

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 713

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 mei 2016

In aanloop naar het AO Pakketbeheer van 16 juni aanstaande informeer ik u in deze brief over een aantal zaken, waaronder:

- de stand van zaken met betrekking tot de Regeerakkoordmaatregel Stringenter Pakketbeheer;
- de stand van zaken met betrekking tot de Voorwaardelijke Toelating;
- de wijzigingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2017;
- enkele voorbeelden van duidingen en pakketadviezen van het Zorginstituut.

Daarnaast wil ik u informeren over de voortgang met betrekking tot de Niet Invasieve Prenatale Test. Op dit moment ben ik nog in afwachting van het advies van de Gezondheidsraad over de vergunningsaanvraag voor de NIPT als eerste test. Ik verwacht dit advies voor de zomer. Daarna zal ik uw Kamer nader informeren. In het Algemeen Overleg afbreking zwangerschap van 3 maart jongstleden (Kamerstuk 30 371, nr. 31) heb ik uw Kamer al medegedeeld dat ik het ZIN om een advies zal vragen over het al dan niet opnemen van de NIPT in het basispakket. Ik verwacht dit advies medio 2017.

1. Stringent pakketbeheer

Het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut Nederland (ZIN) loopt sinds de zomer van 2013. Het Programma is inmiddels goed op stoom. De opbouw van de teams (bestaande uit onder andere medisch specialisten, huisartsen, data analisten, gezondheidseconomen en epidemiologen), de gebruikte methodiek, de externe onderzoeken en de intensieve samenwerking met de veldpartijen leidt tot een goede acceptatie van het Programma en tot vertaling van de analyse in gezamenlijke acties.

Na het signalement van knie- en heupprothesen bij artrose, heb ik u in 2015 de Systematische analyse nieuwvormingen en de Systematische analyse hart- en vaatstelsel toegezonden^{1 2 3}. Als bijlage bij deze brief stuur ik u de voortgangsrapportages knie- en heupprothesen bij artrose toe⁴. Een tweede voortgangsrapportage wordt rond de zomer verwacht.

Verder levert het ZIN voor de zomer de Systematische analyse Ademhalingstelsel op en voor het eind van dit jaar een zevental verdiepingssignalen die voortvloeien uit de eerdergenoemde Systematische analyses.

- Zinnige Zorg bij stabiele Angina Pectoris / Pijn op de Borst;
- Zinnige Zorg bij Perifeer Arterieel Vaatlijden / Cladictio Intermittens;
- Zinnige nacontrole van mensen behandeld voor borstkanker;
- Zinnige zorg in de laatste levensfase bij mensen met longkanker of darmkanker;
- Zinnig gebruik en toegankelijkheid van (dure) oncolytics;
- Zinnige nacontrole bij mensen met huidkanker;
- Zinnig gebruik van dure geneesmiddelen bij mensen met castratie refractair prostaatscarcinoom (mCRPC).

Zoals u weet is het doel van dit Programma het realiseren van opbrengsten, zowel in de zin van gezondheidswinst door zinnige zorg, als in financiële zin door lagere zorguitgaven. De verwachte opbrengsten rondom knie- en heupprothesen bij artrose (circa 49 miljoen euro) zijn meegenomen in het signalement en hiernaar wordt ook verwezen in het Overzicht financiële effecten rapporten Zorginstituut dat ik u recent toestuurd⁵. Na bestuurlijk akkoord met de sector medisch specialistische zorg (MSZ) is besloten dat een deel van de taakstelling stringent pakketbeheer (125 miljoen euro in 2017 en 150 miljoen euro in 2018 en verder) wordt afgeboekt van het beschikbare MSZ-kader. De rapporten van het ZIN in het kader van stringent pakketbeheer kunnen door veldpartijen in de MSZ worden gebruikt om deze taakstelling in te vullen. Het overige deel van de taakstelling stringent pakketbeheer slaat neer bij geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de hulpmiddelen.

De verdiepingsonderzoeken die in de loop van dit jaar nog verschijnen, dragen bij aan de kwaliteit van de zorg en zijn voor verzekeraars een belangrijke steun in de rug bij het maken van inkoopafspraken met zorgaanbieders.

2. Voorwaardelijke Toelating

Het ZIN zal in de zomer de jaarlijkse voortgangsrapportage over voorwaardelijke toelating uitbrengen. Daarnaast vindt op dit moment de eerder door mij aangekondigde gespreksronde met veldpartijen plaats over de werking en verbeterpunten voor het instrument voorwaardelijke toelating binnen de huidige systematiek (koppeling aan de Zvw). In mijn reactie op de komende voortgangsrapportage zal ik u een integrale terugkoppeling doen toekomen van de opbrengst van de gespreksronde en een verbeteragenda voor het instrument voorwaardelijke toelating.

Daarnaast is uw Kamer de afgelopen periode in diverse brieven geïnformeerd over de voorwaardelijke toelating van interventies dendritische celtherapie, autologe vet transplantatie bij borstreconstructie na borst-

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 532.

² Kamerstuk 29 689, nr. 613.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 620.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 692.

kanker, PTED, Fampyra en occipitale zenuwstimulatie bij medicamenteus onbehandelbare clusterhoofdpijn. Voor wat betreft nieuwe potentiële kandidaten heb ik heb besloten het advies van het ZIN van 23 september jongstleden 2015 op te volgen en de interventie sacrale neuromodulatie als potentiële kandidaat voor voorwaardelijke toelating aan te wijzen.

3. Wijzigingen in het basispakket per 2017

Plastische chirurgie en medisch noodzakelijke circumcisie

De aanspraak op plastische chirurgie in het Zvw-pakket is beperkt. Dit komt omdat in het verleden in veel gevallen geen onderscheid werd gemaakt tussen ingrepen die wel en ingrepen die niet medisch noodzakelijk waren. Een groot deel van de plastisch-chirurgische ingrepen was niet medisch noodzakelijk maar cosmetisch, maar werd toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd. Kortom, er werd niet de hand gehouden aan de geldende indicatiecriteria. Daarom is -nog in de periode van de Ziekenfondswet- de vergoeding van plastische chirurgie zoveel mogelijk beperkt tot ingrepen die uitsluitend medisch noodzakelijk zijn. Ingrepen die soms medisch noodzakelijk zijn maar vaak niet, zijn uit het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet verwijderd om te voorkomen dat ze toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd zouden worden. Ditzelfde gold bij de uitsluiting van de aanspraak op vergoeding van circumcisie. Met de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 zijn deze pakketbeperkingen ongewijzigd in het Zvw-pakket overgenomen.

In het kader van het Hoofdlijnenakkoord is met de medisch specialisten afgesproken dat zij meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik en dus beter gaan letten op welke ingrepen wel en welke niet medisch noodzakelijk zijn. Als de beroepsgroepen op een zorgvuldige wijze invulling geven aan gepast gebruik, wordt bereikt dat uitsluitend behandelingen die echt medisch noodzakelijk zijn ten laste van de Zvw worden gedeclareerd. Met het oog op gepast gebruik heb ik de plastisch chirurgen opgeroepen om met voorstellen te komen voor plastisch-chirurgische ingrepen die in het Zvw-pakket zouden kunnen worden opgenomen. Dan moet wel uitsluitend medisch noodzakelijke zorg van plastisch-chirurgische aard gedeclareerd worden.

In reactie op mijn oproep hebben een aantal wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zich gebogen over de vraag welke ingrepen zowel inhoudelijk goed zijn af te bakenen, als verzekeringstechnisch zodanig uitvoerbaar zijn dat opname in het Zvw-pakket mogelijk is. Betrokken partijen hebben in het najaar van 2015 aangegeven dat zij van mening zijn dat de volgende ingrepen zich mogelijk lenen voor pakketopname:

- borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst,
- ooglidcorrectie bij ernstige en objectiveerbare gezichtsveldbeperking,
- circumcisie om medische redenen.

Ik heb het ZIN op 5 november 2015 gevraagd te adviseren over de mogelijke opname van deze genoemde ingrepen in het Zvw-pakket en daarbij aan te geven wat hiervan de budgettaire gevolgen zijn. In reactie op dit verzoek heeft het ZIN mij op 31 maart 2016 geadviseerd om per 1 januari 2017 aan het te verzekeren basispakket van de Zvw toe te voegen:

- het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie indien sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van de bovenoogleden;
- het uitvoeren van een medisch noodzakelijke circumcisie.

Het ZIN schat dat de jaarlijkse kosten van deze uitbreiding van het basispakket circa 14,8 miljoen bedragen.

Gezien dit positieve advies van het ZIN zal ik deze genoemde ingrepen per 1 januari 2017 aan de te verzekeren prestaties van de Zvw toevoegen. Voor de bovenooglidcorrectie zal daarom het Besluit zorgverzekering worden aangepast. De wijziging van het Besluit zorgverzekering zal bij beide Kamers worden voorgehangen. De verruiming op de punten van de borstprothesen en de medisch noodzakelijke circumcisie zal via een wijziging van de Regeling zorgverzekering worden doorgevoerd.

Het ZIN is voornemens om een overleg te organiseren waarin partijen gezamenlijk de implementatie van deze pakketuitbreidingen nader met elkaar zullen afstemmen en zo veel mogelijk zullen concretiseren.

Fysiotherapie bij etalagebenen

Bij het Algemeen Overleg Pakketmaatregelen op 18 juni 2015 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer mijn aandacht gevraagd voor het onnodig gebruik van zware vormen van zorg dat mogelijk zou worden bevorderd door de inhoud van het verzekerde pakket. In dit verband werd als voorbeeld genoemd de fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen). Hiervan zijn de eerste 20 behandelingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet in het pakket van de Zvw opgenomen, wat tot ongewenste substitutie naar medisch-specialistische zorg -in dit geval vaatchirurgie- zou kunnen leiden.

Ik heb het ZIN in het licht van stepped care verzocht om een instroomadvies over de eerste behandelingen fysiotherapie bij claudicatio intermittens op te stellen. Dit rapport heb ik op 22 maart jongstleden aan uw Kamer gezonden⁶. Het ZIN concludeert in het rapport dat gesuperviseerde oefentherapie bij claudicatio intermittens bij perifeer arterieel vaatlijden in fase 2 Fontaine (voldoende) effectief is en voor die indicatie in de meeste gevallen de voorkeur verdient boven invasieve behandeling in de vorm van vaatchirurgie. Een effectieve therapie bestaat uit 29-46 behandelingen verspreid over een jaar. Het opnemen van 29-46 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie in de basisverzekering, waarbij ook de eerste twintig behandelingen worden vergoed, levert volgens raming van het ZIN een substitutie-effect op van 21,5 miljoen euro op jaarbasis. Bij deze raming is het ZIN uitgegaan van gemiddeld 37 behandelingen met deze gesuperviseerde oefentherapie.

Gezien deze uitkomsten zal ik de aanspraak oefentherapie bij claudicatio intermittens bij perifeer arterieel vaatlijden fase 2 wijzigen zodat met ingang van 1 januari 2017 bij deze indicatie aanspraak bestaat op 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie verspreid over een jaar. Hierbij zullen voor verzekerden van 18 jaar en ouder ook de eerste 20 behandelingen met deze gesuperviseerde oefentherapie ten laste van de Zvw worden vergoed. Ik zal een daartoe strekkende bepaling opnemen in de concept-amvb houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering. De aanspraak op fysio- of oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden fase 3 blijft per 1 januari 2017 ongewijzigd.

Ik verwacht dat met deze wijziging een stepped care benadering wordt toegepast bij de behandeling van claudicatio intermittens fase 2. Hiermee zal het aantal invasieve behandelingen door een vaatchirurg aanzienlijk worden verminderd en worden de kosten binnen de medisch specialis-

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 693.

tische zorg bespaard. Voordeel is bovendien dat patiënten niet onnodig worden blootgesteld aan operatieve ingrepen met alle risico's van dien.

Het ZIN heeft uitgesproken dat gesuperviseerde oefentherapie behandeling van claudicatio intermittens fase 2 in de meeste gevallen de voorkeur verdient boven vaatchirurgie. Nu oefentherapie bij deze indicatie vanaf de eerste behandeling met ingang van 1 januari 2017 als Zvw-aanspraak wordt geregeld, ga ik er vanuit dat zorgverzekeraars daarover actief met het veld in overleg gaan en behandeling met vaatchirurgie niet zomaar meer zullen vergoeden. Bij de inkoop van zorg zal hier door zorgverzekeraars in overleg met aanbieders dus ook rekening mee moeten worden gehouden.

Ik zal er bij partijen op aandringen om een zo doelmatig mogelijke vormgeving van deze gesuperviseerde oefentherapie te ontwikkelen. Hierbij kan er bijvoorbeeld aan gedacht worden dat in het begin van deze behandeling bij een patiënt gestart wordt met individuele behandeling en in het vervolg van de behandeling meer overgegaan wordt op vormen van groepsbehandeling of op de inzet van ehealth tijdens de behandeling. Zo is voorstelbaar dat in pilots wordt nagegaan wat de meest aangewezen vormgeving van deze oefentherapie bij deze afdiening is.

Mondzorg

Implantaatgedragen gebitsprothesen

Het Zorginstituut heeft op 30 juni 2014 het rapport over implantaatgedragen gebitsprothesen uitgebracht. Dit rapport heb ik u op 19 september 2014 doen toekomen⁷. In dit rapport heeft het Zorginstituut een aantal aanbevelingen gedaan om de kostenstijging als gevolg van oneigenlijk gebruik van deze vorm van verzekerde zorg terug te dringen. Een groot deel van de maatregelen ligt bij de sector (centralisering indicatiestelling, opstellen behandelrichtlijnen, betere regie en coördinatie van het behandeltraject). Een van de aanbevelingen betreft het aanpassen van de eigen bijdragenstructuur voor gebitsprothesen. Met wijziging van de eigen bijdragenstructuur is tot nu toe gewacht tot de sector zelf serieuze stappen (zoals bovengenoemd) heeft doorgevoerd. Ik heb uw Kamer in mijn brief van 15 juni 2015⁸ reeds meegedeeld dat ik per 1 januari 2017 de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese net zoals bij de normale gebitsprothese zal regelen als een percentage van de werkelijk gemaakte kosten.

Voor de implantaatgedragen gebitsprothese geldt in de Zvw een vaste eigen bijdrage van € 125 voor de onder- of bovenkaak, terwijl voor normale gebitsprothese een eigen bijdrage geldt van 25% van de kosten. Daardoor komt het in de huidige praktijk regelmatig voor dat een normale prothese voor de patiënt duurder uitvalt dan een (hoogwaardiger) implantaatgedragen prothese. Deze situatie is ongewenst.

In mijn brief van 15 juni 2015 heb ik bericht dat het uitgangspunt voor mij is dat de uiteindelijke kosten voor de patiënt in verhouding zijn met het verschil in complexiteit tussen beide prothesevormen. Het is daarbij niet per se noodzakelijk dat dit een en hetzelfde percentage is voor beide typen prothesen

Ik heb in overleg met het ZIN de effecten doorgerekend en stel de eigen bijdragen als volgt vast. Hierbij is uitgegaan van de gemiddelde prijzen

⁷ Kamerstuk 32 805, nr. 30.

⁸ Kamerstuk 32 805, nr. 41.

voor uitneembare prothetische voorzieningen⁹; voor deze voorzieningen is geen maximumtarief:

- voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak voer ik een eigen bijdrage van 10% van de kosten in;
- voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak voer ik een eigen bijdrage van 8% van de kosten in;
- voor de normale gebitsprothesen handhaaf ik de eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Met deze hiervoor genoemde eigen bijdragen voor de implantaatgedragen gebitsprothesen verdwijnt de huidige averechtse prikkel en worden de kosten voor de patiënt in verhouding gebracht met de complexiteit van de voor hem aangewezen prothetische voorziening. Ik zal dan ook per 1 januari 2017 de eigen bijdragen voor de implantaatgedragen gebitsprothesen op deze wijze vormgeven en daartoe de Regeling zorgverzekering wijzigen.

Daarnaast geef ik uitvoering aan een voorstel van het ZIN om ook voor reparaties en rebasing van gebitsprothesen een eigen bijdrage van 10% van de kosten in te voeren. Ik volg dit advies omdat het gaat om de normale onderhoudskosten waar de verzekerde zelf ook een verantwoordelijkheid heeft. Bovendien gaat het om beperkte kosten, waardoor de eigen bijdrage maximaal 45 euro bedragen. Deze eigen bijdrage voor reparaties en rebasings zal per 1 januari 2017 eveneens worden geregeld met wijziging van de Regeling zorgverzekering.

Fronttandvervangning

Verzekerden tot 18 jaar hebben onder omstandigheden recht op fronttandvervangning met implantaten. Dit recht bestaat wanneer blijvende snij- en of hoektanden niet zijn aangelegd of ontbreken als gevolg van een ongeval. Dit recht is omschreven in artikel 2.7, vierde lid, sub I van het Besluit zorgverzekering.

In de praktijk blijkt dat verzekerden eigenlijk geen gebruik kunnen maken van dit recht. De kaak is voor het 18^e levensjaar nog niet volgroeid en daarom ongeschikt voor het plaatsen van implantaten ter vervanging van gebitselementen. Wanneer de behandeling na het bereiken van het 18^e levensjaar wordt uitgevoerd heeft de verzekerde geen recht meer op fronttandvervangning met implantaten ten laste van de basisverzekering en komt een eventuele behandeling voor eigen rekening. Om de huidige aanspraak een effectieve aanspraak te laten maken wordt ervoor gekozen om verzekerden, indien een snij- of hoektand niet is aangelegd of voor het 18^e levensjaar in zijn geheel verloren is gegaan als gevolg van een ongeval, tot en met hun 22^e levensjaar recht hebben op deze (uitgestelde) behandeling.

⁹ Uitgaande van de gemiddelde prijzen voor uitneembare prothetische voorzieningen, heeft dit het volgende effect:

- De eigen bijdrage voor de meest voorkomende situatie bij de implantaatgedragen gebitsprothese, namelijk een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak plus een normale prothese voor de bovenkaak, wordt dan 300 euro terwijl die nu 275 euro bedraagt.
- De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak wordt dan 304 euro in plaats van de huidige 125 euro.
- Voor de eigen bijdrage voor de normale gebitsprothese (boven- en onderkaak) blijft dan even hoog als nu het geval is, namelijk 300 euro.

Implantaatgedragen gebitsprothesen voor zowel de boven- als onderkaak komen nauwelijks voor. Sowieso is het indicatiegebied voor implantaatgedragen bovenprothesen beperkt. Bovendien wordt deze meestal geplaatst tegenover een betande onderkaak.

Het gaat jaarlijks om ongeveer 400 verzekerden die een beroep doen op de fronttandvervanging met implantaten. De behandeling kost gemiddeld 3.400 euro. Op jaarbasis gaat het om een bedrag van 1.360.000 euro.

Verruiming mogelijkheden vrijstellen eigen risico

Om de kosten van zorg omlaag te brengen en doelmatig gebruik te stimuleren, kunnen zorgverzekeraars ervoor kiezen bepaalde zorg en diensten niet ten laste te brengen van het eigen risico. De grondslag hiervoor is artikel 2.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering. Zoals ik heb eerder benadrukt in mijn brief «Kwaliteit loont» moedig ik het gebruik van dit instrument aan.

De Hoge Raad heeft echter in een arrest van 6 november 2015¹⁰ geoordeeld dat de huidige regelgeving geen ruimte biedt voor het vrijstellen van eigen risico ten aanzien van door de zorgverzekeraar aangewezen dieetpreparaten. Dit komt omdat artikel 2.17, tweede lid, sub c van het Besluit zorgverzekering een limitatieve opsomming betreft («geneesmiddel en hulpmiddel») waar dieetpreparaten niet onder vallen. Gezien deze limitatieve opsomming kunnen dieetpreparaten volgens de Hoge Raad ook niet worden geschaard onder het tweede lid, sub a («aangewezen zorgaanbieder»).

Dit arrest heeft tevens gevolgen voor het vrijstellen van het eigen risico voor bepaalde door de zorgverzekeraar aangewezen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte programma's. Omdat in artikel 2.17, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering een aantal programma's expliciet wordt genoemd, kan worden betoogd dat overige, niet genoemde programma's buiten de reikwijdte van de gehele bepaling vallen. Hierdoor is nu alleen vrijstelling van eigen risico mogelijk voor programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Ten aanzien van alle andere programma's, bijvoorbeeld met betrekking tot dementie of incontinentie, heeft de zorgverzekeraar deze sturingsmogelijkheid juridisch gezien niet. Dat is een onbedoelde situatie.

Ik vind dat zorgverzekeraars het sturingselement breed moeten kunnen inzetten om zo doelmatiger zorg in te kopen. Het voordeel voor de verzekerde is dat hij er in de meeste gevallen financieel op vooruit zal gaan. Hij betaalt immers geen eigen risico. Van dit voordeel kunnen verzekerden nu geen gebruik maken.

Gezien bovenstaande zal ik artikel 2.17, tweede lid, onder b en c, van het Besluit zorgverzekering wijzigen. Hiermee worden de mogelijkheden voor het vrijstellen van eigen risico verruimd. Dit neemt overigens niet weg dat zorgverzekeraars bij de uitvoering (bijvoorbeeld via preferentiebeleid) rekening zullen moeten houden met het arrest van de Hoge Raad, waarin is benadrukt dat zorgverzekeraars hun verzekerden in elk geval een voldoende ruime keuze aan dieetpreparaten moeten bieden aangezien dieetpreparaten niet onderling uitwisselbaar zijn.

Vervoer groepen blinden en slechtzienden en rolstoelafhankelijke patiënten

Het ZIN heeft mij in zijn rapport in april 2014 geadviseerd om het zittend ziekenvervoer voor de groepen blinden en slechtzienden, rolstoelafhankelijke patiënten over te hevelen naar de Wmo 2015 per 1 januari 2015. In mijn reactie op dat advies heb ik uw Kamer laten weten het advies van het

¹⁰ ECLI:NL:HR:2015:3241.

ZIN nog niet over te nemen.¹¹ Mijn voornaamste reden hiervoor was dat het onzeker is of gemeenten voldoende in staat zijn om de randvoorwaarden voor de continuïteit van het zittend ziekenvervoer voor deze groepen op korte termijn te garanderen.

Ondanks dat ik de inhoudelijke argumenten van het ZIN om vervoer voor deze groepen over te hevelen naar de Wmo 2015 nog steeds valide vind, hevel ik het vervoer ook per 1 januari 2017 niet over naar de Wmo 2015. De transities zijn momenteel nog in volle gang, waardoor gemeenten te maken hebben met forse hervormingen. Ook in 2016 en 2017 zijn gemeenten nog volop bezig met verbeteren van hun nieuwe taken. Daarnaast zal het ZIN eind van dit jaar een advies opleveren over de extramurale behandeling. In dit advies zal het ZIN ook ingaan op het vervoer binnen de aanspraak extramurale behandeling. Dit advies kan ook effect hebben op de wijze waarop het vervoer voor de de groepen blinden en slechtzienden en rolstoelafhankelijke patiënten is ingericht. Totdat ik een definitief besluit heb genomen over dit advies blijft de huidige regeling zittend ziekenvervoer daarom ongewijzigd.

4. Duidingen en pakketadviezen van het Zorginstituut

Net zoals vorig jaar informeer ik u hier ook over verschillende duidingen en pakketadviezen die het ZIN in het afgelopen jaar heeft uitgebracht. Een volledig overzicht van het ZIN heb ik uw Kamer recentelijk toegezonden¹². Duidingen zijn rapporten waarin het ZIN aangeeft of bepaalde zorg voldoet aan het wettelijk criterium «stand van de wetenschap en praktijk» en dus onderdeel uitmaakt van het basispakket. Duidingen worden vaak uitgebracht op verzoek van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar, wanneer er onduidelijkheid bestaat over de vraag of bepaalde zorg mag worden vergoed. Pakketadviezen zijn adviezen van het ZIN om een bepaalde interventie in het pakket op te nemen of uit het pakket te halen.

Enkele voorbeelden van zorgvormen waarover het ZIN positieve duidingen of pakketadviezen heeft uitgebracht, zijn:

- Mechano-chemische endoveneuze ablatie (MOCA) door middel van ClariVein als behandeling van stamvarices;
- Genvoya[®], een combinatiepreparaat bestemd voor de behandeling van hiv-1 infectie bij mensen vanaf 12 jaar.

Daarnaast heeft het ZIN ook verschillende negatieve duidingen of pakketadviezen uitgebracht over zorgvormen. Deze maken dus geen onderdeel uit van het basispakket. Voorbeelden hiervan zijn:

- Langdurige antibiotica bij patiënten met persisterende niet specifieke klachten bij de ziekte van Lyme (Post-treatment Lyme disease syndrome (PTLDS));
- Antibacteriële verbandkleding met zilver, AEM 5772/5 of chitosan bij constitutioneel eczeem;
- Jinarc[®] voor het vertragen van de ontwikkeling van cysten en nierinsufficiëntie van een erfelijke nierziekte (ADPKD) bij een subpopulatie volwassenen met chronische nierziekte (CKD).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹¹ Kamerstuk 29 689, nr. 598.

¹² Kamerstuk 29 689, nr. 692.