

---

## **Verbetering van de criteria geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik voor afbakening van de doelgroep voor de Wtcg**

Auteurs:	L. van Erp S.Jongeneel-van Eck
Datum:	oktober 2009
Opdrachtgever:	Taskforce Wtcg Ministerie van VWS
Opdrachtnemer:	<b>De Praktijk</b> Postbus 136 6980 AC Doesburg
Tel.	0313 – 48 32 53

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Hoofdstuk 1: Inleiding .....	5
Hoofdstuk 2: Beschrijving van de Wtcg .....	7
2.1 De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.....	7
2.2 De afbakeningscriteria .....	8
2.2.1 Intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen .....	8
2.2.2 Gebruik van bepaalde hulpmiddelen .....	9
2.2.3 Opname in het ziekenhuis voor een bepaalde aandoening.....	9
2.2.4 Gebruik van fysiotherapie.....	9
2.2.5 Gebruik van revalidatiezorg in een revalidatiecentrum.....	10
2.2.6 Indicatie voor AWBZ-zorg .....	10
2.2.7 Huishoudelijke verzorging op grond van Wmo .....	10
2.3 Afbakening en recht op forfait .....	10
Hoofdstuk 3: Probleemstelling.....	12
Hoofdstuk 4: Definities .....	14
4.1 Definitie chronische ziekten.....	14
4.2 Definitie meerkosten .....	15
Hoofdstuk 5: Aanpak en werkwijze .....	16
5.1 Procesmatige aanpak.....	16
5.2 Projectorganisatie .....	16
5.2.1 Expertgroepen .....	17
5.3 Aanpak inhoudelijke afbakening .....	18
5.3.1 Top-down benadering .....	18
5.3.2 Bottom-up benadering.....	19
5.4 Integratie.....	21
5.5 Tijdpad.....	23
Hoofdstuk 6: Aanpak en bevindingen expertgroep ziekenhuiszorg.....	24
6.1 Werkwijze .....	24
6.2 Algemene uitkomsten.....	25
6.2.1 Toevoegen poliklinische en dagbehandeling .....	25
6.2.2 Kortdurende en acute aandoeningen .....	25
6.2.3 Toevoegen diagnoses ontbrekende specialismen.....	25
6.2.4 Constitutioneel eczeem en psoriasis.....	26
6.2.5 Artrose.....	26
6.2.6 Schildklieraandoeningen.....	26
6.2.7 Osteoporose .....	26
6.2.8 Dieetpreparaten.....	27
6.2.9 Migraine/clusterhoofdpijn .....	27
6.2.10 Jicht.....	27
6.2.11 (Lichte) Depressie .....	27
6.2.12 Glaucoom .....	28
6.2.13 Allergie.....	28
6.2.14 Obstipatie .....	28
6.2.15 Slaapaandoeningen.....	28
6.2.16 Decubitus .....	28
6.3 Voorstel diagnosecodes allergologie .....	29
6.4 Voorstel diagnosecodes cardiologie .....	29
6.5 Voorstel diagnosecodes radiotherapie .....	31
6.6 Voorstel diagnosecodes interventie radiologie.....	32
6.7 Voorstel diagnosecodes cardiopulmonale chirurgie .....	33
6.8 Voorstel diagnosecodes urologie.....	33
6.9 Voorstel diagnosecodes orthopedie .....	34
6.10 Voorstel diagnosecodes kindergeneeskunde .....	35
6.11 Voorstel diagnosecodes longgeneeskunde .....	37
6.12 Voorstel diagnosecodes keel-, neus en oorheelkunde.....	38
6.13 Voorstel diagnosecodes gynaecologie.....	39
6.14 Voorstel diagnosecodes gastro-enterologie.....	40

6.15	Voorstel diagnosecodes neurologie .....	41
6.16	Voorstel diagnosecodes inwendige geneeskunde .....	42
6.17	Voorstel diagnosecodes reumatologie .....	45
6.18	Voorstel diagnosecodes oogheelkunde .....	46
6.19	Voorstel diagnosecodes heelkunde.....	46
6.20	Voorstel diagnosecodes anesthesiologie .....	47
6.21	Voorstel diagnosecodes dermatologie .....	47
6.22	Voorstel diagnosecodes neurochirurgie .....	48
Hoofdstuk 7: Aanpak en bevindingen expertgroep geneesmiddelengebruik.....		49
7.1	Werkwijze .....	49
7.2	Algemene bevindingen.....	49
7.3	Algemene informatie ATC-systematiek.....	50
7.4	ATC hoofdgroep A: Maagdarmkanaal en metabolisme .....	51
7.4.1	A04: Anti-emetica.....	52
7.4.2	A07: Anti-diarree, intestinaal anti-inflammatoir / anti-infectie.....	52
7.4.3	A09: Digestiva.....	52
7.4.4	A10: Diabetes .....	53
7.4.5	A16: Overige maagdarmkanaal- en metabolisme geneesmiddelen .....	54
7.5	ATC hoofdgroep B: bloed en bloedvormende organen.....	55
7.5.1	B01: anti-thrombotica.....	55
7.5.2	B03: Middelen bij anemie.....	55
7.6	ATC hoofdgroep C: Cardiovasculair .....	56
7.6.1	C01: Cardiac.....	56
7.6.2	C02: Anti-hypertensiva .....	57
7.6.3	C03: Diuretica .....	57
7.6.4	C04: Perifere vasodilatantia .....	57
7.7	ATC hoofdgroep D: Dermatologica .....	57
7.8	ATC hoofdgroep G: Genito-urinair systeem en geslachtshormonen.....	58
7.9	ATC hoofdgroep H: Systemische hormonale preparaten .....	58
7.9.1	H01: Hypofyse- en hypothalamushormonen en verwante verbindingen .....	58
7.9.2	H02, H04, H05: Systemische hormonale preparaten m.u.v. insuline en geslachtshormonen.....	59
7.9.3	H03: Schildkliermiddelen.....	59
7.10	ATC hoofdgroep J: Antivirale middelen voor systemisch gebruik.....	59
7.10.1	J01 tot en met J04 en J07: Antibacteriële middelen, antimycotica en sera .....	59
7.10.2	J05: Antivirale middelen voor systemisch gebruik.....	59
7.10.2	J06: Immunoglobulines .....	60
7.11	ATC hoofdgroep L: antineoplasie en immunomodulerende stoffen.....	60
7.11.1	L01: Antineoplastische geneesmiddelen.....	60
7.11.2	L02: Endocriene therapie .....	61
7.11.3	L03: Immunostimulantia .....	62
7.11.4	L04: Immunosuppressiva.....	62
7.12	ATC hoofdgroep M: Skeletspierstelsel .....	63
7.12.1	M01: Anti-inflammatoire en antireumatische middelen .....	63
7.12.2	M03: Spierrelaxantia en M04: Jichtmiddelen .....	63
7.12.3	M05: Middelen bij botziekten.....	65
7.13	ATC hoofdgroep N: Zenuwstelsel.....	65
7.13.1	N03: Anti-epileptica.....	65
7.13.2	N04: Parkinsonmiddelen.....	66
7.13.3	N05: Psycholeptica en N06: Psychoanaleptica .....	66
7.13.4	N07: Overige middelen werkzaam op het zenuwstelsel .....	67
7.14	ATC hoofdgroep P: Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen.....	67
7.15	ATC hoofdgroep R: Ademhalingssysteem.....	67
7.16	ATC hoofdgroep S: Zintuiglijke organen .....	68
7.17	ATC hoofdgroep V: Overige therapeutische middelen.....	68
Hoofdstuk 8 Analyse voorstel versus witte vlekken .....		69
Hoofdstuk 9: Systematiek chronische groepen.....		72
9.1	Kenmerken chronische groepen.....	72
9.2	Indeling chronische groepen .....	73
9.3	Weging en recht op forfait .....	73
Hoofdstuk 10: Uitkomsten en resultaten.....		76

10.1 Berekeningssystematiek Vektis .....	76
10.2 Effecten op de afbakening.....	76
10.3 Effecten op de forfaits.....	78
10.4 Financiële effecten.....	79
Hoofdstuk 11: Aanbevelingen .....	80

## Hoofdstuk 1: Inleiding

Op 1 januari 2009 is de nieuwe Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in werking getreden. Met deze regeling wil het kabinet gestand doen aan de doelstellingen in het Regeerakkoord om de groep chronisch zieken en gehandicapten financieel te ondersteunen, zodat ook deze groep in staat is om zoveel mogelijk te participeren in het maatschappelijk leven en mee te doen.

Bij de behandeling van de Wtcg in de Tweede en Eerste Kamer is aan de orde gekomen dat de wet en met name de afbakening van de doelgroep van de wet nog verbetering behoefde. De wet is aangenomen en in werking getreden en tegelijkertijd is er een Taskforce verbetering afbakening Wtcg benoemd die de regering voorstellen moet doen voor het daadwerkelijk verbeteren en verfijnen van de afbakening zodat de wet de juiste personen binnen de maatschappij, namelijk chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten in het dagelijks leven, zal gaan bereiken.

De Taskforce kreeg een uitgebreid pakket aan te onderzoeken en uit te werken verbeteringen met zich mee, waaronder het doen van voorstellen ten behoeve van de verbetering van de afbakening van de doelgroep op het gebied van de criteria geneesmiddelengebruik en ziekenhuiszorggebruik. De Taskforce heeft de Praktijk verzocht dit onderdeel op te pakken en te komen met een voorstel.

Gedurende de periode juni tot en met september 2009 is er hard gewerkt om te komen tot een dergelijk voorstel. De bestaande systematiek werd geanalyseerd en voorstellen voor verfijning, verbetering en verbreding van de afbakening werden voorbereid. Inhoudelijk deskundige experts met wetenschappelijke status zijn benaderd en zij hebben deze voorstellen nauwgezet bestudeerd, bediscussieerd, gewijzigd en uiteindelijk geaccordeerd. Vervolgens heeft de Praktijk, daarbij ondersteund door de experts en door Vektis, een systematiek ontwikkeld voor de integratie en weging van beide criteria.

Dit alles heeft geleid tot een omvangrijk voorstel aan de Taskforce verbetering Wtcg voor de verbetering van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg, dat in dit rapport nader wordt beschreven.

## Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de huidige regeling en de werking van de huidige criteria en afbakening besproken. In hoofdstuk 3 wordt de probleemstelling nader uitgewerkt. Hoofdstuk 4 bevat een verantwoording van de gehanteerde definities en in hoofdstuk 5 wordt de aanpak, zowel procesmatig als inhoudelijk, toegelicht. De hoofdstukken 6 en 7 bevatten een gedetailleerde weergave en onderbouwing van het inhoudelijke voorstel, respectievelijk van de bevindingen van de expertgroep ziekenhuiszorg als die van de expertgroep geneesmiddelengebruik. In hoofdstuk 8 worden de voorstellen afgezet tegen de uitgevoerde witte vlekken analyse, in hoofdstuk 9 wordt het ontwikkelde systeem van chronische diagnosegroepen uitgewerkt en in hoofdstuk 10 komt de doorrekening van de effecten van alle voorstellen aan de orde. Het rapport sluit af met hoofdstuk 11, dat aanbevelingen aan de Taskforce bevat.

## Hoofdstuk 2: Beschrijving van de Wtcg

### 2.1 De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

Op 1 januari 2009 is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (verder Wtcg) in werking getreden. Deze wet is ingevoerd als vervanging van een deel van de aftrek voor buitengewone uitgaven in de inkomstenbelasting<sup>1</sup>, die voorheen door chronisch zieken en gehandicapten kon worden gebruikt om de hogere zorglasten als gevolg van hun ziekte of handicap te compenseren. In het Regeerakkoord is bij een groot aantal maatregelen specifiek naar deze groep gekeken, met name de koopkracht voor chronisch zieken en gehandicapten is voor het kabinet een belangrijk onderwerp. De regering wil dan ook chronisch zieken en gehandicapten financieel tegemoet komen, zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Zij worden immers geconfronteerd met extra kosten in vergelijking met andere groepen. Voorbeelden daarvan zijn extra stookkosten, vervoerskosten voor geneeskundige hulp of extra uitgaven voor kleding. De overheid kan niet alle meerkosten vergoeden, maar kan wel voorzien in een tegemoetkoming. Deze krijgt gestalte in de vorm van de Wtcg. Een belangrijk uitgangspunt voor het kabinet bij de uitvoering van de wet is dat de doelgroep geen ingewikkelde formulieren zou moeten hoeven in te vullen, maar dat deze geselecteerd zou moeten worden op basis van het zorggebruik. De achterliggende redenering daarbij is dat de intensiteit van zorggebruik een indicatie is voor het hebben van een chronische ziekte of handicap en daarmee ook voor de meerkosten.

In de Contourenbrief van 1 november 2007 heeft de regering de randvoorwaarden voor de Wtcg geschetst. Deze randvoorwaarden waren de volgende:

- De doelgroep moet zo goed mogelijk worden bereikt
- De compensatie moet zo gericht mogelijk zijn
- De regeling moet eenvoudig uitvoerbaar zijn
- De regeling moet budgettair beheersbaar zijn
- De regeling met voldoende rechtszekerheid bieden

In de definitieve vormgeving van de Wtcg<sup>2</sup> bleek dat het bij de afbakening van de doelgroep lastig was dat er geen gestandaardiseerde definitie van chronisch zieken en gehandicapten beschikbaar is en dat er daardoor ook geen registratie bestaat van personen die chronisch ziek of gehandicapt zijn. Wetende dat er geen gestandaardiseerde definitie voorhanden was, heeft

---

<sup>1</sup> De buitengewone uitgavenregeling als zodanig is afgeschaft en vervangen door een nieuw fiscaal vangnet

<sup>2</sup> Memorie van Toelichting Wtcg: Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 706, nr. 3

Vektis, in opdracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder VWS) een onderzoek uitgevoerd naar een methode om de doelgroep beter in kaart te brengen teneinde deze gericht te kunnen compenseren voor meerkosten als gevolg van gezondheidsproblemen. Het onderzoek van Vektis<sup>3</sup> toonde aan dat het mogelijk was om aan de hand van de door verzekerden (AWBZ en Zvw) gebruikte zorg een afbakening te maken van de verzekerden die geconfronteerd worden met meerkosten. Gebleken is dat bepaalde zorgvormen bepalend zijn voor het afbakenen van de doelgroep. Op basis van een aantal landelijke registratie is een selectie gemaakt van personen waarvan het zeker of zeer aannemelijk was dat zij tot de groep van chronisch zieken en gehandicapten behoorden. Vervolgens is de doelgroep verder uitgesplitst op basis van zorggebruik onder de aanname dat, naarmate het zorggebruik intensiever is, de kans groter is dat ernstige beperkingen aanwezig zijn.

## 2.2 De afbakeningscriteria

In het besef dat op grond van de beschikbare gegevens op het moment van invoering van de wet nog niet de optimale afbakening kon worden gemaakt en dat voor latere jaren een verfijning van de afbakening nog zou moeten plaatsvinden, heeft de regering besloten uit te gaan van de volgende afbakeningscriteria:

- 2.2.1 Intensief gebruik van (bepaalde) geneesmiddelen
- 2.2.2. Gebruik van (bepaalde) hulpmiddelen
- 2.2.3 Een opname in het ziekenhuis voor een bepaalde aandoening
- 2.2.4 Gebruik van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die voorkomt op de lijst chronische aandoeningen in het Besluit zorgverzekering
- 2.2.5 Gebruik van revalidatiezorg in een revalidatiecentrum
- 2.2.6 Een indicatie voor AWBZ-zorg
- 2.2.7 Gebruik van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo

### 2.2.1 Intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen

Voor het bepalen van het gebruik van geneesmiddelen van personen wordt uitgegaan van de Farmaceutische kostengroepen (FKG's). Deze worden gebruikt in het risicovereveningsmodel, dat wordt toegepast voor het verevenen van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars in de Zvw. FKG's zijn ontwikkeld als voorspellers van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Om ingedeeld te worden in een FKG moet een verzekerde minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor de desbetreffende ziekte voorgeschreven hebben gekregen. FKG's zijn ingedeeld in FKG-groepen op grond van de aandoeningen waarvoor de geneesmiddelen

---

<sup>3</sup> Compensatieregeling Chronisch Ziekten en Gehandicapten, Vektis, mei 2008



worden gebruikt. FKG's zijn in de Wtcg ingedeeld in twee groepen: lichte en zware FKG's. Deze indeling in licht en zwaar is niet één op één te relateren aan de last die mensen ondervinden van deze aandoening. De indeling in licht en zwaar in het FKG systeem zegt wel iets over de voorspellende waarde ten aanzien van zorggebruik met hoge kosten voor de zorgverzekeraar en de veronderstelde meerkosten van patiënten met deze aandoeningen.

De lichte FKG's hebben betrekking op glaucoom, schildklierandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara en hartaandoeningen. De zware FKG's, hebben betrekking op reuma, Parkinson, nieraandoeningen, hiv/aids, kanker, cystische fibrose, transplantatie, groeihormonen, ziekte van Crohn, aandoeningen van hersenen of ruggenmerg en epilepsie.

#### **2.2.2 Gebruik van bepaalde hulpmiddelen**

Het gebruik van hulpmiddelen is een aanwijzing dat iemand problemen met zijn gezondheid ervaart die tot meerkosten kunnen leiden. Dit is echter niet bij alle hulpmiddelen het geval. Het gebruik van bijvoorbeeld verbandmiddelen of gebitsprothesen is geen indicator voor meerkosten. Visuele en auditieve hulpmiddelen, prothesen en hulpmiddelen voor mobiliteit, stomamiddelen en incontinentiemateriaal zijn voorbeelden van hulpmiddelen die wel geschikt zijn als afbakeningscriterium. Dit geldt ook voor rolstoelen<sup>4</sup>.

#### **2.2.3 Opname in het ziekenhuis voor een bepaalde aandoening**

Als voorspeller van structurele hoge kosten voor de zorgverzekeraar zijn in het risicovereveningsmodel diagnosekostengroepen (DKG's) ontwikkeld. Deze DKG's geven informatie over ziekenhuisopnamen samenhangend met chronische aandoeningen. In tegenstelling tot FKG's, die elk naar een zelfstandige medisch homogene aandoeningengroep verwijzen, zijn DKG's clusters klinische DBC's die gegroepeerd zijn op zorgkostenklassen, niet op medisch inhoudelijke gronden.

#### **2.2.4 Gebruik van fysiotherapie**

Fysiotherapie en oefen-therapie worden in principe niet vergoed op basis van het wettelijk verzekerde pakket van de Zvw. Dit is anders voor verzekerden die een aandoening hebben, genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze verzekerden krijgen na de eerste negen behandelingen alle behandelingen vergoed.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering bevat een lijst van chronische aandoeningen waarbij langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefen-therapie nodig kan zijn. Verzekerden die dit vergoed krijgen uit het wettelijk verzekerde pakket, hebben aandoeningen waarvan aangenomen mag worden dat ze leiden tot meerkosten. De aandoeningen die op de lijst staan, hebben betrekking op het zenuwstelsel, het bewegingsapparaat en het

---

<sup>4</sup> Memorie van Toelichting Wtcg: Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 706, nr. 3

hart. Daarnaast wordt een aantal specifieke ziektebeelden genoemd, zoals lymfoedeem of tumoren in weke delen.

#### **2.2.5 Gebruik van revalidatiezorg in een revalidatiecentrum**

Ook als een verzekerde is behandeld in een revalidatiecentrum, is dit een indicatie voor meerkosten door gezondheidsproblemen. Daarom heeft een verzekerde die intramuraal of extramuraal is behandeld in een revalidatiecentrum, recht op een tegemoetkoming. Het gaat hier alleen over revalidatie in revalidatiecentra die bij ministeriële regeling worden aangewezen.

#### **2.2.6 Indicatie voor AWBZ-zorg**

Indien een verzekerde is geïndiceerd voor zorg die op grond van de AWBZ wordt verstrekt, is dit een signaal dat deze persoon beperkingen ondervindt: de indicatie geeft aan dat deze persoon bepaalde handelingen niet zelfstandig kan uitvoeren en hulp nodig heeft.

#### **2.2.7 Huishoudelijke verzorging op grond van Wmo**

Indien iemand in aanmerking komt voor huishoudelijk verzorging op grond van de Wmo, is dit ook een indicator dat deze persoon bepaalde handelingen niet zelfstandig kan uitvoeren. Anders dan bij de AWBZ, wordt niet de indicatie, maar het zorggebruik van huishoudelijke verzorging als criterium gebruikt. De achterliggende reden hiervan is dat er voor deze zorgvorm alleen beschikbare gegevens zijn over de geleverde zorg en niet over de indicatie. De bovengenoemde vormen van zorg zijn voor de regering een indicator om te bepalen of een verzekerde naar verwachting te maken heeft met structurele meerkosten.

### **2.3 Afbakening en recht op forfait**

De hoogte van de meerkosten is naar verwachting niet voor alle indicatoren gelijk. Daarom is in een algemene maatregel van bestuur geregeld dat verzekerden die naar verwachting hogere meerkosten hebben een hogere tegemoetkoming krijgen dan verzekerden die naar verwachting lagere meerkosten hebben. De indeling van de indicatoren is als volgt weer te geven:

***Groep binnen de afbakening, maar zonder recht op een forfait:***

1 of meer lichte FKG's; of  
gebruik van bepaalde hulpmiddelen: verbandmiddelen en protheses)

***Groep binnen de afbakening met recht op een laag forfait:***

1 of meer lichte FKG's + hulpmiddelen (m.u.v. verbandmiddelen en protheses); of

1 of meer zware FKG; of

1 of meer DKG's; of

fysiotherapie voor chronische aandoening; of

behandeling in een revalidatiecentrum; of

26 weken extramurale AWBZ-zorg (1-4 dagdelen per week); of

1 tot 10 uur per week huishoudelijke verzorging Wmo; of

meer dan 26 weken intramurale AWBZ-zorg

***Groep binnen de afbakening met recht op een hoog forfait:***

een combinatie van voorgaande criteria met uitzondering van een combinatie van extramurale AWBZ-zorg en Wmo huishoudelijke verzorging; of

meer dan 26 weken extramurale AWBZ-zorg (meer dan 4 dagdelen per week); of

meer dan 26 weken (meer dan 10 uur per week) Wmo huishoudelijke verzorging

## Hoofdstuk 3: Probleemstelling

Een belangrijk aandachtspunt dat bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede en Eerste Kamer aan de orde kwam, is de afbakening van de Wtcg. Volgens het parlement en kabinet is deze afbakening nog voor verbetering vatbaar. Daarom is er vanuit het kabinet een Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld die als taak heeft de afbakening van de doelgroep te verbeteren.

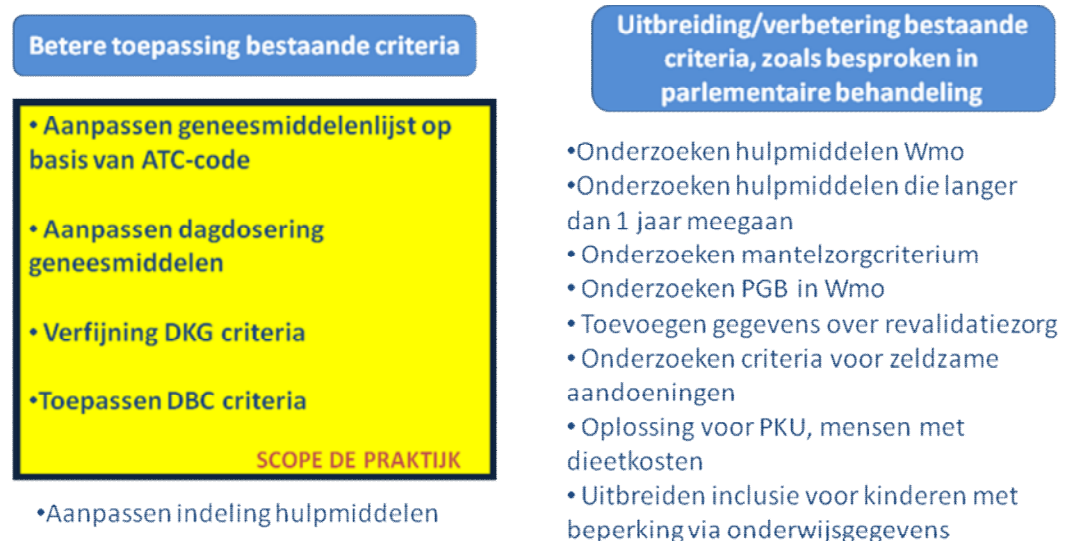
Het gaat er concreet om de afbakening te verbeteren door middel van het herdefiniëren van de criteria die dienen voor het selecteren/identificeren van de doelgroep op basis van het zorggebruik. Voor de korte termijn zijn er door de Taskforce twee concrete acties/methodes benoemd voor de curatieve onderdelen van de selectiecriteria.

Dit rapport handelt alleen over de verbetering van de afbakening waar het geneesmiddelengebruik en ziekenhuiszorg betreft.

De precieze opdracht luidde:

- Doe een door medisch experts gedragen voorstel voor een betere en meer verfijnde afbakening van de doelgroep voor de Wtcg waar het gaat om de criteria geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik
- Houd hierbij rekening met uitvoerbaarheid en ga uit van bestaande definities

Visueel is de opdracht van de Taskforce en de afbakening van het gedeelte waarover dit rapport handelt als volgt weer te geven<sup>5</sup>. De scope van de Praktijk is geel gemarkeerd:



<sup>5</sup> Een deel van de opdracht voor de Taskforce is belegd bij de Stuurgroep die zich richt op het onderzoeken van mogelijkheden binnen huidige registratie(s)

Ook de focus van de Praktijk kent zijn beperkingen. De Praktijk heeft de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden gehanteerd:

- Vanaf 2009/2010 wordt de registratie van DOT-zorgproducten in ziekenhuizen doorgevoerd. Deze zorgproducten zullen naar verwachting met ingang van 2011 de basis vormen voor de financiering van de ziekenhuiszorg en zijn een vertaling van de huidige DBC's. De Praktijk doet een voorstel in termen van DBC-diagnosecodes. Een afbakening van diagnoses in termen van DOT maakt geen onderdeel uit van dit project, en is in feite ook nog niet mogelijk omdat de DOT zorgproducten nog in ontwikkeling zijn.
- De Praktijk beziet in dit traject de extramuraal gebruikte geneesmiddelen en gestelde diagnoses in het ziekenhuis. Er bestaat geen landelijk dekkende registratie van aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Personen met een chronische aandoening die door de huisarts worden behandeld en geen geneesmiddelen gebruiken, blijven buiten de scope van dit onderzoek. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan een patiënt met diabetes die wordt behandeld met een combinatie van dieet en leefregels.
- Personen die GGZ-zorg ontvangen en niet worden gevonden door de criteria gebruik van AWBZ-zorg, geneesmiddelen of ziekenhuiszorg, blijven buiten de scope van dit onderzoek.
- De Praktijk voert geen wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp uit. Ter onderbouwing van de voorstellen wordt gewerkt met een raadpleging van experts met specifieke wetenschappelijke kennis op het terrein van chronische zorg en/of geneesmiddelengebruik.

De berekeningen van de uitkomsten en resultaten van de voorstellen door Vektis is afhankelijk van de kwaliteit, mate van compleetheid en beschikbaarheid van datagegevens uit bestaande bronnen, i.e. de databank met gegevens van verzekeraars.

## Hoofdstuk 4: Definities

De Praktijk heeft als uitgangspunt genomen dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de huidige Wtcg. Dit houdt concreet in dat bij het hanteren van de definities is aangesloten bij de definities die in de huidige wet worden benoemd en die voortkomen uit onderzoek van Vektis.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de definitie van de begrippen 'chronische ziekte' en 'meerkosten' aan de orde.

### 4.1 Definitie chronische ziekten

Al bij het opstellen en vormgeven van de Wtcg en andere regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten liepen beleidsmakers aan tegen het probleem dat er (wereldwijd) geen eenduidige definitie van het begrip 'chronische ziekte' bestaat. Na onderzoek naar de diverse in omloop zijnde definities, heeft Vektis (in haar rapport dat ten grondslag ligt aan de huidige Wtcg) ervoor gekozen uit te gaan van de volgende definitie:

“Een langdurige, ernstige aandoening zonder kans op herstel”<sup>6</sup>

Bij de operationalisering hiervan, heeft de expertgroep besloten aan te sluiten bij de verfijning van deze definitie die het CBS heeft aangebracht in het kader van het jaarlijkse POLS-onderzoek. De verfijning bestaat eruit dat de aandoening minstens 12 maanden moet duren om voor de titel 'chronisch' in aanmerking te komen.

De expertgroep heeft ingestemd met bovengenoemde definitie met aanscherping als basis voor het beoordelen van alle diagnoses voor ziekenhuiszorg- en geneesmiddelengebruik. De expertgroep ondersteunt echter het belang van het uitwerken van een aan meer beperkingen gerelateerde systematiek voor het bepalen van chronische ziekten, handicaps en de beperkingen die deze aandoeningen met zich meebrengen. De Taskforce Wtcg heeft mede als opdracht te onderzoeken hoe de Wtcg in de toekomst gebaseerd kan worden op systematieken als bijvoorbeeld ICF<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> De Klerk, 2000, pagina 16

<sup>7</sup> De International Classification of human Functioning (ICF) is een internationale, multiprofessionele classificatie voor het vastleggen van het functioneren van een persoon in het dagelijks leven en factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

## 4.2 Definitie meerkosten

Voor de definitie van het begrip meerkosten is eveneens uitgegaan van de definiëring in het rapport van Vektis. Er is een tweetal definities in omloop van het begrip 'meerkosten bij chronisch zieken en gehandicapten', Vektis heeft er om moverende redenen voor gekozen uit te gaan van de definitie van het Nivel (de ander definitie was die van het Nibud, het verschil in beide definities komt er grofweg op neer dat het Nibud ook kosten van recreatieve/sociale activiteiten includeert en het Nivel niet).

De definitie van meerkosten beslaat de volgende categorieën meerkosten:

### **Geneesmiddelgerelateerd:**

- Geneesmiddelen op recept
- Alternatieve geneesmiddelen op recept
- Geneesmiddelen zonder recept

### **Hulpmiddelgerelateerd**

- Hulpmiddelen en aanpassingen
- Verbandmiddelen

### **Algemene kosten dagelijks leven**

- Extra kosten voor voeding en/of dieet
- Extra kosten voor kleding en/of beddengoed
- Extra energiekosten
- Maaltijdvoorziening 'tafeltje dekje'

### **Eigen bijdragen, et cetera**

- Eigen bijdrage thuiszorg
- Kosten voor eigen rekening bij PGB
- Eigen bijdrage voor een tijdelijke opname in revalidatiecentrum/verpleeghuis

### **Overige meerkosten**

- Vervoerskosten voor geneeskundige hulp of sociaal vervoer
- (Ambulante) psychosociale zorg
- Overige uitgaven voor gezinszorg en/of huishoudelijke hulp
- Alternatieve behandelaars
- Attentiekosten (bijvoorbeeld voor mantelzorgers)

In de Wtcg wordt het uitgangspunt gehanteerd dat de intensiteit van het gebruik van zorg een voorspeller is van het hebben van een chronische aandoening of handicap, de ernst van de beperkingen en de daarmee samenhangende meerkosten. Dit uitgangspunt is door de Praktijk en de expertgroep steeds gehanteerd als referentiekader voor het beoordelen van de verschillende diagnoses en geneesmiddelen.

## **Hoofdstuk 5: Aanpak en werkwijze**

### **5.1 Procesmatige aanpak**

Gezien het relatief korte tijdsbestek waarin door medisch experts gevalideerde afbakeningsvoorstellen voor zowel het criterium geneesmiddelengebruik als het criterium ziekenhuiszorggebruik moesten worden opgeleverd, is ervoor gekozen het proces pragmatisch en zo gericht mogelijk te organiseren.

Voor de terugkoppeling en om te zorgen voor continue afstemming over de gekozen richting van de te ondernemen acties, de te kiezen uitgangspunten en definities, analyses en voorstellen, is drie maal over de voortgang en resultaten gerapporteerd aan en overlegd met de leden van de Taskforce Wtcg.

### **5.2 Projectorganisatie**

De projectorganisatie is zo eenvoudig mogelijk gehouden. Wel is ervoor gekozen de trajecten voor geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik in de inhoudelijke en startfase te scheiden en aan het einde van het gehele project samen te brengen in één inhoudelijke integratiebijeenkomst.

De organisatie en de inhoudelijke voorbereiding van de voorstellen vond plaats in een projectgroep, die bestond uit Liesbeth van Erp (projectleider en medisch inhoudelijke expertise), Maike Schepens (farmaceutische expertise) en Saskia Jongeneel (projectmanagement en ondersteuning). Daarnaast zijn er twee expertgroepen geformeerd, waarin experts op het terrein van farmacie en op het terrein van chronische ziekten zitting hadden. De voorstellen zoals voorbereid door de projectgroep werden besproken en beoordeeld in zittingen van deze expertgroepen.



Schematisch ziet de organisatie van het project er als volgt uit:



### 5.2.1 Expertgroepen

Gezien het korte tijdsbestek van de opdracht en de vakantieperiode was de verwachting dat het niet eenvoudig zou zijn voldoende experts met de juiste expertise op een dergelijke korte termijn bereid te vinden deel te nemen aan één van de expertgroepen. Dit bleek in de praktijk echter niet het geval.

Uiteindelijk zijn twee expertgroepen geformeerd, waarin de volgende experts zitting hebben genomen.

#### FARMACIE

- prof. Dr. H.J. Guchelaar (ziekenhuisapotheker LUMC)
- R. van der Vaart (directeur SFK)
- H. Eleveld (apotheker, Menzis)
- M. Schepens (apotheker, organisatie adviseur)
- Dr. A. de Boo / T. van Gorp (Vektis)
- L. van Erp (voorzitter)
- S. Jongeneel (secretaris)

#### ZIEKENHUISZORG

- prof. Dr. D. Post (emeritus hoogleraar sociale geneeskunde)
- prof. Dr. F. Schellevis (hoogleraar chronische ziekten, huisarts)
- G. Salemink, arts (adviseur Achmea, dbc-kenniscentrum ZN)
- Dr. A. de Boo / T. van Gorp (Vektis)
- L. van Erp (voorzitter)
- S. Jongeneel (secretaris)

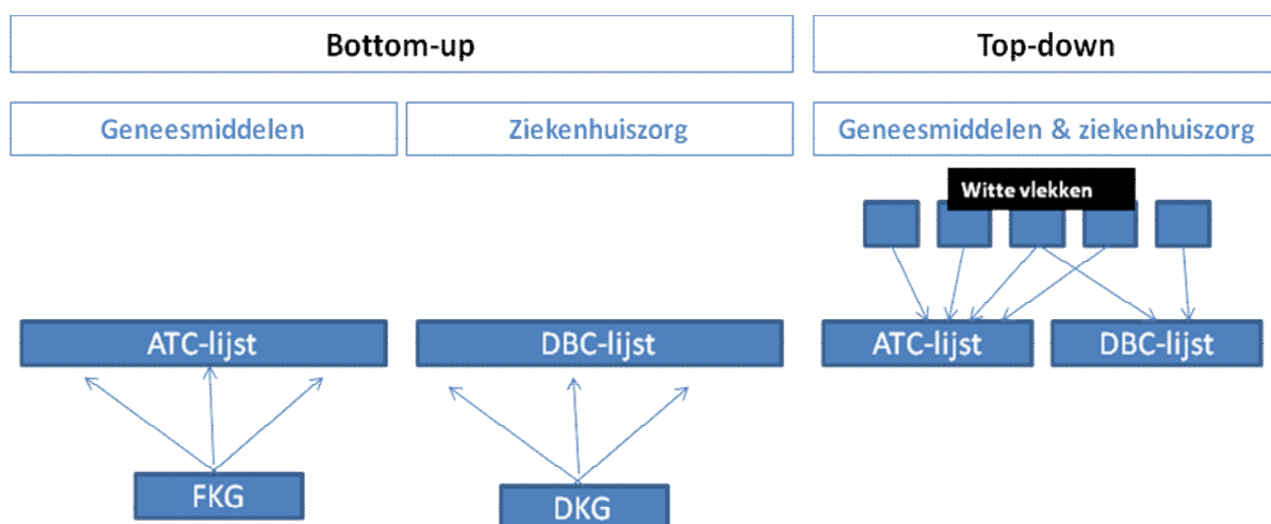
Er is bewust voor gekozen met name in de expertgroep ziekenhuiszorg gebruik medisch experts uit te nodigen die over brede kennis op het terrein van chronische ziekten en zorggebruik/huisartsengeneeskunde beschikken. Medisch experts verbonden aan een specifiek specialisme of een specifieke aandoeningengroep zijn met het oog op de te verwachten brede discussie en te maken overall afwegingen niet bij de expertgroep betrokken. In specifieke gevallen (met name bij vraagstelling over inhoudelijke zaken bij

medicamenteuze behandeling van reuma) heeft separaat overleg met gespecialiseerde deskundigen plaatsgevonden.

### 5.3 Aanpak inhoudelijke afbakening

Bij aanvang van het project stonden verschillende commentaren van de CG raad op de huidige Wtcg regeling tot onze beschikking. Er is voor gekozen de inhoudelijke afbakening zowel bottom-up als top-down te benaderen. Daarna is er een integratie van de uitkomsten van het geneesmiddelentraject en het DBC-traject gemaakt in de vorm van een systeemvoorstel en is er een impactanalyse uitgevoerd door Vektis. Tot slot is er een controle uitgevoerd naar de samenhang tussen de gevonden 'witte vlekken' en het afbakeningsvoorstel.

Schematisch ziet de eerste stap van de aanpak (het komen tot een inhoudelijk afbakeningsvoorstel) er als volgt uit:



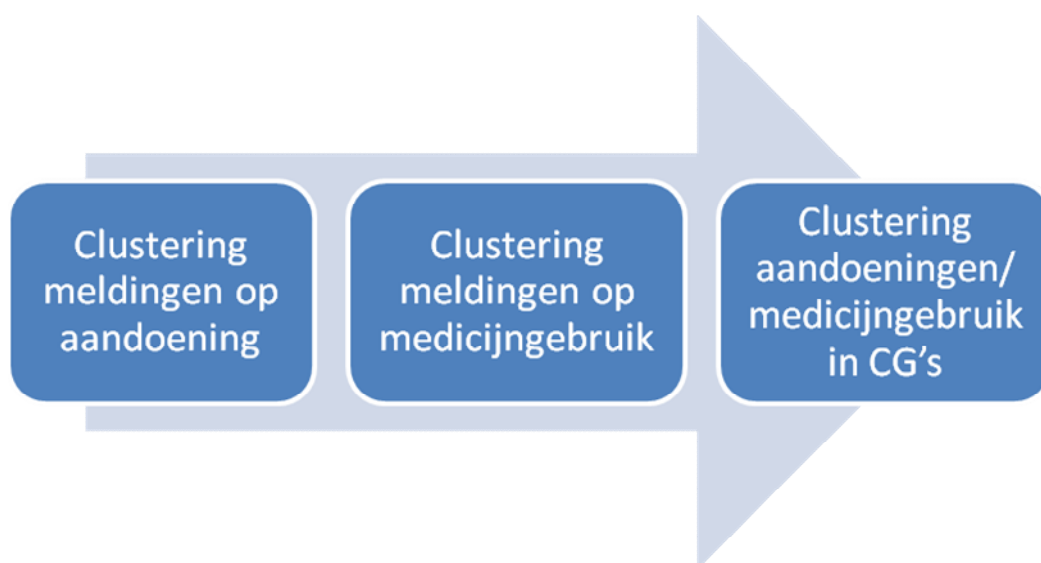
#### 5.3.1 Top-down benadering

De top-down benadering bestond eruit dat witte vlekken in de huidige systematiek zijn geïdentificeerd door bestudering en bewerking van informatie die wij van de CG-Raad ontvingen. Dit betrof bestanden met klachten van mensen die, naar eigen mening onterecht, op grond van de huidige criteria geen forfait ontvangen<sup>8</sup>. De CG-Raad heeft deze mensen gevraagd naar hun zorggebruik (met name op het terrein van geneesmiddelengebruik), zodat inzichtelijk is geworden welke geneesmiddelen voor deze groepen patiënten ontbraken of waarvoor de DDD-grens niet werd gehaald om in aanmerking te komen voor een forfait.

<sup>8</sup> Gegevens van het Meldpunt Klachten Compensatie Eigen Risico

De informatie is op de volgende wijze geordend: Allereerst is er een clustering aangebracht per aandoening, zodat alle klachten voor één bepaalde aandoening werden gebundeld. Dit was nodig omdat het bronbestand ruim 3.300 regels ('klachten') telde met een grote overlap in aandoeningen en zorggebruik. Daarna zijn de aandoeningen geclusterd in soorten/types aandoeningen die later zijn aangesloten bij de ontwikkelde chronische groepen (waarover later meer). Hierdoor is het mogelijk gebleken achteraf de afbakeningsvoorstellen te toetsen aan het vinden van 'witte vlekken'.

Schematisch ziet de top-down aanpak er als volgt uit:



### 5.3.2 Bottom-up benadering

Naast de witte-vlekken-benadering zoals bovenstaand beschreven, is ervoor gekozen zowel de DBC's als de ATC-codes van onderaf, per diagnose en per individuele code, te beoordelen op de volgende punten:

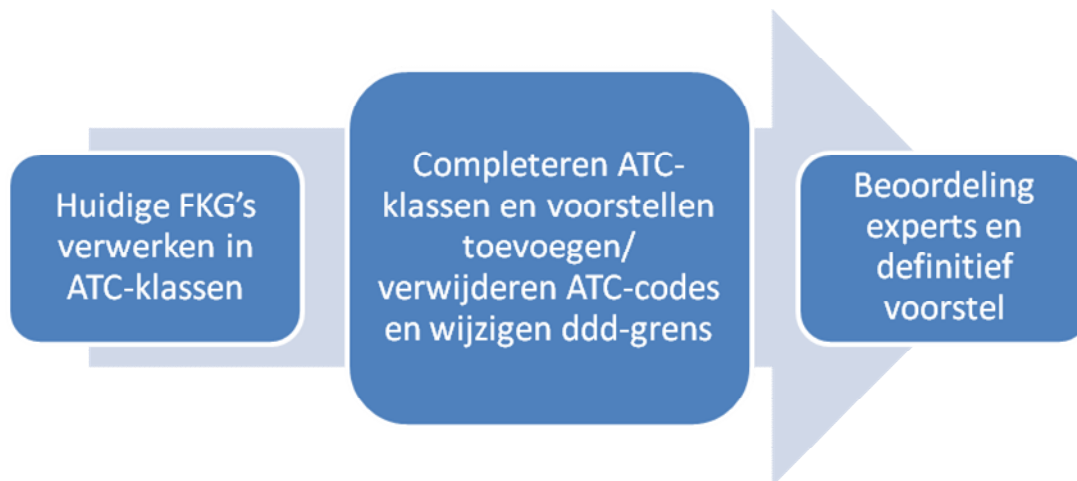
- Is hier sprake van (geneesmiddelen specifiek gebruikt bij) een chronische aandoening? Hierbij werd, op advies van de expertgroep ziekenhuiszorg de volgende definitie aangehouden: 'Een langdurige, ernstige aandoening die minimaal 12 maanden duurt', zie ook hoofdstuk 4.
- -Is hier sprake van een chronische aandoening met meerkosten? Zie voor de definitie van meerkosten hoofdstuk 4.

Voor het onderdeel geneesmiddelengebruik houdt dit in dat op basis van de bestaande systematiek de huidige FKG's zijn vertaald in een lijst met ATC's met per ATC-code de gehanteerde DDD-grens<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> DDD (Daily Defined Dose) is de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosering per dag voor een geneesmiddel gebruikt voor volwassenen en voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel.

Vervolgens is de volledige ATC-klasseringstabel gebruikt en is per ATC-klasse beoordeeld of er klassen (of binnen klassen bepaalde middelen) ontbraken, of dat er juist ATC-codes in de FKG's aanwezig waren die niet aan de criteria voldeden. Op grond van de lijst met middelen/ATC-codes die door deze exercitie ontstond, zijn vervolgens gegevens uit de GIP-databank gebruikt om een onderbouwd voorstel voor een DDD-limiet per ATC-code te doen dat vervolgens is voorgelegd aan de expertgroep geneesmiddelengebruik.

In het hoofdstuk 'definities' staat vermeld welke definities en uitgangspunten aan de analyse van voor chronische ziekten specifieke geneesmiddelen ten grondslag liggen. Bovengenoemde exercitie heeft geleid tot een voorstel per ATC-klasse (geneesmiddelen en DDD-grens), waarna de middelen zijn toegedeeld aan de ontwikkelde chronische diagnosegroepen. Deze analyse is door de geneesmiddelenexperts uit de expertgroep Wtcg farmacie beoordeeld, op enige punten gewijzigd en bekrachtigd. Schematisch is deze aanpak voor het onderdeel farmacie als volgt weer te geven:



De bottom-up benadering voor het onderdeel ziekenhuiszorg bestaat uit het vanuit de huidige DKG's komen tot een voorstel op grond van DBC's. Hiertoe zijn allereerst de huidige DKG's vertaald naar DBC's door op de voor alle betreffende specialisten op de vigerende typeringslijsten (versie zoals uitgeleverd oktober 2008 door DBC-Onderhoud) de bij de huidige DKG's behorende diagnosecodes aan te geven. Vervolgens is bezien in hoeverre typeringslijsten van specialisten ontbraken. De tweede stap bestond uit het bottom-up beoordelen van alle typeringslijsten. Per diagnosecode (en waar mogelijk ook per behandelcode) is op grond van de gehanteerde definities een voorstel gedaan voor toevoeging van diagnosecodes van chronische aandoeningen, voor verwijdering van diagnosecodes van acute, niet-chronische, aandoeningen en voor toevoeging van een aantal behandelvormen (poliklinische behandeling en dagbehandeling) die in alle gevallen bij de huidige DKG's ontbraken. Deze voorstellen zijn in drie bijeenkomsten door de experts van de expertgroep Wtcg ziekenhuiszorg beoordeeld, op punten gewijzigd en bekrachtigd.

Schematisch is de bottom-up aanpak voor ziekenhuiszorg als volgt weer te geven:



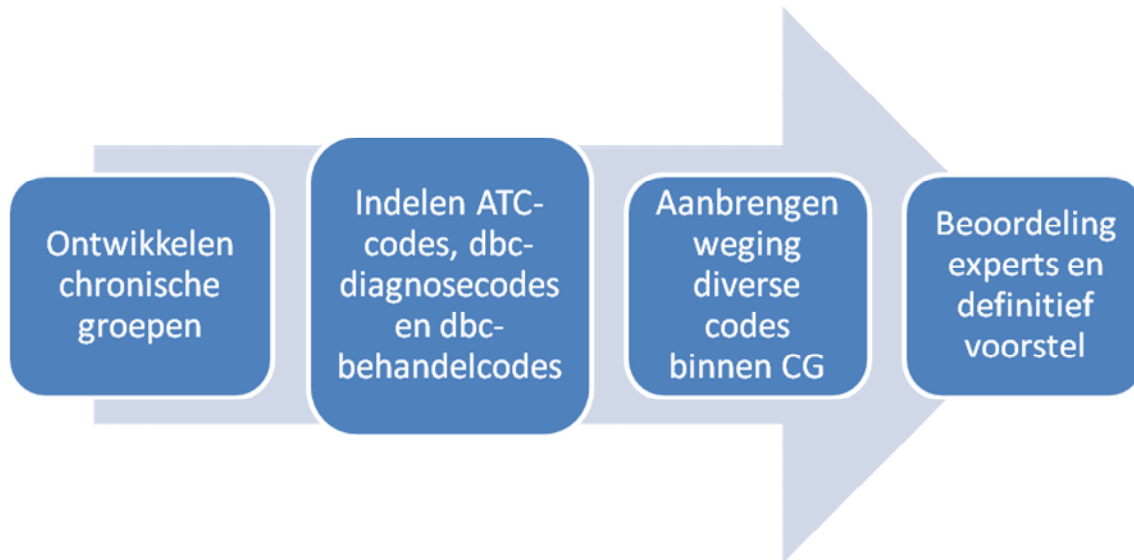
## 5.4 Integratie

Om te komen tot een samenhangend geheel van beoordeling en weging van geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik, is ervoor gekozen beide zorgvormen te bezien in één systematiek. Er bestaat grote overlap in geneesmiddelgebruik en ziekenhuiszorg voor dezelfde aandoening en patiënt. Zo is goed voor te stellen dat een diabetespatiënt zowel geneesmiddelen gebruikt als regelmatig op controle op de polikliniek bij een specialist komt en dat een persoon die lijdt aan de ziekte van Parkinson naast geneesmiddelgebruik op de polikliniek wordt gezien en/of in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Om te komen tot integratie is ervoor gekozen een indeling te maken waarbij zowel geneesmiddelengebruik als ziekenhuiszorggebruik aan een chronische aandoening kunnen worden verbonden. Deze indeling in zogenoemde 'chronische groepen' is medisch-inhoudelijk van aard en sluit in beginsel aan op de indeling van FKG's. Daarbij is de lijst wel uitgebreid met enkele nieuwe 'chronische groepen', zijn enkele FKG's samengevoegd en zijn enkele FKG's uit het systeem verdwenen omdat zij geen goede indicator vormden voor een chronische aandoening met meerkosten.

De verschillende door de expertgroepen bekrachtigde lijsten van ATC-codes en DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes zijn ingedeeld in deze chronische groepen (verder: CG) en voorzien van een weging. Ook deze indeling en weging zijn voorgelegd en bekrachtigd door de experts in een gezamenlijke bijeenkomst van de beide expertgroepen voor geneesmiddelen en ziekenhuiszorg.

Schematisch:



Vervolgens is, in nauw overleg met Vektis (de uitvoerder van de Wtcg als het gaat om het selecteren van personen met recht op een forfait op grond van de declaratiegegevens over geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik van zorgverzekeraars), een methodiek ontwikkeld voor de wijze waarop op basis van CG's wordt bepaald of personen op grond van zorggebruik recht hebben op een laag of hoog forfait.

Vektis heeft, op basis van deze methodiek en de voorstellen van de expertgroepen, een doorrekening gemaakt van de impact van deze voorstellen in termen van aantallen personen binnen de afbakening. Deze worden inhoudelijk besproken in hoofdstuk 9.

Tot slot heeft nog een confrontatie plaatsgevonden tussen de uitkomsten van de uiteindelijke voorstellen (het resultaat van de bottom-up benadering) en de uitkomsten van de top-down witte vlekken analyse om te bezien of alle witte vlekken aan de orde zijn gekomen in de afwegingen dan wel in de afbakening zijn opgenomen.

## 5.5 Tijdpad

Dit project is uitgevoerd binnen een krap tijdpad met strakke deadlines. Juli en augustus zijn benut voor het inhoudelijk voorbereiden van de voorstellen, die de eerste bijeenkomsten van de expertgroepen (op 25 en 26 augustus 2009) konden worden besproken. Vektis heeft in deze periode al een eerste grove impactanalyse van aantallen personen binnen de afbakening op grond van de criteria verricht. De tweede bijeenkomsten vonden plaats op respectievelijk 3 en 9 september 2009. Het bleek noodzakelijk een extra bijeenkomst van de expertgroep ziekenhuiszorg te plannen, omdat het doornemen van typeringslijsten op het laagste niveau meer tijd kostte dan vooraf voorzien. Deze bijeenkomst heeft plaatsgevonden op 16 september 2009, eveneens het moment dat Vektis de eerste doorrekeningen kon presenteren. Op 29 september 2009 heeft de afsluitende bijeenkomst met beide expertgroepen plaatsgevonden en is het model zoals door De Praktijk gepresenteerd bekrachtigd. Op 7 oktober is het eindmodel gepresenteerd aan de Taskforce. Eind oktober is deze rapportage aan de opdrachtgever opgeleverd.

## Hoofdstuk 6: Aanpak en bevindingen expertgroep ziekenhuiszorg

### 6.1 Werkwijze

Zoals weergegeven in het hoofdstuk over de aanpak, is ook voor het onderdeel ziekenhuiszorg zowel top-down als bottom-up naar de afbakening van de doelgroep van de Wtcg gekeken.

De top-down benadering betrof het analyseren van een door de CG-Raad aangeleverd bestand met klachten van personen die niet in aanmerking zijn gekomen voor teruggave van € 47,- van het eigen risico. Hoewel het doel van de compensatie van het eigen risico afwijkt van de Wtcg zijn de gronden voor het in aanmerking komen voor een dergelijke teruggave gelijk aan de selectiecriteria voor het onderdeel geneesmiddelengebruik binnen de Wtcg. Daarom kan dit bestand worden gebruikt als een referentiebestand om witte vlekken mee op te sporen. De meldingen in het bestand (bijna 3.000 in aantal) zijn geclusterd per aandoening, waardoor een lijst met aandoeningen die volgens patiënten en patiëntenverenigingen aangemerkt zouden kunnen worden als 'witte vlek' binnen de huidige afbakening van de Wtcg. Deze lijst met aandoeningen is gedurende het traject om te komen tot een betere en meer verfijndere afbakening van de doelgroep steeds als referentie gehanteerd.

De bottom-up benadering bij het onderdeel ziekenhuiszorg bestond eruit dat er een vertaling gemaakt is van de huidige lijst DKG's naar DBC-diagnosecodes. Deze zijn per specialisme in de betreffende typeringslijsten gemarkeerd. Vervolgens is bezien in hoeverre er specialismen ontbraken in het totaaloverzicht; vanwege de functie van DKG's als voorspeller van hoge zorgkosten in het kader van de risicoverevening van zorgverzekeraars bleek het niet mogelijk de DKG indeling te blijven hanteren om tot medisch homogene groepen van diagnoses te komen. Door het projectteam van De Praktijk is het voorwerk gedaan: alle typeringslijsten van alle specialismen zijn beoordeeld. Per diagnosecode is aangegeven of de aandoening chronisch van aard is en of op grond van de aandoening meerkosten in het dagelijks leven verwacht worden (conform de eerder in dit rapport besproken definities). Deze exercitie leidde uiteindelijk tot een aan de experts voor te leggen voorstel, dat per specialisme te verwijderen diagnosecodes, te handhaven diagnosecodes met toevoeging van poliklinische en dagbehandelingen en toe te voegen diagnosecodes. In een viertal bijeenkomsten van de expertgroep is minutieus op diagnosesniveau steeds de afweging gemaakt voor het al dan niet opnemen in de afbakening.



In de volgende paragraaf worden de algemene uitkomsten besproken. In de paragrafen daarna wordt per specialisme het voorstel van de expertgroep ziekenhuiszorg weergegeven.

## **6.2 Algemene uitkomsten**

In de expertgroep ziekenhuiszorg is gediscussieerd over een aantal specifieke aandoeningen, veelal afkomstig uit de witte vlekken analyse op basis van het CG-Raad bestand. Per specifieke aandoening is de keuze diagnose- en eventueel bijpassende geneesmiddelencodes codes al dan niet op te nemen toegelicht.

### **6.2.1 Toevoegen poliklinische en dagbehandeling**

De expertgroep heeft besloten van (bijna) alle diagnosecodes naast de reeds in het systeem bekende klinische opnames eveneens de poliklinische en dagbehandeling toe te voegen aan de afbakeningscriteria. Dat heeft te maken met het toenemend aantal dagbehandelingen en poliklinische behandelingen van chronische aandoeningen. Indien deze mensen in een jaar niet opgenomen zouden worden, zouden zij ten onrechte niet binnen de afbakening van de Wtcg vallen. Bij de wegingssystematiek is ervoor gekozen deze diagnosecodes als 'licht' aan te merken. Op deze wegingssystematiek wordt in hoofdstuk 8 nader ingegaan.

### **6.2.2 Kortdurende en acute aandoeningen**

De expertgroep heeft geconcludeerd dat in de huidige afbakening een aantal diagnosecodes van aandoeningen met een acuut of zeer kortdurend karakter is opgenomen. Omdat deze aandoeningen niet voldoen aan de definitie van 'chronische ziekte' (de aandoening bestaat immers korter dan de in de definitie gesteld 12 maanden), heeft de expertgroep besloten alle acute en kortdurende diagnoses uit de afbakeningscriteria te verwijderen.

### **6.2.3 Toevoegen diagnoses ontbrekende specialismen**

De expertgroep heeft geconstateerd dat in de DKG-systematiek niet alle specialismen vertegenwoordigd worden. De expertgroep heeft ervoor gekozen alle beschikbare typeringslijsten van alle erkende specialismen te analyseren. De specialismen klinische geriatrie, kindergeneeskunde, neurochirurgie, interventieradiologie en anesthesiologie bevatten diagnosecodes die worden toegevoegd aan de afbakeningscriteria.

#### **6.2.4 Constitutioneel eczeem en psoriasis**

In de expertgroep is op basis van de witte vlekken analyse gesproken over de aandoeningen constitutioneel eczeem en psoriasis. De stelling van de experts is dat de mate van ernst en beperkingen binnen de groep patiënten met deze diagnoses zeer sterk verschilt. Ook het voorkomen en de mate van te verwachten meerkosten is in deze groep zeer gespreid. De expertgroep erkent dat bij patiënten met een ernstige mate van deze aandoeningen beperkingen en meerkosten in het dagelijks leven voorkomen. Er is daarom voor gekozen om alleen die diagnoses met eczeem op te nemen die wijzen op complexe pathologie.

#### **6.2.5 Artrose**

Voor artrose geldt een zelfde redenering als voor de aandoeningen genoemd in 6.2.4. De aard en mate van ernst en de daarmee samenhangende te verwachten beperkingen en meerkosten in het dagelijks leven kennen een zeer grote spreiding. De diagnosecodes zijn niet specifiek genoeg om patiënten met een ernstige mate van beperking door artrose te selecteren. De expertgroep verwacht dat deze patiënten bij ernstige beperking in het dagelijks leven gebruik zullen maken van hulpmiddelen, extramurale AWBZ-zorg en/of Wmo huishoudelijke verzorging en dat deze via de hiervoor in de systematiek opgenomen criteria zullen worden gevonden. De expertgroep beveelt aan hier nader onderzoek naar te doen, maar vooralsnog artrose niet op te nemen in de afbakeningscriteria vanwege onvoldoende specificiteit.

#### **6.2.6 Schildklierandoeningen**

Uit de witte vlekken analyse op basis van het bestand van de CG-Raad bleken de schildklierandoeningen hypo- en hyperthyreoïdie een witte vlek in de huidige afbakening. De expertgroep oordeelt dat de patiënten die lijden aan deze aandoeningen in zijn algemeenheid goed zijn ingesteld op medicatie en geen of zeer beperkte gevolgen in het dagelijks leven ondervinden. Meerkosten bij deze groep worden dan ook in het algemeen niet verwacht. De expertgroep heeft besloten de aandoeningen hypo- en hyperthyreoïdie niet op te nemen in de afbakening van de Wtcg.

#### **6.2.7 Osteoporose**

Osteoporose was één van de meldingen van de lijst van de CG-Raad. De experts concluderen dat er binnen de groep met personen die lijden aan osteoporose en de daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten een grote spreiding bestaat. Bij patiënten met een ernstige vorm van osteoporose bestaat geen twijfel over de beperkingen en meerkosten. Bij analyse van de typeringslijsten is gebleken dat patiënten met een ernstige mate van osteoporose (met minimaal één wervelinzakking en/of behandeling door middel van cementering)

specifiek te selecteren zijn. De expertgroep heeft aldus besloten deze specifieke diagnose- en behandelcodes toe te voegen aan de afbakeningscriteria. Ook de ATC-codes van geneesmiddelen specifiek voor ernstige osteoporose worden opgenomen in de afbakening.

#### **6.2.8 Dieetpreparaten**

Op de lijst van klachten van de CG-Raad stond een groot aantal patiënten die vanwege bepaalde aandoeningen gebruik moeten maken van specifieke dieetpreparaten. De expertgroep onderkent de mate van beperkingen en meerkosten van deze groep, maar heeft geconstateerd dat het niet mogelijk is om het gebruik de betreffende dieetpreparaten in bestaande registraties te vinden. De expertgroep beveelt aan hier, ook rekening houdend met de bestaande fiscale regeling op dit vlak, nader onderzoek naar te laten verrichten.

#### **6.2.9 Migraine/clusterhoofdpijn**

In de expertgroepen is gediscussieerd over de aandoeningen migraine en clusterhoofdpijn. Het chronische en beperkende karakter van deze aandoening wordt door de experts onderkend. De experts zijn echter van mening dat er onvoldoende sprake is van meerkosten om aanspraak op een forfait te rechtvaardigen.

#### **6.2.10 Jicht**

Voor jicht geldt volgens de expertgroep een zelfde redenering als voor artrose. De aard en mate van ernst en de daarmee samenhangende te verwachten beperkingen en meerkosten in het dagelijks leven kennen een te grote spreiding. De diagnosecodes zijn niet specifiek genoeg om patiënten met een ernstige mate van artrose te selecteren. De expertgroep verwacht dat deze patiënten bij ernstige beperking in het dagelijks leven gebruik zullen maken van hulpmiddelen, extramurale AWBZ-zorg en/of Wmo huishoudelijke verzorging en dat deze via de hiervoor in de systematiek opgenomen criteria zullen worden gevonden. De expertgroep beveelt aan hier nader onderzoek naar te doen.

#### **6.2.11 (Lichte) Depressie**

Er zijn in Nederland veel mensen die antidepressieve middelen gebruiken. Het gaat hier om de tricyclische antidepressiva en de serotonine heropnameremmers. Deze middelen worden veelal ambulant voorgeschreven. In het grootste deel van de gevallen gaat het om klachten van voorbijgaande aard. Mensen met een behandelde depressie hebben, naar het oordeel van de expertgroepen, geen duidelijke meerkosten. Daarom zijn deze antidepressiva niet in de afbakening opgenomen. Mensen met een bipolaire stoornis hebben zeer langdurige behandeling nodig; deze middelen zijn wel in het

systeem opgenomen, evenals de middelen bij overige chronische ernstige psychiatrische aandoeningen.

#### **6.2.12 Glaucoom**

Glaucoom middelen waren opgenomen in het FKG systeem vanwege hun indicatorfunctie bij het bepalen van hoge zorgkosten. Glaucoom op zich is weliswaar een chronische aandoening, maar leidt naar het oordeel van de expertgroepen niet tot beperkingen die meerkosten met zich meebrengen. Daarom is glaucoom als diagnose niet opgenomen en zijn de glaucoommiddelen verwijderd uit de criteria.

#### **6.2.13 Allergie**

Allergie is in het algemeen een chronisch verschijnsel dat in een klein deel van de gevallen kan leiden tot flinke meerkosten zoals dieetaanpassingen, aanpassingen in huis en leefwijze. Allergie als 'losse' diagnose is volgens de experts te specifiek en te breed om de groep met meerkosten goed af te kunnen grenzen. Alleen die diagnoses zijn opgenomen die wijzen op complexe problematiek en dus grote kans op meerkosten.

#### **6.2.14 Obstipatie**

De expertgroep heeft geoordeeld dat obstipatie geen specifieke aandoening of diagnose is, maar veelal een symptoom van een andere aandoening. De diagnosecodes van aandoeningen die ernstige mate van obstipatie tot gevolg hebben, zijn wel in de afbakening opgenomen.

#### **6.2.15 Slaapaandoeningen**

Slaapmiddelen worden weliswaar in sommige gevallen chronisch voorgeschreven, maar de expertgroepen vinden dat het gebruik van slaapmiddelen niet wijst op de aanwezigheid van een chronische aandoening met meerkosten. Slaapaandoeningen, zoals snurken en het slaapapnoesyndroom, zijn soms symptomen van onderliggende chronische aandoeningen (zoals ernstige adipositas). Die onderliggende aandoeningen zijn wel in de afbakening opgenomen. De expertgroepen vonden het bestaan van slaapklachten onvoldoende specifiek voor het afgrenzen van chronische aandoeningen.

#### **6.2.16 Decubitus**

Decubitus is in de optiek van de experts een gevolg van het hebben van andere aandoeningen. De experts hebben besloten de diagnose decubitus als zodanig dan ook niet op te nemen in de afbakening.

### 6.3 Voorstel diagnosecodes allergologie

<b>Specialisme: Allergologie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	(constitutioneel) eczeem met voedselallergie	
	mastocytose	
	ABPA	

Toelichting: er waren in de DKG-systematiek geen diagnoses van het specialisme allergologie opgenomen. De experts hebben bovengenoemde diagnoses getypeerd als specifiek voor chronische aandoeningen met beperkingen en verwachte meerkosten.

### 6.4 Voorstel diagnosecodes cardiologie

<b>Specialisme: Cardiologie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
chronisch hartfalen		acut hartfalen
hartklepafwijkingen		angina pectoris
congenitale hart(vaat)afwijking		(non) ST elevatie hartinfarct
overige structurele afwijkingen hart		atrium fibrilleren/flutter
		(overige) supraventriculaire ritmestoornissen
		impuls- en geleidingsstoornissen
		overige hartritmestoornissen
		arteriële vaatafwijking/stenose
		veneuze vaatafwijking
		overige afwijkingen/vaataandoeningen
		pericarditis
		endocarditis
		overige ontstekingen

Toelichting: van de typeringslijst cardiologie zijn de diagnoses met een acuut karakter verwijderd, alleen de chronische indicaties zijn gehandhaafd.

## 6.5 Voorstel diagnosecodes radiotherapie

<b>Specialisme: Radiotherapie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
T1 standaard bestraling	T5 intensieve bestraling incl dure beeldvorming	
T2 standaard langdurige bestraling	T6 stereotactische bestraling excl dure beeldvorming	
T3 standaard bestraling incl 3D planning	T7 stereotactische bestraling incl dure beeldvorming	
T4 intensieve bestraling excl dure beeldvorming	H1 hyperthermie oppervlakkig	
B1 brachytherapie, geen individuele dosisberekening	H2 hyperthermie diep/regionaal	
B2 brachytherapie individuele dosisberekening	H3 hyperthermie totale lichaamsbehandeling	
B3 brachytherapie 3D beeldvorming, countouring en planning	H4 hyperthermie interstitieel	
B4 brachytherapie stereotactische applicatie	H5 hyperthermie bijzondere behandeling	
B5 brachytherapie permanente implantatie		

Toelichting: ten onrechte ontbrak een deel van de radiotherapeutische behandelingen in de afbakening.

## 6.6 Voorstel diagnosecodes interventie radiologie

Specialisme: Interventie radiologie		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
	stroomgebied carotis interna/externa	
	vertebrobasilair stroomgebied	
	A. Carotis communis/interna/externa	
	A. Vertebralis	
	overige halsarteriën	
	A. Subclavia	
	aorta thoracalis/pulmonalis	
	aorta abdominalis	
	arteria mesenterica superior/inferior	
	arteria renalis	
	prothese thoracaal/abdominaal/iliacaal	
	arteria iliaca communis/externa/interna	
	aorta iliacaal	
	AIC+AIE	
	arteria femoralis communis/superficialis/profunda	
	arteria politea	
	onderbeen en voetarteriën	
	femoropoplitea traject	
	femoro-cruraal traject	
	femoropoplitea bypass	
	crurale bypass	
	wervellichamen en bogen icm cementeren (multipel)	
	PTA/DCP stenose (beiderzijds)	
	PTA/DCP occlusie (beiderzijds)	
	stent (beiderzijds)	
	stentgraft (beiderzijds)	

Toelichting: er waren in de DKG-systematiek geen diagnoses van het specialisme interventieradiologie opgenomen. De experts hebben bovengenoemde diagnoses getypeerd als specifiek voor chronische aandoeningen met beperkingen en verwachte meerkosten.



## 6.7 Voorstel diagnosecodes cardiopulmonale chirurgie

<b>Specialisme: Cardiopulmonale chirurgie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	Harttransplantatie	
	Longtransplantatie	
	Hart-longtransplantatie	
	Kunsthart implantatie	

Toelichting: er waren in de DKG-systematiek geen diagnoses van het specialisme cardiopulmonale chirurgie opgenomen. De experts hebben bovengenoemde diagnoses getypeerd als specifiek voor chronische aandoeningen met beperkingen en verwachte meerkosten. Een deel van de transplantatiediagnoses was overigens in het bestaande systeem in de typeringslijsten van overige specialismen wel opgenomen.

## 6.8 Voorstel diagnosecodes urologie

<b>Specialisme: Urologie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
(bij)niertumor	prostaatcarcinoom (orchidectomie)	niertrauma
uretertumor	congenitale nierpathologie	
blaastumor	congenitale ureterpathologie	
neurogene blaas	congenitale blaaspathologie	
prostaatcarcinoom	congenitale urethrapathologie	
peniscarcinoom		
testistumor		
urethratumor		

Toelichting: de diagnose niertrauma is vanwege het acute karakter verwijderd uit de huidige afbakeningscriteria. De expertgroep heeft een aantal overige diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten.

## 6.9 Voorstel diagnosecodes orthopedie

<b>Specialisme: Orthopedie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
infantiele encephalopathie	cervicale stenose met myelopathie	
spina bifida	osteoporotische inzakking	
metastase in bot	failed back surgery syndroom	
maligne skelet	morbus scheuermann	
maligne weke delen	scoliose	
spondylodiscitis/osteomyelitis	multipele reumatische afwijkingen	
morbus bechterew	diabetische voet	
avasculaire necrose	reumatische voet	
wervelkolom met ruggenmergletsel		

Toelichting: De expertgroep heeft een aantal orthopedische diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de bestaande afbakening.

## 6.10 Voorstel diagnosecodes kindergeneeskunde

<b>Specialisme: Kindergeneeskunde (algemeen + neonatologie)</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	astma/BHR	
	BPD/CLD	
	cystic fibrosis	
	coeliakie	
	imflammatoire darmziekte (crohn/colitis ulcerosa)	
	koolhydraat intolerantie (wo lactose)	
	voedingsallergie (wo koemelkeiwit)	
	cor vitium (cyanotisch/niet- cyanotisch/postcardiochirurgisch)	
	decompensatio cordis	
	myocarditis/myocardiopathie	
	cerebraal infarct	
	epilepsie	
	Guillain Barré	
	hersentumor	
	intercraniële bloeding	
	hydrocephalus	
	neuromusculaire aandoeningen	
	retardatie (mentaal/motorisch/combinatie)	
	spina bifida	
	chronische nierinsufficiëntie	
	JCA/JIA	
	Kawasaki	
	overige auto-immuun/ reumatologische aandoeningen	
	pathologische fracturen	
	hemofilie	
	ITP	
	overige stollingsstoornissen	
	von Willebrand	
	ALL (diagnose/zelfstandige behandeling)	
	oncologische aandoeningen ism KOC	
	overige oncologische aandoeningen	

	IgA-en/of IgG-subklasse deficiëntie	
	immuundeficiëntie waarvoor immuunglobuline iv. En overige	
	craniosynostose	
	schisis (cheitho, gnatho, palato)	
	syndroom van down	
	geslachtschromosomale en overige chromosomale syndromen	
	overige dysmorfe syndromen	
	atopisch eczeem (longen/huid/KNO)	
	inborn errors of metabolism met retardatie	
	ADHD	
	CVS	
	HIV/Aids	
	chronische longziekte BPD/CLD	
	zenuwstelsel en zintuigen ernstig	
	hart- en bloedvaten ernstig	
	tractus digestivus ernstig	
	tractus respiratorius ernstig	
	tractus urogenitalis ernstig	
	huid en buikwand ernstig	
	skelet en spierstelsel ernstig	
	multipele syndromale afwijkingen ernstig	

Toelichting: In de huidige systematiek ontbraken diagnoses van het specialisme kindergeneeskunde (algemeen en neonatologie) volledig. De expertgroep heeft een aantal diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de bestaande afbakening. Bij het beoordelen van de typeringslijst kindergeneeskunde door de expertgroep heeft zwaar meegewogen, dat kinderen veelal niet op basis van hun geneesmiddelengebruik binnen de afbakening terecht komen door de lagere dagdoses. Ook heeft meegewogen dat het hebben van een chronisch ziek kind, met welke aandoening dan ook, voor vrijwel alle ouders leidt tot meerkosten.

## 6.11 Voorstel diagnosecodes longgeneeskunde

<b>Specialisme: Longgeneeskunde</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
astma	tuberculose	slaapaandoeningen
COPD	extrapulmonale tuberculose	CPAP BIPAP
tumoren NSCLC/SCLC	tuberculose en HIV	
mesothelioom	multiresistente tuberculose	
mediastinale tumoren	infecties met non tuberculeuze mycobacteriën (en HIV)	
overige tumoren	neuromusculaire aandoeningen	
metastasen van proces elders	thoraxwandaandoeningen	
cystic fibrosis	neurologische aandoeningen	
bronchiëctasieën	perifere revalidatie multicisciplinair (centrumrevalidatie)	
interstitiële aandoeningen	controle, analyse, chemotherapie, RT, peri-operatieve zorg bij oncologie	
systeemaandoening van het bindweefsel	transplantatie (voorbereiding/post/volume reductiechirurgie/nabehandeling)	
sarcoidose		
primaire pulmonale hypertensie		
primair cardiale aandoeningen		
chronische beademing (non) invasief		

Toelichting: Non invasieve beademingsvormen zijn verwijderd uit de afbakening omdat de diagnosen die tot deze behandeling leiden, indien zij chronisch zijn, al binnen de afbakening vallen. Het toepassen van CPAP en BIPAP op zich leidt volgens de experts niet tot meerkosten.

## 6.12 Voorstel diagnosecodes keel-, neus en oorheelkunde

Specialisme: Keel- neus en oorheelkunde		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
brughoektumor	perceptieve slechthorendheid (i.c.m. behandelcode cochleair implantaat en BAHA)	congenitale neusafwijkingen
maligne tumoren oor	tumor lateraal schedelbasis	OSAS
tumor voorste schedelbasis	tumor neus	aangeboren trauma larynx/trachea afwijking
maligne cavum oris tumor (alle stadia)	tumor neusbijholten	
maligne oropharynx tumor (alle stadia)		
maligne hypopharynx tumor (alle stadia)		
maligne larynxtumor (alle stadia)		
maligne nasopharynxtumor (alle stadia)		
maligne tumor speekselklieren		
maligne tumor hals		

Toelichting: Slechthorendheid is onvoldoende specifiek gedefinieerd in deze typeringslijst. Getracht is de groep met ernstige slechthorendheid die wordt behandeld met cochleaire implantaten en BAHA in ieder geval binnen de afbakening te laten vallen. Ten onrechte ontbrekende diagnosecodes van tumoren zijn toegevoegd.

### 6.13 Voorstel diagnosecodes gynaecologie

Specialisme: Gynaecologie		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
maligniteit vulva		
maligniteit vagina		
maligniteit cervix		
maligniteit endometrium		
maligniteit myometrium		
maligniteit overium/tuba		
maligniteit overige		
chorioncarcinoom		

Toelichting: De typeringslijst gynaecologie kent op de maligniteiten na geen chronische aandoeningen die tot meerkosten leiden.

## 6.14 Voorstel diagnosecodes gastro-enterologie

Specialisme: Gastro-enterologie		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
short bowelsyndroom	hepatitis B of C met antivirale therapie	functionele dyspepsie
benigne stenose	BPC,PSC en autoimmuun therapie	PDS
Barett epitheel	metabole leverziekten	chronisch intestinale pseudo-obstructiesyndroom
achalasia	transplantatie lever	gastro-oesofagale refluxziekte
oesofagus cardia maligniteit	oncologische behandeling bij GI maligniteit	Zenkers divertikel
overige oesofagus pathologie		gastritis diversen
(benigne) peptisch ulcus		chronische obstipatie
oorzaken acuut bloeverlies niet varices		hepatitis algemeen
ischemie		overige leveraandoeningen
motiliteitsstoornis		acute (niet billiaire) pancreatitis
maagcarcinoom		cardiologie
lymfoom		
coeliakie		
crohn/colitis ulcerosa		
colorectale maligniteit		
cirrose ge(de)compenseerd		
maligniteit lever		
cholangiocarcinoom		
chronische pancreatitis (pijn)		
pancreasneoplasieën		
diabetes mellitus		
onologie, niet GE		

Toelichting: een aantal gastro-enterologische diagnoses is verwijderd uit de huidige afbakeningscriteria. In paragraaf 6.2 wordt op een aantal van deze aandoeningen nader ingegaan. De expertgroep heeft een aantal overige diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de afbakening.



## 6.15 Voorstel diagnosecodes neurologie

Specialisme: Neurologie		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
neopl intracerebraal, intercranieel, interspinaal, extraspinaal, epiduraal wk	neurologische stofwisselingsziekten	polymyalgia reumatica/arteriitis temporalis
leptomeningeale maligniteit	dementie syndromen	aandoeningen autonome zenuwstelsel
overige neuro oncologie	overige cognitieve en geheugenstoornissen	overige systeemaandoeningen OZS
neurolog. Complicatie algemene stofwisselingsziekte of systeemziekte	hydrocephalus	OSAS, narcolepsie, overige slaapstoornissen
retardatie met cerebrale afwijkingen	epilepsie partieel	intracranieële bloeding sub/epiduraal
parkinson	myasthenia gravis/myasthene syndromen	overige cerebrovasculaire aandoeningen
voorhoornaandoeningen	intracerebrale bloeding	letsel wervelkolom
ALS	overige congenitale afwijkingen	geen neurologie, werkdiagnose overige
MS		
spinocerebellaire aandoeningen		
epilepsie gegeneraliseerd		
subachnoidale bloeding		
onbloedige beroerte		
resttoestand verworven hersenletsel		
spina bifida (occulta)		
cytostaticabehandeling		

Toelichting: een aantal neurologische diagnoses is verwijderd uit de huidige afbakeningscriteria. In paragraaf 6.2 wordt op een aantal van deze aandoeningen nader ingegaan. De expertgroep heeft een aantal overige diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de afbakening.

## 6.16 Voorstel diagnosecodes inwendige geneeskunde

Specialisme: Inwendige geneeskunde		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
decompensatio cordis	atherosclerose extremiteiten/perifeer vaatlijden	aneurysma
cerebrovasculair accident/TIA	acromegalie	adipositas/obesitas
Raynaud/acrocyanose (niet vasculitis)	groeistoornis/deficiëntie nno	cystenieren
pulmonale hypertensie	gonadale dysfunctie	HUS excl TTP
maligniteit schildklier	hypopituitarisme	acute nierinsufficiëntie
DM zonder/met secundaire complicaties	bijnierschorsinsufficiëntie/Addison	lever abces
DM chronisch pomptherapie	Syndroom/morbus Cushing	endocarditis/endovasculaire infectie
prolactinoom	hyperhomocysteïnemie	infectieuze artritis
niet-functionerende hypofyse tumor	MEN syndroom	arteriitis temporalis/PMR
maligniteit bijnier	porfyrie	artrose
glomerulonefritis/tubulo interstiële nefritis (niet ikv systemische vasculitis)	niertransplantatie	fibromyalgie
chronische nierinsufficiëntie	Behcet	overige systeemziekten nno
chronische hemodialyse	cryoglobulinemie	overige longaandoeningen nno
continue ambulante peritoneale dialyse	artritis psoriatica	agrunolocytose primair
APD	monoklonale gammopathie (MGUS)	aplastische anemie
osteomyelitis	RAEB	overige leucocytaire afwijkingen nno
HIV infectie	polycytemia vera, essentiële trombocytose	overige trombopense nno
primaire immuundeficiëntie	CMMoL	longembolie
sarcoidose	myelofibrose	veneuze longembolie overige
reumatoïde artritis	hemochromatose	overige myeloproliferatieve aandoeningen nno
SLE/MCTD	voedingsprobleem waarvoor endoscopische interventie (PEG sonde)	overige hematologische aandoeningen nno
dermato myositis	auto-immuun hepatitis	refluxziekte
Sjögren	hepatitis B/C	niet variceuze bloeding proximaal

sclerodermie, CREST	primaire billiaire sclerose/ primaire scleroserende cholangitis	overige slokdarmaandoeningen
systemische vasculitis (PAN, Wegener, Churg Strauss)	behandeling supportieve care/palliatieve zorg zonder chemotherapie	dyspepsie
Henoch Schönlein	behandeling chemotherapie (hemato/curatief/hormonaal/chemo-immunotherapie)	benigne ulcus ventriculi
astma, COPD, emfyseem	behandeling hormonale therapie/immunotherapie	ongecompliceerde uclus duodeni
maligniteit carcinoom bronchus	stamcelmobilisatie en harvest behandeling	erosieve gastritis/duodenitis
maligniteit thymoom	behandeling autologe en allogene stamceltransplantatie	maag/dunne darm motiliteitsstoornis
maligniteit pleura		overige maagaandoeningen
overige maligniteiten thorax		diverticulitis
sikkelcel anemie		complexe chronische obstipatie
thalassemie		mesenteriaal trombose/ischemische colitis
overige hereditaire hemolytische anemiën		PDS
verworven hemolytische anemie		overige darmaandoeningen
mastocytose		overige lever en galwegaandoeningen
ITP, TTP (excl. HUS), HIT		acute pancreatitis
hemofilie		overige pancreas aandoeningen
Von Willebrandziekte		
Hodgkin lymfoom		
non Hodgkin lymfoom		
multipel myeloom/primaire amyloidose		
acute lymfatisch leukemie		
CLL, Waldenström, Hairy cell leukemie		
overige lymfoproliferatieve aandoeningen		
acute myeloïde leukemie/RAEB-t		
myelodysplasie		
chronische myeloïde leukemie CML		
maligniteit hoofd hals		
maligniteit CZS primair		
maligniteit mamma		
maligniteit ovarium		
maligniteit cervix		

maligniteit endometrium		
maligniteit testis		
maligniteit prostaat		
maligniteit urinewegen		
maligniteit nier/ Grawitz		
overige maligne tr. Uro/genit		
maligniteit bot kraakbeen		
maligniteit huid/melanoom		
maligniteit weke delen		
maligniteit nno		
benigne stenose		
Barrett oesophagus		
maligniteit slokdarm/cardia		
achalasia		
maligniteit maag		
coeliaki/malabsorptie		
lactose intolerantie		
crohn/colitis ulcerosa		
maligniteit colorectaal		
geneesmiddelenhepatitis		
levertumor nno		
chronische pancreatitis		
maligniteit pancreas		
overige maligniteiten tractus digestivus		
levercirrose		

Toelichting: een aantal diagnoses van het specialisme interne geneeskunde is verwijderd uit de huidige afbakeningscriteria. In paragraaf 6.2 wordt op een aantal van deze aandoeningen nader ingegaan. De expertgroep heeft een aantal overige diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de afbakening.

## 6.17 Voorstel diagnosecodes reumatologie

Specialisme: Reumatologie		
Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)	Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)	Diagnose verwijderd
reumatoïde artritis	arteriitis psoriatica vnl perifeer	bacteriële artritis
acuut reuma/post strept art.	arteriitis psoriatica vnl axiaal	PMR
juvenile idiopatische artritis	sarcoidose	arteriitis temporalis
Stills disease adult onset	amyloidose primair/secundair	fibromyalgie
sponsylitis ankylopoetica	S. van Churg-Strauss	
SLE	hemochromatose	
Lupus Like antifosfolipiden s	kanaalstenose en/of spondylolisthesis	
CREST syndroom	reflexdystrofie/sympatische dystrofie	
sclerodermie	behandeling met biologicals subcutaan/intramusculair/intraveneus	
MCTD		
poly/dermatomyositis		
M. Sjogren		
PAN/microsc. Plyangitis		
M.Wegener		
overige vasculitis systeemziekten		
perifeer handen/heupen/kniën/elders degeneratieve aandoening		
polyartrose		
aseptische botnecrose		
spondylodiscitis/osteomyelitis		
cytostaticaverstrekking		

Toelichting: een viertal reumatologische diagnoses is verwijderd uit de huidige afbakeningscriteria. In paragraaf 6.2 wordt op een aantal van deze aandoeningen nader ingegaan. De expertgroep heeft een aantal overige diagnoses getypeerd als specifiek voor het hebben van een chronische aandoening en daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de afbakening.

## 6.18 Voorstel diagnosecodes oogheekunde

<b>Specialisme: Oogheekunde</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	PDRP	overige pathologie uvea
	diabetische retina	overige pathologie retina
		intracraniële pathologie

Toelichting: De typeringslijst oogheekunde biedt onvoldoende mogelijkheden om blindheid/ernstige slechtziendheid als chronische aandoening af te grenzen.

## 6.19 Voorstel diagnosecodes heekunde

<b>Specialisme: Heekunde</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
osteitis/osteomyelitis	neoplasma bijnier	obstipatie
posttraumatische dystrofie	incontinentie faeces	mesenteriaal trombose
maligne neoplasma schildklier	morbide obesitas	pancreatitis
maligne neoplasma speekselklieren	peritonitis carcinomatosa colorectaal carcinoom	diverticulosis/itis
neoplasma bronchus/long	maligne neoplasma weke delen	aneurysma aorta iliacaal
neoplasma mediastinaal/pleura	niertransplantatie	aneurysma aorta abdominalis ruptuur
maligne neoplasma oesophagus	levertransplantatie	vaatafwijkingen abdominaal/bekken
maligne neoplasma mamma	partiële levertransplantatie	PAOD arm
colitis ulcerosa/crohn	pancreastransplantatie	aneurysma onderste extremiteit
maligne neoplasma maag	eilandjestransplantatie	arteriele embolie en trombose
maligne neoplasma galblaas	nier- en pancreastransplantatie	letsel organen buik en bekken
maligne neoplasma pancreas/galwegen	darmtransplantatie	overige perifere vaatziekten
maligne neoplasma colon	Raynaud	overige vaatdiagnoses
maligne neoplasma rectum		pylorospasme
neoplasma lever		decubitus ulcus
overige oncologische diagnoses		wervelkolom met ruggenmerglaesie
carotopathologie		artrose nno

aneurisma aorta thoracalis		matig ernstig schedelhersenletsel/contusie
PAOD 2,3,4		pneumo en/of hemothorax
Buerger		letsel intrathoracale organen
diabetische voet		
brandwond ernstig		
overige maligne neoplasmata abdomen		
maligne melanoom van de huid		
ziekte van Hodgkin/non Hodgkin		
ulcus cruris		

Toelichting: Hier zijn veel acute diagnoses verwijderd. De toevoegingen betreffen vooral maligniteiten en transplantaties.

## 6.20 Voorstel diagnosecodes anesthesiologie

<b>Specialisme: Anesthesiologie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	invasief complex met dagopname	
	invasief complex met klinische episoden	
	KZD invasief complex met klinische episoden	

Toelichting: in de bestaande afbakening ontbraken diagnoses van het specialisme anesthesiologie. Een drietal codes die samenhangen met pijnbestrijding bij ernstige pijnklachten zijn opgenomen in de afbakening.

## 6.21 Voorstel diagnosecodes dermatologie

<b>Specialisme: Dermatologie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
ulcus cruris		
vasculaire dermatosen		

Toelichting: in de in de afbakening opgenomen diagnoses van het specialisme dermatologie zijn geen wijzigingen aangebracht.

## 6.22 Voorstel diagnosecodes neurochirurgie

<b>Specialisme: Neurochirurgie</b>		
<b>Diagnose gehandhaafd (poli/dagbehandeling toegevoegd)</b>	<b>Diagnose toegevoegd (poli/dag/klinisch)</b>	<b>Diagnose verwijderd</b>
	supratentoriele intra-axiale tumor	
	hersentumor	
	infratentoriele intra-axiale tumoren	
	behandeling eenvoudige tumor schedeldak	
	extra-axiale tumoren van schedelbasis	
	complexe intra craniele tumoren	
	hypofhysetumor	
	epilepsie, epilepsiechirurgie en corticale motorstimulatie	
	wervelkolom open- of naaldbiopsie tumor	
	decompressie extradurale tumor wk	
	verwijderen intradurale extramedullaire tumor	
	verwijderen intramedullaire tumor	
	tumor wk conservatieve behandeling	
	uitgebreide decompressie met spondylodese en evt instrumentatie wk	
	spina bifida	

Toelichting: in de bestaande afbakening ontbraken diagnoses van het specialisme neurochirurgie. Een aantal codes zijn volgens de experts specifiek voor de behandeling van chronische aandoeningen met bijbehorende beperkingen en meerkosten. Deze diagnoses zijn toegevoegd aan de afbakening.



# Hoofdstuk 7: Aanpak en bevindingen expertgroep geneesmiddelengebruik

## 7.1 Werkwijze

Zoals weergegeven in het hoofdstuk over de aanpak, is ook voor het onderdeel geneesmiddelengebruik zowel top-down als bottom-up naar de afbakening van de doelgroep van de Wtcg gekeken.

De bottom-up benadering bij het onderdeel geneesmiddelengebruik bestond eruit dat er een vertaling gemaakt is van de huidige lijst geneesmiddelen binnen de huidige FKG-systematiek naar een lijst met ATC-codes. Vervolgens is op grond van het ATC-klasseringssysteem fijnmazig bezien welke klassen ontbraken en of er binnen de reeds opgenomen klassen specifieke geneesmiddelen ontbraken of juist ten onrechte in de regeling zijn opgenomen. Daarna is voor ieder aan een chronische aandoening specifiek te relateren geneesmiddel op de ontstane ATC-lijst gecontroleerd welke DDD-limiet gekoppeld moet worden aan chronisch gebruik van het betreffende geneesmiddel. Tot slot zijn de geneesmiddelen ingedeeld in de onderscheiden chronische groepen, zodat een aandoeningspecifieke clustering van de geneesmiddelen kon worden gemaakt.

## 7.2 Algemene bevindingen

De algemene bevindingen van De Praktijk bij de beoordeling van de vigerende Wtcg-systematiek voor het onderdeel geneesmiddelengebruik waren de volgende:

1. Patiënten met reuma worden onvoldoende gevonden
2. Patiënten met bepaalde spierziekten, bloedziekten en endocriene aandoeningen worden onvoldoende gevonden
3. Sommige patiënten met kanker worden niet gevonden
4. Bepaalde geneesmiddelen ontbreken in de FKG-lijst
5. De grens voor de dagdosering van een aantal middelen is te hoog (>180), waardoor patiëntengroepen niet worden gevonden

Binnen het projectteam van De Praktijk heeft Maike Schepens (apotheker) de bottom-up benadering uitgevoerd. De expertgroep farmacie heeft vervolgens in drie bijeenkomsten alle voorstellen per ATC-klasse en per geneesmiddel

doorgenomen en ten slotte het eindvoorstel (de lijst met ATC-codes, de indeling in chronische groepen en de DDD-limiet per geneesmiddel(groep)) geaccordeerd, hierbij steeds uitgaande van de referentielijst met witte vlekken en bovengenoemde algemene lacunes binnen de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. De expertgroep heeft, mede in het licht van de uitvoerbaarheid van de regeling, besloten een viertal categorieën van DDD-begrenzing te hanteren, namelijk de groepen >5, >90, >120 en >180. In zijn algemeenheid geldt (net als in de huidige regeling) de grens van >180 dagdoseringen voor het binnen de afbakening van de Wtcg vallen voor het onderdeel geneesmiddelengebruik. Daar waar geneesmiddelen op grond van gemiddeld chronisch gebruik in een andere categorie vallen, is dit expliciet aangegeven.

Punt 4 van de bovengenoemde lacunes is ingebracht in de expertgroep ziekenhuiszorggebruik.

### **7.3 Algemene informatie ATC-systematiek**

De Praktijk heeft ervoor gekozen bij het ontwikkelen van een verbeterde afbakening voor de doelgroep Wtcg voor het onderdeel geneesmiddelengebruik aan te sluiten bij de ATC-codering. Het ATC-klasseringssysteem is een mondiaal geneesmiddelen-classificatiesysteem. Ieder geneesmiddel heeft één of meer unieke ATC-codes.

In deze ATC-code worden geneesmiddelen ingedeeld in groepen naar het orgaan of systeem waarop ze werkzaam zijn en/of hun therapeutische of chemische eigenschappen.

Iedere code start met een letter die weergeeft in welke van de 14 gehanteerde hoofdgroepen het geneesmiddel wordt ingedeeld. Dit zijn de volgende groepen:

## 14 ATC hoofdgroepen

- A: Maagdarmkanaal en metabolisme
- B: Bloed en bloedvormende organen
- C: Cardiovasculair
- D: Dermatologica
- G: Genito-urinair systeem en geslachtshormonen
- H: Systemische hormonale preparaten, m.u.v. insuline en geslachtshormonen
- J: Anti-infectie middelen voor systemisch gebruik
- L: Antineoplasie en immunomodulerende stoffen
- M: Spier- en skeletstelsel
- N: Zenuwstelsel
- P: Antiparasitische middelen, insecticiden en repellents
- Q: Veterinaire geneesmiddelen
- R: Ademhalingsstelsel
- S: Zintuiglijke organen

Vervolgens bestaat de code uit twee cijfers voor de therapeutische hoofdgroep, één letter die de therapeutische/farmacologische subgroep weergeeft, één letter voor de chemische/therapeutische/farmacologische subgroep en twee cijfers voor de subgroep chemische stof.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de bevindingen en aanbevelingen van de experts per ATC-hoofdgroep (in alfabetische volgorde) behandeld.

### 7.4 ATC hoofdgroep A: Maagdarmkanaal en metabolisme

Groep A is als volgt ingedeeld:

01. Mondpreparaten
02. Zuurgerelateerde aandoeningen
03. Functionele gastro-intestinale aandoeningen
04. Anti-emetica en anti-misselijkheid
05. Gal- en levertherapeutica
06. Laxantia
07. Anti-diarree, intestinaal anti-inflammatoir/ anti-infectie
09. Digestiva inclusief enzymen
10. Diabetesmiddelen

- 11. Vitamines
- 12. Mineraalsupplementen
- 14. Anabolica voor systemisch gebruik
- 16. Overige maagdarmkanaal en metabolisme aandoeningen

De experts hebben geadviseerd geneesmiddelen uit subgroep 16 toe te voegen aan de afbakening.

#### **7.4.1 A04: Anti-emetica**

Uit categorie A04, de anti-emetica is geen enkel geneesmiddel opgenomen in de huidige FKG's. De expertgroep heeft geconcludeerd dat er geneesmiddelen die specifiek worden voorgeschreven voor profylaxe van misselijkheid en braken ten gevolge van chemotherapie en radiotherapie in de criteria ontbraken. De volgende middelen worden toegevoegd:

- Ondansetron
- Granisetron
- Tropisetron
- Aprepitant

De DDD-grens van deze middelen wordt gesteld op 5, zodat kan worden voorkomen dat ook profylaxe van postoperatieve misselijkheid en braken geïnccludeerd worden.

#### **7.4.2 A07: Anti-diarree, intestinaal anti-inflammatoir / anti-infectie**

Van categorie A07 (anti-diarree, intestinaal anti-inflammatoir en anti-infectie middelen) zijn de volgende middelen reeds opgenomen in de FKG's:

- Bethamethason
- Budesonide
- Mesalazine
- Olsalazine
- Sulfasalazine

Deze middelen worden gebruikt voor de chronische indicaties Crohn, colitis ulcerosa en reuma. In categorie A07 ontbreekt volgens de experts één geneesmiddel, dat wel voor de aandoeningen Crohn en colitis ulcerosa wordt gebruikt, namelijk beclomethason. Het middel wordt eveneens gebruikt bij astma, maar heeft dan een andere ATC-code. Voor de gehele categorie A07 wordt een DDD-grens van 120 gesteld.

#### **7.4.3 A09: Digestiva**

Uit categorie A09, de digestiva, is één geneesmiddel opgenomen in de FKG-lijst, namelijk multi-enzymen. Dit middel wordt gebruikt voor de chronische

indicatie pancreasinsufficiëntie. De expertgroep heeft besloten de DDD-grens te verlagen omdat op deze manier, naast kinderen met CF, ook volwassenen die minder dan zes maanden multi-enzymen gebruiken worden geïnccludeerd.

#### **7.4.4 A10: Diabetes**

In de categorie A10 zijn de geneesmiddelen op te delen in de chronische indicatie voor DM type I (A10a) en DM type II (A10b). Van diabetesgeneesmiddelen voor DM type I zijn een twaalfstal geneesmiddelen opgenomen in de FKG's. Dit zijn de volgende middelen:

- Insuline, snel/humaan
- Insuline, snel/lispro
- Insuline, snel/aspart
- Insuline, snel/glulisine
- Insuline,  
middelsnel/humaan
- Insuline,  
middelsnel&snel/  
humaan
- Insuline,  
middelsnel&snel/lispro
- Insuline, middelsnel  
&snel/aspart
- Insuline, lang/humaan
- Insuline, lang/glargine
- Insuline, lang/detemir
- Insuline,  
inhalatie/humaan

Voor DM type II zijn de volgende geneesmiddelen opgenomen in de FKG-lijst:

- Metformine
- Glibenclamide
- Tolbutamide
- Glipizide
- Gliclazide
- Glimepiride
- Metformine (met glibenclamide)
- Metformine (met rosiglitazon)
- Glimepiride (met rosiglitazon)
- Metformine (met pioglitazon)
- Acarbose
- Rosiplitazon
- Pioglitazon
- Sitagliptine
- Repaglinide
- Nateglinide
- Exenatide

Alle geneesmiddelen in de categorie A10A, de insuline-analoga, zijn opgenomen. In categorie A10A ontbrak volgens de expertgroep nog een viertal middelen, deze zijn opgenomen. Hierbij gaat het om:

- Metformine met sitagliptine
- Metformine met vildagliptine
- Sitagliptine
- Vildagliptine

#### **7.4.5 A16: Overige maagdarmkanaal- en metabolisme geneesmiddelen**

Uit de categorie A16 met overige maagdarmkanaal- en metabolisme geneesmiddelen zijn geen geneesmiddelen opgenomen in de FKG's. Deze categorie wordt onderverdeeld in aminozuren en afgeleide verbindingen, enzymen, en diverse maagdarmkanaal- en metabolismeproducten. De expertgroep heeft besloten geneesmiddelen op te nemen voor de chronische ziekten nefropathische cystinose, ziekte van Gaucher, ureumcyclusstoornis, de ziekte van Wilson en hypertyrosinemie. Dit zijn de volgende geneesmiddelen, tussen haakjes is de door de experts gestelde DDD-grens weergegeven:

- Mercaptamine (90)
- Carglumidezuur (180)
- Betaïne (90)
- Imiglucosidase-alfa (180)
- Nitisinon (180)
- Zinkacetaat (180)
- Miglustat (180)

## 7.5 ATC hoofdgroep B: bloed en bloedvormende organen

ATC-hoofdgroep B is als volgt ingedeeld:

- 01 Anti-thrombotica
- 02 Anti-hemorragica
- 03 Anti-anemische preparaten
- 05 Bloedsupplementen en perfusie-oplossingen
- 06 Andere hematologische preparaten

De experts hebben geadviseerd geneesmiddelen uit subgroep 01 toe te voegen aan de afbakening en enkele reeds opgenomen geneesmiddelen uit subgroep 03 te verwijderen.

### 7.5.1 B01: anti-thrombotica

Voor de categorie B01, de anti-thrombotica zijn de volgende geneesmiddelgroepen opgenomen in de FKG-lijst:

- Vitamine K-antagonisten
- Heparinegroep
- Thrombocytenaggregatieremmer
- Enzymen
- Directe trombineremmers
- Overige anti-thrombotica

De expertgroep heeft besloten geneesmiddelen voor pulmonale hypertensie klasse III en IV op te nemen, namelijk epoprostenol, iloprost en treprostinil. De DDD-grens is gesteld op 5. Ook geneesmiddelen voor pulmonale hypertensie uit andere ATC-categorieën zijn toegevoegd.

### 7.5.2 B03: Middelen bij anemie

In categorie B03 zijn de middelen bij anemie te vinden. Deze categorie is onderverdeeld in de ijzerpreparaten, vitamine B12 & foliumzuur en de overige middelen bij anemie. Drie geneesmiddelen uit de laatste categorie zijn door de expertgroep verwijderd van de FKG-lijst. Dit omdat zij niet specifiek genoeg voor één chronische indicatie zijn. Daarbij zijn dialyse-, kanker- en anemiepatiënten goed te identificeren via DBC's. De volgende geneesmiddelen zijn verwijderd:

- Erytropoïetine
- Darbepoïetine alfa
- Methoxy-polyethyleen-glycol-epoïetine beta

## 7.6 ATC hoofdgroep C: Cardiovasculair

Hoofdgroep C, cardiovasculair is als volgt ingedeeld:

- 01 Cardiale therapie
- 02 Antihypertensiva
- 03 Diuretica
- 04 Perifere vasodilatantia
- 05 Vasoprotectiva
- 07 Betablokkers
- 08 Calciumantagonisten
- 09 Middelen die aangrijpen op het RAAS
- 10 Antilipaemica

De subgroepen cardiale therapie en diuretica zijn opgenomen in de FKG-lijst.

### 7.6.1 C01: Cardiaca

Voor de categorie cardiaca zijn de volgende geneesmiddelen opgenomen:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| - Digoxine               | - Oxedrine               |
| - Ouabaine/strofantine-G | - Ibopamine              |
| - Kinidine               | - Milrinon               |
| - Procaïnamide           | - Enoximon               |
| - Disopyramide           | - Nitroglycerine         |
| - Lidacaïne              | - Isosorbide dintraat    |
| - Tocaïnide              | - Isosorbide mononitraat |
| - Aprindine              | - Nicorandil             |
| - Propafenon             | - Indometacine           |
| - Flecaïnide             | - Crataegus glucosiden   |
| - Ibutilide              | - Adenosine              |
| - Isoprenaline           | - Ivabradine             |
| - Dobutamine             |                          |

Deze geneesmiddelen worden gebruikt bij de chronische indicaties hartfalen, hartritmestoornissen en angina pectoris.

De expertgroep heeft besloten alle geneesmiddelen op te nemen in de FKG's:

- Cardiaca
- Anti-aritmische middelen klasse I en III
- Hartstimulatie exclusief hartglycosiden
- Vasodilatantia bij hartziekten
- Overige cardiaca

De geneesmiddelen ouabaine, tocaïnide, aprindine, crataegusglucosiden zijn uit de handel genomen en dienen te worden verwijderd van de FKG-lijst.



### 7.6.2 C02: Anti-hypertensiva

De geneesmiddelen uit de categorie anti-hypertensiva zijn niet opgenomen, omdat zij niet specifiek voor chronische ziekten zijn. De expertgroep heeft besloten de geneesmiddelen bosentan, ambrisentan en sitaxentan op te nemen. Dit zijn geneesmiddelen voor pulmonale hypertensie klasse III en IV. De DDD-grens is vastgesteld op 5.

### 7.6.3 C03: Diuretica

In de categorie C03, de diuretica, zijn Furosemide en Bumetanide opgenomen in de FKG's. Dit zijn high ceiling diuretica. Van de volgende subcategorieën zijn geen geneesmiddelen opgenomen:

- low-ceiling diuretica thiaziden
- low-ceiling diuretica exclusief thiaziden
- kaliumsparende middelen
- diuretica met kaliumsparende middelen

De expertgroep heeft de aanbeveling gedaan geen geneesmiddelen uit deze categorie toe te voegen; deze worden gebruikt voor hypertensie en oedeem, deze aandoeningen kunnen volgens de experts niet worden gerekend tot de chronische ziekten met meerkosten.

### 7.6.4 C04: Perifere vasodilatantia

In de categorie perifere vasodilatantia zijn door de expertgroep twee middelen specifiek voor de indicatie claudicatio intermittens opgenomen:

- Pentoxifylline
- Buflomedil

De DDD-grens is vastgesteld op 180 voor de totale categorie. Aandachtspunt: Als patiënten deze middelen voor claudicatio intermittens gebruiken zonder dat zij eveneens geneesmiddelen voor andere hartaandoeningen gebruiken, halen deze patiënten de DDD-grens niet.

## 7.7 ATC hoofdgroep D: Dermatologica

In ATC-groep D, dermatologica, zijn de volgende categorieën te onderscheiden:

01. Antimycotica voor dermatologisch gebruik
02. Emollientia en protectiva
03. Wond en ulcusmiddelen
04. Antipruritica
05. Psoriasismiddelen
06. Antimicrobiële middelen voor dermatologisch gebruik
07. Dermatologische corticosteroïden
08. Desinfectantia
09. Geïmpregneerde verbandmiddelen
10. Acnepreparaten
11. Overige dermatologische preparaten

Uit de gehele groep dermatologica-geneesmiddelen is geen enkel geneesmiddel opgenomen in de FKG-lijst. De expertgroep heeft besloten dat de indicatie psoriasis niet tot de chronische aandoeningen met meerkosten kan worden gerekend en dat geneesmiddelen voor deze aandoening niet moeten worden toegevoegd aan de criteria. Patiënten met zeer ernstige psoriasis worden gevonden via de geneesmiddelen etanercept, infliximab en adalimumab, die zijn ingedeeld in CG Reuma.

## **7.8 ATC hoofdgroep G: Genito-urinair systeem en geslachtshormonen**

De ATC-groep G bevat geneesmiddelen voor het genito-urinair systeem en geslachtshormonen. Uit deze groep zijn geen geneesmiddelen opgenomen in de FKG's. De subcategorieën in deze groep zijn:

01. Gynaecologische antimicrobiële middelen
02. Overige gynaecologische middelen (o.a. anticonceptiva)
03. Geslachtshormonen en modulatoren van het genitale stelsel
04. Urologica

Ernstige endometriose patiënten worden gevonden via het gebruik van busereline en analoga in CG kanker.

## **7.9 ATC hoofdgroep H: Systemische hormonale preparaten**

In ATC-groep H worden de systemische hormonale preparaten als volgt ingedeeld:

01. Hypofyse- hypothalamushormonen en verwante verbindingen
02. Corticosteroiden voor systemisch gebruik
03. Schildkliermiddelen
04. Pancreashormonen
05. Calciumregulerende middelen

De subcategorieën H01 hypofyse- en hypothalamushormonen en H03 verwante verbindingen en schildkliermiddelen zijn opgenomen in de FKG-lijst.

### **7.9.1 H01: Hypofyse- en hypothalamushormonen en verwante verbindingen**

In deze subcategorie is het geneesmiddel somatropine reeds opgenomen in de FKG's. De expertgroep heeft besloten ook een specifiek geneesmiddelen bij MS en epilepsie opgenomen, namelijk tetracosactide. De DDD-grens voor dit middel is gesteld op 5.

De expertgroep heeft eveneens besloten een drietal middelen die worden gebruikt bij behandeling van endocriene tumoren en acromegalie, toe te voegen:

- Pegvisomant

- Octreotide
- Lanreotide

### **7.9.2 H02, H04, H05: Systemische hormonale preparaten m.u.v. insuline en geslachtshormonen**

De categorieën H02 en H04 zijn niet meegenomen in de FKG's. De geneesmiddelen in deze categorieën zijn niet specifiek genoeg om chronisch gebruik te identificeren. Voor categorie H05 is één geneesmiddel opgenomen dat wordt gebruikt bij hyperparathyroïdie bij dialysepatiënten en bij maligniteiten. Ook geneesmiddelen gebruikt bij zeer ernstige osteoporose zijn toegevoegd. Onderstaande geneesmiddelen zijn toegevoegd:

- Cinacalcet
- Teriparatide
- Parathyroïdhormoon

Het eerste middel heeft een DDD-grens van 5, de andere twee van 180.

### **7.9.3 H03: Schildkliermiddelen**

De expertgroep heeft zich gebogen over de vraag of middelen voor schildklierandoeningen toegevoegd dienden te worden aan de criteria. Schildkliermiddelen zijn niet opgenomen vanwege het oordeel van de experts dat patiënten met schildklierandoeningen over het algemeen goed zijn ingesteld op geneesmiddelen en er in die situatie geen aanwijzingen zijn voor het bestaan van meerkosten. De middelen die gebruikt worden voor hypo- of hyperthyreoïdie zijn dan ook niet opgenomen.

## **7.10 ATC hoofdgroep J: Antivirale middelen voor systemisch gebruik**

ATC hoofdgroep J bevat de volgende subcategorieën:

- 01 Antibacteriële middelen voor systemisch gebruik
- 02 Antimycotica voor systemisch gebruik
- 04 Antimycobacteriële geneesmiddelen
- 05 Antivirale middelen voor systemisch gebruik
- 06 Immunoglobulines
- 07 Sera

Alleen van subcategorie J05 zijn middelen opgenomen in het huidige FKG-systeem.

### **7.10.1 J01 tot en met J04 en J07: Antibacteriële middelen, antimycotica en sera**

Uit geen van deze categorieën zijn geneesmiddelen opgenomen in het huidige FKG-systeem. Aangezien geen van de middelen uit deze subcategorieën specifiek gebruikt wordt voor chronische ziekten, heeft de expertgroep besloten geen middelen uit deze categorieën toe te voegen aan de afbakening.

### **7.10.2 J05: Antivirale middelen voor systemisch gebruik**

Uit deze categorie zijn de volgende middelen opgenomen in het bestaande systeem:

- Ganciclovir
- Cidofovir
- Valganciclovir
- Foscarnet
- Saquinavir
- Indinavir
- Ritonavir
- Nelfinavir
- Amprenavir
- Lopinavir
- Fosamprenavir
- Atazanavir
- Tipranavir
- Darunavir
- Zidovudine
- Didanosine
- Zalcitabine
- Stavudine
- Lamivudine
- Abacavir
- Tenofovir
- Emitricitabine
- Nevirapine
- Efavirenz
- Zidovudine met lamivudine
- Lamivudine met abacavir
- Tenofovir met emitricitabine
- Zidovudine met lamivudine
- Enfuvirtide

Uit de categorie J05AF zijn alleen de middelen die gebruikt worden bij HIV-infecties opgenomen. In de categorie J05AX ontbreekt het middel maraviroc (middel bij HIV-infecties), de expertgroep heeft dit middel toegevoegd.

De expertgroep heeft geconstateerd dat de middelen die gebruikt worden bij chronische hepatitis ten onrechte niet zijn opgenomen en heeft deze middelen toegevoegd. Het gaat om:

- Adefovir
- Entecavir
- Telbivudine

Voor deze middelen wordt een DDD-grens van 180 gehanteerd.

#### **7.10.2 J06: Immunoglobulines**

Uit de categorie immunoglobulines is geen enkel geneesmiddel opgenomen in de FKG's. De expertgroep heeft besloten alle geneesmiddelen op te nemen die voornamelijk worden gebruikt bij chronische aandoeningen. Het middel immunoglobuline wordt gebruikt voor patiënten met immunodeficiënties, spierziekten en bloedziekten en wordt met een DDD-grens van 5 toegevoegd aan de criteria.

## **7.11 ATC hoofdgroep L: antineoplasie en immunomodulerende stoffen**

De hoofdgroep L bestaat uit de volgende categorieën:

- 01 Antineoplastische geneesmiddelen
- 02 Endocriene therapie
- 03 Immunostimulantia
- 04 Immunosuppressiva

In de huidige FKG-systematiek zijn geneesmiddelen opgenomen uit de categorieën 01, 03 en 04.

#### **7.11.1 L01: Antineoplastische geneesmiddelen**

Categorie L01 bevat in de FKG-systematiek de volgende middelen voor de chronische indicatie maligniteiten:

- Cyclofosfamide
- Chloorambucil

- Melfalan
- Ifosfamide
- Busulfan
- Thiotepa
- Carmustine
- Lomustine
- Streptozocine
- Temozolomide
- Dacarbazine
- Methotrexaat
- Taltitrexed
- Pemetrexed
- Mercaptopurine
- Tioguanine
- Cladribine
- Fludarabine
- Cytarabine
- Fluorouracil
- Gemcitabine
- Capecitabine
- Tegafur, combinaties
- Vinblastine
- Vincristine
- Vinorelbine
- Etoposide
- Teniposide
- Paclitaxel
- Docetaxel
- Dactinomycine
- Doxorubicine
- Daunorubicine
- Epirubicine
- Mitoxantron
- Bleomycine
- Mitomycine
- Cisplatine
- Carboplatine
- Oxaliplatin
- Procarbazine
- Rituximab
- Trastuzumab
- Alemtuzumab
- Cetuximab
- Bevacizumab
- Imatinib
- Erlotinib
- Sunitinib
- Sorafenib
- Dasatinib
- Amsacrine
- Asparaginase
- Hydroxycarbamide
- Estramustine
- Tretinoïne
- Topotecan
- Irinotecan
- Mitotaan
- Bexaroteen
- Arseentrioxide
- Bortezomib

Met uitzondering van 2 geneesmiddelen zijn in deze categorie alle in Nederland beschikbare middelen opgenomen. Ten onrechte zijn de middelen nilotinib en anagrelide niet opgenomen, deze worden toegevoegd aan de afbakening met een DDD-grens van 5.

Het middel raltitrexed kan uit de bestaande lijst worden verwijderd, dit middel is uit de handel genomen.

#### **7.11.2 L02: Endocriene therapie**

Deze categorie bevat de subcategorieën L02A: Hormonen en L02B: Anti-hormonen. Geen enkel geneesmiddel uit deze categorie is opgenomen in de FKG-lijst. De expertgroep heeft besloten de volgende middelen die specifiek worden gebruikt bij oncologische aandoeningen op te nemen met een DDD-grens van 90:

- Busereline
- Leuproreline
- Gosereline
- Triptoreline
- Tamoxifen
- Fulvestrant

- Flutamide
- Nilutamide
- Bicalutamide
- Aminoglutethimide
- Anastrozol
- Letrozol
- Exemestaan

#### **7.11.3 L03: Immunostimulantia**

Uit deze subcategorie zijn de volgende middelen, die gebruikt worden voor de indicaties maligne aandoeningen, chronische hepatitis en multiple sclerose opgenomen in de FKG's:

- Filgrastim
- Molgramostim
- Lenograstim
- Pegfilgrastim
- Interferon beta-1A
- Interferon beta-1B
- Aldesleukine
- Immunocyanine
- Glatirameer

De expertgroep heeft geconstateerd dat de volgende geneesmiddelen voor maligniteiten moeten worden toegevoegd aan de criteria:

- Interferon gamma
- Interferon alfa-2A
- Interferon alfa-2B

Daarnaast dienen de volgende middelen voor gebruik bij chronische hepatitis te worden toegevoegd:

- Peginterferon alfa-2A
- Peginterferon alfa-2B

#### **7.11.4 L04: Immunosuppressiva**

In deze categorie zijn de volgende middelen opgenomen voor de chronische indicaties reuma, transplantatie, Crohn/colitis ulcerosa:

- |                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| - Ciclosporine                      | - Infliximab   |
| - Muromonab                         | - Leflunomide  |
| - Antithymocyten<br>immunoglobuline | - Anakinra     |
| - Tacrolimus                        | - Adalimumab   |
| - Mycofenolaat                      | - Everolimus   |
| - Daclizumab                        | - Natalizumab  |
| - Baliximab                         | - Abatacept    |
| - Sirolimus                         | - Azathioprine |
| - Atanercept                        | - Methotrexaat |
|                                     | - Lenalidomide |

Alle in Nederland beschikbare middelen uit deze categorie zijn opgenomen, met uitzondering van het middel thalidomide. Dit middel is weliswaar niet

geregistreerd voor deze indicatie, maar wordt met name gebruikt ter behandeling van de ziekte van Kahler. De expertgroep heeft besloten dit middel toe te voegen aan de criteria.

## **7.12 ATC hoofdgroep M: Skeletspierstelsel**

Binnen deze hoofdgroep bestaan de volgende categorieën:

- 01 Anti-inflammatoire en antireumatische middelen
- 02 Lokale antirheumatica
- 03 Spierrelaxantia
- 04 Jichtmiddelen
- 05 Middelen bij botziekte

Middelen uit categorieën 01 en 05 zijn opgenomen in de FKG-systematiek.

### **7.12.1 M01: Anti-inflammatoire en antireumatische middelen**

Alle in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen in deze categorie zijn opgenomen in de FKG-lijst. Het gaat om de volgende middelen:

- Natriumurothiomalaat
- Auranofine
- Aurothioglucose
- Penicillamine
- Baclofen

De expertgroep heeft besloten deze lijst met een DDD-grens van 90 te handhaven omdat al deze middelen worden gebruikt bij de indicatie reuma. Het middel aurothioclucose kan uit de lijst worden verwijderd omdat dit uit de handel is genomen.

Van categorie M02 (lokale antireumatica) heeft de expertgroep ervoor gekozen het geneesmiddel DMSO, dat gebruikt wordt bij posttraumatische dystrofie toe te voegen aan de criteria.

### **7.12.2 M03: Spierrelaxantia en M04: Jichtmiddelen**

Uit deze categorie is alleen het middel baclofen opgenomen in de FKG-lijst. Andere geneesmiddelen uit deze categorie die eveneens gebruikt worden bij chronische spasticiteit door bijvoorbeeld MS of cerebrale verlamingsverschijnselen dienen volgens de expertgroep te worden toegevoegd met een DDD-grens van 90. Het gaat om de middelen tizanidine en dantroleen.

De experts zijn van mening dat de groep patiënten die gediagnosticeerd zijn met jicht een grote spreiding kent in ernst en mate van de aandoening en de daarmee samenhangende beperkingen en meerkosten. De experts hebben dan ook

besloten geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van jicht niet toe te voegen aan de criteria.



### 7.12.3 M05: Middelen bij botziekten

Uit deze categorie is, volgens de experts ten onrechte, geen enkel middel opgenomen in de huidige FKG-systematiek. Eén geneesmiddel uit deze categorie is specifiek voor de behandeling van zeer ernstige osteoporose. De expertgroep heeft besloten het middel strontiumranelaat toe te voegen aan de criteria.

## 7.13 ATC hoofdgroep N: Zenuwstelsel

ATC-groep N bestaat de volgende categorieën:

- 01 Anaesthetica
- 02 Analgetica
- 03 Anti-epileptica
- 04 Parkinsonmiddelen
- 05 Psycholeptica
- 06 Psychoanaleptica
- 07 Overige middelen werkzaam op het zenuwstelsel

In de huidige systematiek zijn middelen uit de categorieën 03 tot en met 07 opgenomen.

### 7.13.1 N03: Anti-epileptica

Uit categorie N03 zijn in de huidige criteria de volgende middelen opgenomen voor de chronische indicatie epilepsie:

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| - Methylfenobarbital | - Valproïnezuur |
| - Fenobarbital       | - Vigabatrine   |
| - Primidon           | - Sultiame      |
| - Feytoïne           | - Lamotrigine   |
| - Ethosuximide       | - Felbamaat     |
| - Mesuximide         | - Topiramaat    |
| - Carbamazepine      | - Levetiracetam |
| - Oxacarbazepine     |                 |

De middelen methylfenobarbital en mesuximide kunnen worden verwijderd uit de lijst omdat deze uit de handel zijn genomen. De expertgroep constateert dat ten onrechte een aantal middelen bij epilepsie ontbreekt in de lijst. De volgende middelen worden toegevoegd:

- Clonazepam
- Gabapentine
- Zonisamide
- Pregabaline
- Lacosamide

Gabapentine en pregabaline worden in veel gevallen ook voor pijnbestrijding gebruikt. Door echter een DDD-grens van 180 te hanteren, zullen met name epilepsie-patiënten geïnccludeerd worden. Deze zelfde redenering geldt voor het middel clonazepam (eveneens gebruikt voor angst- en paniekstoornissen, maar dan in een lagere dagdosering).

### 7.13.2 N04: Parkinsonmiddelen

Van deze categorie zijn nagenoeg alle middelen opgenomen in de FKG-lijst:

- Levodopa
- Amantadine
- Bromocriptine
- Pergolide
- Ropinirol
- Pramipexol
- Apomorfine
- Selegiline
- Rasagiline
- Entacapone

De volgende middelen ontbreken en dienen te worden toegevoegd: rotigotine en tolcapon. Parsympathicolytica worden niet opgenomen omdat deze niet specifiek genoeg worden geacht voor behandeling bij de ziekte van Parkinson. Deze worden eveneens veelvuldig gebruikt bij de behandeling van extrapyramidale bijwerkingen van geneesmiddelen en zouden bij opname in de criteria een groot aantal 'vals positieven' opleveren.

### 7.13.3 N05: Psycholeptica en N06: Psychoanaleptica

Van deze categorieën is een groot aantal middelen opgenomen in de huidige FKG-systematiek:

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| - Chloorpromazine   | - Bromiden        |
| - Levomepromazine   | - Melatonine      |
| - Promazine         | - Flupentixol     |
| - Flufenazine       | - Chloorprotixeen |
| - Perfenazine       | - Zuclopentixol   |
| - Prochloorperazine | - Fluspirileen    |
| - Periciazine       | - Pimozide        |
| - Thioridazine      | - Penfluridol     |
| - Haloperidol       | - Sertindol       |
| - Pipamperon        | - Clozapine       |
| - Broomperidol      | - Olanzapine      |
| - Benperidol        | - Quetiapine      |
| - Sulpiride         | - Despiramine     |
| - Lithium           | - Imipramine      |
| - Risperidon        | - Clomipramine    |
| - Aripiprazol       | - Trimipramine    |
| - Paliperidon       | - Amitriptyline   |
| - Hydroxyzine       | - Nortriptyline   |
| - Meprobaat         | - Doxepine        |
| - Buspiron          | - Dosulepine      |
| - Mefenoxalon       | - Maprotiline     |
| - Pentobarbital     | - Fluoxetine      |
| - Amobarbital       | - Citalopram      |
| - Butobarbital      | - Paroxetine      |
| - Bartibal          | - Sertraline      |
| - Secobarbital      | - Fluvoxamine     |
| - Cyclobarbital     | - Escitalopram    |
| - Hexobarbital      | - Fenelzine       |
| - Chloralhydraat    | - Tranlycypromine |
| - Bromisoval        | - Moclobemide     |
| - Scopolamine       | - Oxytriptan      |

- Mianserine
- Trazodon
- Mirtrazapine
- Venlafaxine
- Duloxetine
- Methylfenidaat
- Atomoxetine
- Rivastigmine
- Galantamine
- Memantine

De expertgroepen hebben besloten dat antidepressiva ter behandeling van lichte depressie niet in de afbakening dient te worden opgenomen omdat lichte depressie niet wordt aangemerkt als een chronische aandoening met meerkosten. Alle middelen uit de categorie N06A worden daarom verwijderd uit de criteria. De middelen uit categorie N06 B (psychostimulantie), die worden gebruikt ter behandeling van ADHD en noötropica blijven gehandhaafd met een DDD-grens van 90, zodat ook gebruik bij kinderen wordt opgespoord. De middelen uit subcategorie N06D, die gebruikt worden bij dementie, blijven gehandhaafd.

#### **7.13.4 N07: Overige middelen werkzaam op het zenuwstelsel**

De volgende middelen zijn opgenomen in de FKG-lijst:

- Disulfiram
- Acamprosaat
- Naltrexon

De expertgroep heeft geconstateerd dat er een drietal middelen uit deze categorie, die gebruikt worden bij myasthenia gravis, ontbreken. Het gaat om de middelen neostigmine, pyridostigmine en distigmine. Deze worden door de experts toegevoegd aan de criteria.

### **7.14 ATC hoofdgroep P: Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen**

In deze groep is alleen het middel hydrocholoquine in de FKG-lijst opgenomen. Dit middel wordt voorgeschreven voor de chronische indicaties reuma en lupus erythematodes. Dit middel is door de expertgroep ingedeeld bij de chronische groep reuma, het is aannemelijk dat hydroxychloroquine voornamelijk gebruikt zal worden bij deze groep patiënten (29.000 personen).

### **7.15 ATC hoofdgroep R: Ademhalingssysteem**

In het FKG-systeem zijn de volgende middelen uit subcategorie R03 opgenomen:

- Salbutamol
- Terbutaline
- Fenoterol
- Salmeterol
- Formoterol
- Beclomethason
- Budesonide
- Fluticason
- Ciclesonide
- Ipratropium bromide
- Tiotropium bromide
- Cromoglicinezuur
- Nedocromil
- Orciprenaline
- Salbutamol
- Terbutaline
- Fenoterol
- Diprofylline
- Theofyline
- Aminofyline
- Montelukast
- Omazilumab

Alle geneesmiddelen uit de categorie R03 zijn opgenomen in de lijst, met uitzondering van één geneesmiddel (efedrine) dat voor meerdere indicaties wordt gebruikt.

Van categorie R05 is alleen dornase alfa opgenomen, dat gebruikt wordt bij de behandeling van CF. De expertgroep heeft besloten deze lijst te handhaven.

## 7.16 ATC hoofdgroep S: Zintuiglijke organen

Van groep S zijn alleen middelen uit subgroep S01 opgenomen in de huidige FKG-lijst. Het gaat om de geneesmiddelen:

- Dipivefrine
- Apraclonidine
- Brimonidine
- Pilocarpine
- Carbachol
- Fysostigmine
- Aceclidine
- Acetylcholine
- Acetazolamide
- Dorzolamide
- Brinzolamide
- Timolol
- Betaxolol
- Levobunolol
- Metipranolol
- Carteolol
- Latanoprost
- Bimatoprost
- Travoprost
- Overige glaucoompreparaten

Er zijn, volgens de expertgroep terecht, geen geneesmiddelen uit de categorieën S01 A, B, C, F, H, J, K, L en X opgenomen, omdat deze middelen niet specifiek worden gebruikt bij chronische ziekten. De expertgroep heeft besloten dat glaucoom niet mag worden gerekend tot de chronische aandoeningen met meerkosten, omdat meerkosten bij patiënten die goed zijn ingesteld op medicatie niet of nauwelijks voorkomen. Alle middelen uit de categorie S01E (alle bovengenoemde middelen) worden dan ook uit de afbakeningscriteria verwijderd.

## 7.17 ATC hoofdgroep V: Overige therapeutische middelen

Alle geneesmiddelen uit de subcategorie V03AE zijn opgenomen. Het gaat om de middelen:

- Polystyreensulfonzuur
- Sevelamer
- Lanthaancarbonaat

De expertgroep heeft besloten deze middelen op de lijst te handhaven en de DDD-grens van deze middelen te verlagen naar 5. Deze drie middelen zijn specifiek voor de behandeling van hyperkaliëmie en hyperfosfatemie bij chronische nierinsufficiëntie.

## Hoofdstuk 8 Analyse voorstel versus witte vlekken

Na het beoordelen van alle typeringslijsten en het vormgeven van het voorstel, is een vergelijking gemaakt met de bevindingen uit de witte vlekken analyse op grond van de bestanden die van de CG-Raad zijn ontvangen. Het blijkt dat ruim 85 % van de geïdentificeerde witte vlekken worden gevonden in de verfijndere afbakeningscriteria, in onderstaande tabel staat steeds het aantal meldingen dat al dan niet in de nieuwe afbakening wordt gevonden vermeld, het bestand van de CG-Raad bevatte in totaal 2.842 meldingen:

Witte vlekken CG-raad		
Meldpunt eigen risico compensatie		
In nieuwe afbakening	2115	74%
Niet in nieuwe afbakening, niet chronisch	24	1%
Niet in nieuwe afbakening, geen meerkosten	349	12%
Niet in nieuwe afbakening, niet mogelijk	64	2%
Niet in nieuwe afbakening, onvoldoende specifiek afgrensbaar	290	10%
Totaal aantal meldingen	2842	100%

Van deze 85% wordt 13% wel gevonden, maar valt omdat de expertgroep heeft geoordeeld dat de betreffende aandoeningen niet voldoen aan de gehanteerde definities van 'chronisch ziek' en/of 'meerkosten' niet binnen de nieuwe afbakening (zie ook hoofdstuk 4 voor een toelichting op deze definities). Het gaat dan met name om de in paragraaf 6.2 besproken aandoeningen als lichte depressie, jicht, artrose, glaucoom en schildklieraandoeningen.

In paragraaf 6.2 kwam eveneens aan de orde dat een aantal diagnoses uit de afbakening is verwijderd omdat de experts deze conform de gehanteerde definities niet in aanmerking vonden komen voor opname in de criteria en waarvan de experts verwachtten dat personen met een ernstige mate van deze betreffende aandoeningen via een ander Wtcg-afbakeningscriterium (gebruikt van hulpmiddelen, extramurale AWBZ-zorg of Wmo huishoudelijke verzorging) binnen de afbakening zou kunnen worden gehaald. Vektis heeft hiertoe een berekening uitgevoerd, waarbij gebleken is dat een deel van de personen met de in paragraaf 6.2 genoemde aandoeningen op grond van overig zorggebruik binnen de afbakening valt:

<b>Berekeningen Vektis includeren diagnoses op overig zorggebruik</b>					
	<b>Niet in afbakening</b>	<b>Ander zorggebruik, geen forfait</b>	<b>Laag forfait</b>	<b>Hoog forfait</b>	<b>Totaal</b>
Adipositas	5.700	1.200	2.000	400	9.400
Allergie	49.000	17.800	10.200	2.600	79.700
Artrose	74.000	48.700	66.800	31.600	221.000
Constitutioneel eczeem	80.900	16.900	16.100	6.200	120.200
Hernia nucleipulposi	53.600	13.700	26.200	8.300	101.900
Incontinentie	32.900	18.400	15.900	8.100	75.300
Jicht	5.500	2.400	3.400	2.000	13.400
Obstipatie	19.900	3.500	4.600	2.000	30.100
Osteoporose	6.500	3.500	6.100	4.000	20.100
Pmr/fibromyalgie	10.400	4.200	6.200	2.900	23.700
Psoriasis	24.500	6.000	8.700	3.300	42.500
Reflux	15.800	4.100	5.000	1.800	26.700
Slaapaandoeningen	24.000	8.100	8.300	3.500	43.800

Een deel van de chronisch zieken en gehandicapten met beperkingen en meerkosten uit de witte vlekken analyse wordt ten onrechte ook in de voorgestelde huidige systematiek niet gevonden. Het gaat dan om de volgende (deels) resterende witte vlekken:

## Deels resterende witte vlekken

## Resterende witte vlekken

Niet opnemen: onvoldoende specifiek	Verwijderd: onvoldoende specifiek	Niet in systeem te krijgen:
Spierreuma	Decubitus	Blindheid/ernstige slechtziendheid
Slaapaandoeningen	Artrose	Doofheid/ernstige slechthorendheid
Vetzucht	Botontkalking	Evenwichtsstoornissen
Eczeem		
Psoriasis		
Allergie		
Incontinentie (wel <i>faecale incontinentie</i> )		
Rughernia		

De Praktijk adviseert de Taskforce Wtcg te onderzoeken op welke wijze personen die leiden aan ernstige en beperkende visuele, auditieve of evenwichtsstoornissen<sup>10</sup> op een andere wijze kunnen worden geïdentificeerd en zo binnen de afbakening van de doelgroep kunnen vallen.

<sup>10</sup> Een deel van de blinden/slechtzienden en doven/slechthorenden wordt wel gevonden door het opnemen van BAHA en cochleaire implantaten binnen de afbakening ziekenhuiszorg.

## Hoofdstuk 9: Systematiek chronische groepen

### 9.1 Kenmerken chronische groepen

In paragraaf 5.4 is aangegeven dat het ziekenhuiszorg- en geneesmiddelengebruik bij bepaalde aandoeningen geïntegreerd is tot zogenoemde chronische groepen. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de kenmerken van deze chronische groepen.

Om te komen tot een samenhangend geheel van beoordeling en weging van geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik, is er zoals gesteld voor gekozen beide zorgvormen te bezien in één systematiek. Er bestaat grote overlap in geneesmiddelgebruik en ziekenhuiszorg voor dezelfde aandoening en patiënt. Voor deze integratie is een indeling gemaakt waarbij zowel geneesmiddelengebruik als ziekenhuiszorggebruik aan een chronische aandoening of aandoeningengroep kunnen worden verbonden. Deze indeling in zogenoemde 'chronische groepen' is gebaseerd op een indeling van soorten aandoeningen en sluit in beginsel aan op de indeling van FKG's. Daarbij is de lijst wel uitgebreid met enkele nieuwe 'chronische groepen' en zijn enkele FKG's samengevoegd (diabetes).

De verschillende door de expertgroepen bekrachtigde lijsten van ATC-codes en DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes zijn ingedeeld in deze chronische groepen en voorzien van een weging, die samenhangt met het recht op een bepaald forfait.

Vervolgens is, in nauw overleg met Vektis (de uitvoerder van de Wtcg als het gaat om het selecteren van personen met recht op een forfait op grond van de declaratiegegevens over geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik van zorgverzekeraars), een methodiek ontwikkeld voor de wijze waarop op basis van CG's wordt bepaald of personen op grond van zorggebruik recht hebben op een laag of hoog forfait. De indeling in CG's is nadrukkelijk bedoeld voor de uitvoering van de Wtcg en is geen voorspeller van zorgkosten in het licht van de verevening voor zorgverzekeraars.

De chronische groepen en de wegingssystematiek komen achtereenvolgens aan de orde in de paragrafen 8.2 en 8.3. Vektis heeft, op basis van deze methodiek en de voorstellen van de expertgroepen, een doorrekening gemaakt van de gevolgen van deze voorstellen. Deze worden inhoudelijk besproken in hoofdstuk 9.



## 9.2 Indeling chronische groepen

De Praktijk stelt de volgende indeling van chronische groepen voor:

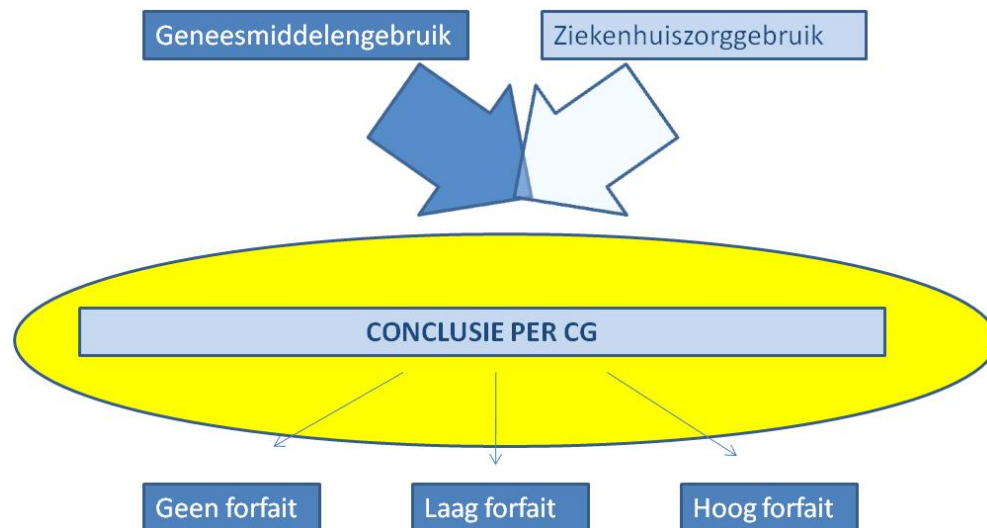
CHRONISCHE GROEPEN	
1. Aandoeningen hersenen/ruggemerg	14. Leveraandoeningen
2. Aangeboren afwijkingen	15. Longaandoeningen
3. Bot- & gewrichtsaandoeningen	16. Nieraandoeningen
4. Crohn & Colitis Ulcerosa	17. Niet-kwaadaardige bloedziekten
5. Cystic Fibrosis	18. Overige maag-darmaandoeningen
6. Diabetes	19. Parkinson
7. Endocriene aandoeningen	20. Psychische aandoeningen
8. Epilepsie	21. Pijnbestrijding
9. Hart- & vaataandoeningen	22. Reuma
10. HIV/Aids	23. Spieraandoeningen
11. Huidaandoeningen	24. Stofwisselingsziekten
12. Immunologische aandoeningen	25. Transplantatie
13. Kanker	

## 9.3 Weging en recht op forfait

In de huidige systematiek van de Wtcg bestaan geen chronische diagnosegroepen en wegen geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik voor dezelfde aandoening op een bepaalde wijze bij het bepalen of een persoon al dan niet in aanmerking komt voor een (hoog of laag) forfait. In de systematiek van chronische diagnosegroepen zijn deze beide zorgvormen bijeengebracht en komt de vraag aan de orde welke wegingssystematiek bij een dergelijk systeem past.

De Praktijk en de geraadpleegde experts zijn van mening dat door toevoeging van met name de poliklinische en dagbehandeling DBC's voor de betreffende diagnoses, er een nieuwe categorie ontstaat in het onderdeel ziekenhuiszorggebruik. In de huidige systematiek waren alleen klinische opnamen voor bepaalde aandoeningen opgenomen, die alle als zwaar in de wegingssystematiek werden meegewogen. Poliklinische en dagbehandelingszorg kan voor een groot aantal aandoeningen worden gekenmerkt als 'lichte' behandeling, vergelijkbaar met het gebruik van geneesmiddelen voor de betreffende aandoening. Daarom is ervoor gekozen in de wegingssystematiek alle poliklinische en dagbehandelingsdiagnoses aan te merken als 'licht', met uitzondering van chemotherapie en radiotherapie bij maligniteiten.

Daarnaast zijn experts van mening dat voor een groot aantal aandoeningen gesteld kan worden dat geneesmiddelengebruik en gebruik van poliklinische of dagbehandelingszorg elkaar overlappen. Bijvoorbeeld een patiënt die voor een bepaalde aandoening jaarlijks door de specialist wordt gecontroleerd en die voor diezelfde aandoening geneesmiddelen gebruikt. Door het toevoegen van de gehele groep poliklinische en dagbehandelings-DBC's en het handhaven van de huidige wegingsmethodiek, zou dit betekenen dat een groot deel van deze patiënten een hoger forfait zou ontvangen dan op grond van de huidige regeling, terwijl er geen sprake is van een aanvullende aandoening, ernstiger beperkingen of meer meerkosten. Om deze overlap in overeenstemming te brengen met de wegingsystematiek en het recht op een bepaald forfait, heeft de Praktijk het volgende model ontwikkeld:



In het model wordt uitgegaan van het bepalen van een weging per CG. Allereerst wordt bepaald of een persoon op grond van het geneesmiddelengebruik een lichte of zware weging krijgt (binnen één CG). De weging van de geneesmiddelen en aandoeningen is vastgesteld, hiervoor is aangesloten bij de bestaande weging binnen de FKG-systematiek. Daarnaast wordt gezien of deze persoon op grond van ziekenhuiszorggebruik een lichte (poliklinische of dagbehandelings-DBC) of zware (klinische opname DBC) weging kent.

Een lichte weging voor geneesmiddelengebruik in combinatie met een lichte weging voor het ziekenhuiszorggebruik levert een lage weging op. Deze persoon valt dan wel binnen de afbakening van de doelgroep van de Wtcg, maar ontvangt geen forfait. Vergelijken met de huidige systematiek wordt in het hier voorgestelde systeem licht gebruik van ziekenhuiszorg op dezelfde wijze gewogen als licht geneesmiddelengebruik in de vigerende Wtcg systematiek.

Wanneer een persoon een lichte weging voor geneesmiddelengebruik heeft in combinatie met een zware weging voor het ziekenhuisdeel (of andersom; het gaat om de combinatie licht + zwaar), wordt deze persoon als 'gemiddeld' aangemerkt en ontvangt deze een laag forfait.

Wanneer een persoon voor zowel geneesmiddelengebruik als ziekenhuiszorggebruik een zware weging scoort, wordt deze aangemerkt als 'zwaar' en ontvangt deze een hoog forfait. Uiteraard hangt het ontvangen van een forfait, los van deze systematiek, ook nog samen met de overige criteria binnen de afbakening van de Wtcg (AWBZ, hulpmiddelen, fysiotherapie en Wmo).

Voor de systematiek voor het bepalen van het recht op een forfait wanneer een persoon in meerdere CG's wordt ingedeeld en dientengevolge meerdere wegen heeft, is de vigerende systematiek gehandhaafd. Dit betekent dat een combinatie van een lichte en een gemiddelde weging voor CG's een laag forfait tot gevolg heeft en dat een combinatie van twee of meer gemiddelde wegen voor CG's leidt tot een zware weging en daarmee een hoog forfait.

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de doorrekening die Vektis van de in het voorstel van de Praktijk opgenomen geneesmiddelen, diagnoses en systematiek weergegeven.

## Hoofdstuk 10: Uitkomsten en resultaten

### 10.1 Berekeningssystematiek Vektis

Vektis heeft de gevolgen van de invoering van CG's in de Wtcg berekend. Vektis heeft berekend wat de gevolgen zijn voor het aantal mensen dat binnen de afbakening valt, het aantal mensen dat een forfait ontvangt en de financiële gevolgen van de invoering van CG's.

Vektis heeft voor deze berekeningen gebruik gemaakt van de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars (op het gebied van ziekenhuiszorg, geneesmiddelengebruik, fysiotherapie, hulpmiddelengebruik), de AWBZ-informatie van de zorgkantoren en de gegevens over de Wmo van het CAK. Voor de berekeningen is een onderzoeksbestand gemaakt met daarin de declaratiegegevens van zes zorgverzekeraars die samen bijna 5,1 miljoen verzekerden representeren.

Op basis van de declaratiegegevens van de 5,1 miljoen verzekerden in het onderzoeksbestand is de huidige Wtcg en de Wtcg met CG's i.p.v. FKG's en DKG's doorerekend. De uitkomsten zijn geëxtrapoleerd om een landelijk beeld te krijgen. In de onderstaande paragrafen worden de uitkomsten van de berekeningen toegelicht.

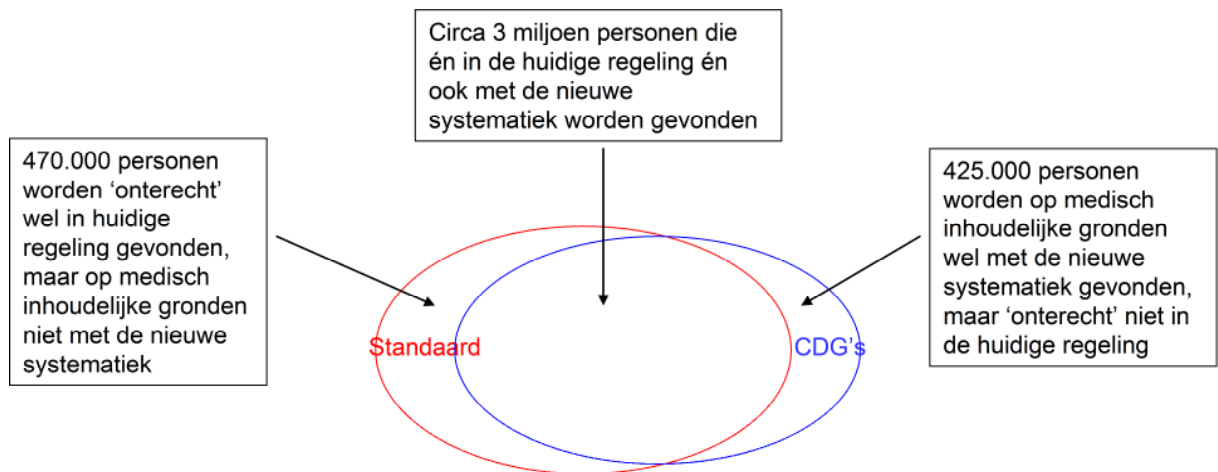
### 10.2 Effecten op de afbakening

Met gebruikmaking van de huidige systematiek, worden circa 3,45 miljoen personen geïdentificeerd die binnen de afbakening van de doelgroep van de Wtcg vallen. Van deze 3,45 miljoen personen ontvangt een deel een forfait (namelijk als deze als 'gemiddeld' of als 'zwaar' kunnen worden aangemerkt).

In de systematiek met CG's, zoals voorgesteld door de Praktijk, worden circa 3,40 miljoen personen gevonden. Voor het overgrote deel betreft dit dezelfde personen als door de vigerende systematiek worden gevonden. 425.000 personen worden in de voorgestelde systematiek 'aanvullend' gevonden ten opzichte van de huidige Wtcg-systematiek. Dit betreft de groep die extra gevonden wordt door uitbreiding en verfijning van de criteria ziekenhuiszorg- en geneesmiddelengebruik.

Tegenover de groep die 'extra' wordt gevonden, staat een groep personen die in de voorgestelde systematiek niet meer binnen de afbakening vallen, doordat een aantal aandoeningen met de daarbij behorende geneesmiddelen en ziekenhuiszorg niet meer in de criteria is opgenomen. Dit gaat om circa 470.000 personen.

Per saldo levert de 'nieuwe' door de Praktijk voorgestelde systematiek dan ook 45.000 personen minder op in de afbakening.



Vervolgens is het van belang in beeld te brengen welke groepen personen en aandoeningen in de voorgestelde nieuwe systematiek en uitbreiding en verfijning van de criteria extra binnen de afbakening vallen. Deze groep van 425.000 is als volgt opgebouwd:

Chronische Groep	Aantal	Chronische Groep	Aantal
Pijnbestrijding	1.500	Kanker	127.200
Endocriene aandoeningen	2.800	HIV/Aids	3.100
Psychische aandoeningen	34.700	Nieraandoeningen	9.200
Diabetes	12.400	Stofwisselingsziekten	8.300
Longaandoeningen	76.100	Leveraandoeningen	7.600
Epilepsie	28.200	Immunologische aandoeningen	6.200
Crohn/colitis ulcerosa	20.300	Spieraandoeningen	3.600
Hart- en vaataandoeningen	61.300	Huidaandoeningen	8.400
Reuma	34.000	Overige maag- & darmaandoeningen	8.500
Parkinson	2.000	Bot- & gewrichtsaandoeningen	10.600
Transplantatie	6.600	Niet kwaadaardige bloedziekten	7.200
Cystic Fibrosis	1.500	Aangeboren afwijkingen	1.700
Aandoeningen hersenen/ruggemerg	26.600		

De aantallen uit bovenstaand overzicht betreffen geen unieke personen en zij kunnen dan ook (wegens het voorkomen van multimorbiditeit) niet bij elkaar worden opgeteld.

Opvallend is de grote uitbreiding in het aantal personen met de aandoeningen kanker en reuma, eveneens grote witte vlekken uit de analyse van de CG-Raad. Dit is bereikt door aanpassing van de ddd-grens van de geneesmiddelen voor deze aandoeningen (vaak werd de grens van 180 voorheen door deze groepen niet gehaald door toediening van korte kuren of lage onderhoudsdoseringen) en door het toevoegen van een groot aantal chemotherapie behandelingen die poliklinisch of in dagbehandeling worden gegeven en die voorheen niet binnen de afbakening vielen.

Wanneer de samenstelling van de groep van 470.000 personen die in de nieuwe systematiek niet meer binnen de afbakening vallen wordt bezien, kan het volgende worden geconcludeerd:

<b>FKG</b>	<b>Aantal</b>
Glaucoom	42.700
Schildklierandoeningen	97.100
Psychische stoornissen	242.800
Diabetes	-
CARA	-
Epilepsie	-
Ziekte van Crohn	-
Hartaandoeningen	28.000
Reuma	-
Parkinson	-
Transplantaties	-
Cystic fibrosis	-
Aandoeningen van de hersenen/ruggemerg	-
Kanker	-
HIV/AIDS	-
Nieraandoeningen	200
Groeihormonen	-
Overige oude systematiek DKG's	57.500

De aantallen uit bovenstaand overzicht betreffen ook geen unieke personen en zij kunnen dan ook (wegens het voorkomen van multimorbiditeit) niet bij elkaar worden opgeteld.

Door het verwijderen van de aandoeningen glaucoom, schildklierandoeningen (hyper/hypothyreoïdie) en lichte depressie, wordt het grootste deel van de uitvallers verklaard. De aantallen personen die uitvallen in de categorieën 'hartaandoeningen', 'nieraandoeningen' en 'overig oude systematiek DKG's' betreffen met name de verwijderde acute diagnoses, zoals bijvoorbeeld een hartinfarct of acuut nierfalen.

### 10.3 Effecten op de forfaits

Nadat is bepaald hoeveel personen er in de nieuwe systematiek binnen de afbakening van de doelgroep van de Wtcg vallen, is bezien in hoeverre de personen binnen de afbakening conform de systematiek recht hebben op een hoog of laag forfait. Vektis heeft deze uitkomsten vergeleken met uitkomsten op grond van de huidige systematiek.

De uitkomsten zijn als volgt; ten opzichte van de huidige systematiek ontvangen ruim 9700 personen minder een forfait. In totaal ontvangen ongeveer 1,9 miljoen personen een forfait. Hiervan is ruim 1 miljoen 65 jaar of jonger en 0,9 miljoen personen zijn boven de 65 jaar oud.

## 10.4 Financiële effecten

De financiële effecten van het veranderen van de systematiek zijn als volgt; de kosten van de Wtcg zijn 5,6 miljoen euro minder wanneer FKG's en DKG's worden vervangen door CG's. In totaal ontvangt 24,6% van de personen met een forfait het hoge forfait. In de huidige systematiek is dit 25,9%.

## Hoofdstuk 11: Aanbevelingen

Gedurende het gehele traject en bij het afbakenen van de focus van de Praktijk bij het doen van voorstellen ten behoeve van de verbetering van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg op het gebied van geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik is een aantal zaken naar voren gekomen waarover de Praktijk en de experts graag aanbevelingen willen doen. Het gaat om de volgende zaken:

1. Voorafgaand aan het traject is geconstateerd dat personen met een chronische aandoening die door de huisarts of door een GGZ-instelling worden behandeld en die niet op grond van hun geneesmiddelengebruik of AWBZ-zorggebruik (bij GGZ betreft dit vooral curatieve behandelingen, vallend binnen de Zvw) niet in de afbakening worden gevonden. Het verdient aanbeveling inzichtelijk te maken hoe groot deze groep is en op welke wijze deze eventueel in de toekomst in de afbakeningssystematiek is te implementeren.
2. Vanaf 1 januari 2011 zullen ziekenhuizen niet meer worden gefinancierd op basis van de DBC-productie, maar zal worden gewerkt met een nieuwe zorgproductenregistratie (op basis van DOT-zorgproducten). Ook de registratie op basis waarvan Vektis in de uitvoering van de Wtcg de personen selecteert die binnen de afbakening vallen zal daarmee wijzigen, waardoor de huidige lijst met DBC-diagnosecodes op termijn mogelijk niet meer bruikbaar zal zijn. De Praktijk beveelt aan in de loop van 2010 de huidige lijst met DBC-diagnosecodes te vervangen door een lijst met DOT-zorgproducten, waardoor continuering van de uitvoering van de Wtcg ook na 1 januari 2011 mogelijk blijft.
3. Tijdens het traject is geconstateerd dat een deel van de witte vlekken resteert, ook na invoering van de nieuwe systematiek en de verbeteringsvoorstellen ten aanzien van de afbakeningscriteria. Het gaat met name om de groepen die ernstig visueel of auditief beperkt zijn. De Praktijk beveelt aan te onderzoeken of deze groepen op grond van aanpassing van andere afbakeningscriteria, bijvoorbeeld hulpmiddelengebruik, kunnen worden geselecteerd.
4. Ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek was geen informatie beschikbaar over de productie van revalidatieinstellingen, omdat deze in het jaar van onderzoek nog geen eigen DBC's registreerden. Vanaf 2009 wordt deze registratie wel gevoerd. De Praktijk beveelt aan in de loop van 2010 te bezien op welke wijze deze groep kan worden geselecteerd en op welke wijze het afbakeningscriterium 'revalidatiezorg' kan worden ingevuld.



5. In het onderzoek is gebleken dat de registratie van dieetpreparaten en dieetvoeding onvoldoende specifiek is om gebruik van deze middelen in de uitvoering op eenvoudige wijze vast te stellen. Deze middelen kennen geen ATC-codering. De experts zijn van mening dat gebruik van bij bepaalde aandoeningen specifieke preparaten en dieetvoeding een goede indicator is voor het hebben van een chronische aandoening en meerkosten. De Praktijk beveelt aan te bezien op welke wijze in de toekomst wellicht een werkwijze kan worden ontwikkeld om het gebruik van dergelijke middelen (wellicht door middel van de Z-index-nummers van deze artikelen) te includeren in de afbakeningscriteria.
  
6. De Praktijk beveelt tevens aan nader onderzoek te doen naar het aantal patiënten met ernstige jicht en artrose en de mogelijkheden deze groep te includeren in de afbakening op basis van gebruik van bijvoorbeeld AWBZ-zorg, Wmo huishoudelijke verzorging en/of hulpmiddelen.