang hiervan. Het is voor ons echter niet te begrijpen dat er geïnvesteerd wordt in taalstimulering bij kinderen met laag opgeleide ouders en er gelijktijdig bezuinigd wordt in taaltherapie bij kinderen die vanwege een neurologische ontwikkelingsstoornis of andere medische oorzaak onvoldoende taalvaardig zijn.

Marliek Schulte

#### *Commentaar CVZ*

*Het CVZ heeft dit onderwerp geagendeerd om naar aanleiding van signalen uit het veld de aanspraak te verduidelijken. Daarbij gaat het vooral om het verhelderen van de afbakening tussen spraak-/taalstoornissen en taalontwikkelingsstoornissen als gevolg van dialect of anderstaligheid.*

*Daarnaast zien we dat de kosten van de logopedie van jaar tot jaar toenemen. Die ontwikkeling willen wij verder in beeld brengen.*

#### *NVOS-Orthobanda*

Esther Mik heeft eerder deelgenomen aan de bijeenkomsten en vanuit onze branche hebben wij reeds aangegeven ons te kunnen vinden in het pakketadvies 2014.

Deelname aan de Linkdin groep leek ons daarom overbodig voor 2014.

Mochten wij niet juist redeneren, laat mij dit dan gerust nog weten hoor.

Met vriendelijke groet,

Claudia Beers  
NVOS-Orthobanda

#### *Revalidatie Nederland*

Met deze e-mail reageert Revalidatie Nederland op uw brief van 9 oktober jl. waarin u ons heeft uitgenodigd voor een reactie.

Wij gaan er vanuit dat onze reactie nog kan worden meegenomen op 8 november bij de bespreking door de Adviescommissie Pakket.

Vanaf eind 2012 zijn Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen in overleg met het CVZ over de afbakening van de Medisch Specialistische Revalidatie. Deze gesprekken zijn nog niet afgerond. Zo vindt op 11 november vervolgoverleg plaats.

In uw documenten geeft u aan dat het stepped care model voor de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde niet optimaal lijkt te functioneren (risico kostenstijging, niet-gepast gebruik), gezien de volumegroei op de indicatiegebieden bewegingsapparaat en chronische pijn. Revalidatiezorg staat in uw prioriteitenlijst op nummer 8 wanneer u de volgende risico's in aanmerking neemt: hoge kosten/sterke kostenstijging, risico's voor de toegankelijkheid en signalen van ongepast gebruik van zorg.

Ons inziens rechtvaardigt de achtergrond bij de rapportage van Tangram, waarover wij zoals gezegd nog steeds in gesprek zijn met het CVZ, deze interpretatie niet. Althans, niet als het gaat om de medisch specialistische revalidatie zoals de leden van Revalidatie Nederland die leveren. Zoals meermaals aangegeven is er enerzijds sprake van doorontwikkeling van het vak revalidatiegeneeskunde, wat een verschuiving van doelgroepen tot gevolg kan hebben. Anderzijds is er sprake van een snelle groei van nieuwe aanbieders die onder de betaaltitel medisch specialistische revalidatie voornamelijk de doelgroepen behandelen die door u worden genoemd. Voor de goede orde, deze nieuwe aanbieders zijn geen van allen lid van Revalidatie Nederland.

Kortom, Revalidatie Nederland herkent zich niet in het geschetste beeld van ongepast gebruik en hoge kosten als het gaat over de medisch specialistische revalidatie zoals de leden van Revalidatie Nederland die leveren. Graag blijven wij daarover met u in overleg.

Met vriendelijke groet,

Namens Jannie Riteco,  
Directeur Revalidatie Nederland

Drs. Jeroen Smale  
Beleidsmedewerker

#### *Commentaar CVZ*

*Op het gebied van de chronische pijn en het bewegingsapparaat zien we vooral de nieuwe aanbieders, die geen lid zijn van Revalidatie Nederland, kosten genereren. Het CVZ wil in overleg met partijen, waaronder Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, bezien op welke wijze het gepast gebruik van de medisch specialistische revalidatie is te bevorderen.*



## Bijlage 3

### *Doorlopende activiteiten uit 2013*

Met een aantal pakketonderwerpen, grotendeels uit de categorie "risicogericht", is al in 2013 een start gemaakt en zal het resultaat in 2014 worden opgeleverd. Een overzicht van deze onderwerpen staat hier onder.

- Verpleging en persoonlijke verzorging naar Zvw (uitvoeringstoets)
- Chronische leerproblemen
- Grondslag verstandelijke handicap
- Dagbesteding
- Medisch noodzakelijk verblijf
- GGZ DSM5
- Obesitas bij kinderen (obesitas coach en implementatie ketenzorg)
- Kinderfysiotherapie
- Sportgeneeskunde (in hoeverre in basisverzekering)
- Afbakening hulpmiddelenzorg / medisch specialistische zorg insulinepomp (implementatie)
- Hoortoestellen (evaluatie-onderzoek)
- Contralum Ultra (hulpmiddel ter preventie van huidkanker bij risicopatiënten)
- Ernstige gebitsslijtage (vaststellen aanspraak bijzondere tandheelkunde)
- Gebits-implantaten
- Lipofilling techniek bij borstreconstructies (heroverweging huidige standpunt)
- Trans arteriële chemo-embolisatie (TACE) bij levermetastasen
- Cornea crosslinking keratoconus (update standpunt)
- Linker Ventrikel Assist Device (LVAD; steunhart)
- Varices (systematische review)
- Torische lenzen bij staarpatiënten
- Endo Barrier obesitas
- TMS en andere technieken bij tinnitus (update standpunt)
- Yttrium-90 radio-embolisatie bij levermetastasen
- Posterieure Lumbale Interbody Fusie (effectiviteit van minimaal invasieve versus open PLIF bij volwassenen met chronisch lage rugklachten)
- Transforaminale Lumbale Interbody Fusie (effectiviteit van minimaal invasieve versus open TLIF bij volwassenen met chronisch lage rugklachten)
- Multidisciplinaire behandeling tinnitus
- Medisch specialistische revalidatie
- Onderzoek Nederlands Astmacentrum Davos
- Juvenile morbide obesitas (derdelijns behandeling Heideheuvel Kliniek)