

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Uw brief van
8 augustus 2007

Uw kenmerk
GMT/VDG 2790600

Datum
21 april 2008

Ons kenmerk
PAK/28020480

Behandeld door
dr. M.H.J. Eijgelshoven
dr. P.K. Cheung

Doorkiesnummer
(020) 797 8554

Onderwerp
Vergoeding benzodiazepinen

Geachte heer Klink,

In een reactie op het pakketadvies 2007 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft u aangegeven voornemens te zijn de voorgestelde pakketmaatregel betreffende de vergoeding van benzodiazepinen over te nemen. Wel heeft u bij brief van 8 augustus 2007 nog een aantal vragen over de uitvoering gesteld. In de voorliggende brief geeft het CVZ hierop antwoord en doet tevens een voorstel voor de formulering van de nadere voorwaarden voor vergoeding, zoals in het eerdere pakketadvies is toegezegd.

Om de beperking van vergoeding van benzodiazepinen zo goed mogelijk te kunnen invoeren zijn door uw ministerie de volgende vragen over de uitvoering gesteld (bijlage 1):

1. Zijn er uitvoerbare mogelijkheden om kortdurend medisch noodzakelijk gebruik van benzodiazepinen te blijven vergoeden?
2. Wat zijn de uitvoeringskosten van het opvolgen van het CVZ advies over de beperkte vergoeding van benzodiazepinen. Hierbij wordt speciale aandacht gevraagd voor de mogelijke risico's en kosten van substitutie naar andere, duurere middelen.

Beantwoording vragen.

Vraag 1: Na consultatie van partijen concludeert het CVZ dat er op dit moment geen praktisch haalbare mogelijkheden zijn voor de vergoeding van medisch noodzakelijk kortdurend gebruik van benzodiazepinen. Van mogelijke opties twijfelen partijen of deze op dit moment technisch haalbaar zijn, dan wel of de uitvoeringskosten opwegen tegen de baten.

Daarnaast is het CVZ van mening dat kortdurend gebruik van benzodiazepinen als palliatieve sedatie bij terminale zorg wel vanuit de basisverzekering vergoed kan blijven.

Vraag 2: Voor wat betreft vergoeding van benzodiazepinen voor de genoemde drie indicaties uit het pakketadvies 2007 (bijlage 2) ziet het CVZ geen wezenlijke uitvoeringsproblemen, mits de aanspraak duidelijk is omschreven. Aan deze uitvoeringsoptie zijn naar mening van de zorgverzekeraars nauwelijks extra lasten c.q. kosten verbonden. Andere partijen geven aan dat de uitvoeringslasten afhangen van de uiteindelijk gekozen uitvoering. Op dit moment zijn deze kosten nog niet in te schatten.

De in het eerdere CVZ advies genoemde substitutierisico's blijven bestaan. Ondanks dat de precieze omvang daarvan op voorhand moeilijk is te voorspellen, schat het CVZ dat deze beperkt zal zijn. Monitoring van de gebruikscijfers is daarom aangewezen. Dit punt wordt door alle partijen gesteund.

Achtergrond:

In het pakketadvies 2007 heeft het CVZ na consultatie van belanghebbende partijen geadviseerd om de vergoeding van benzodiazepinen te beperken tot drie indicaties, te weten: onderhoudsbehandeling bij epilepsie, behandeling van angststoornissen indien medicamenteuze therapie met antidepressiva heeft gefaald en behandeling van patiënten met multipale psychiatrische problematiek, voor wie behandeling met (hoge doses) benzodiazepinen noodzakelijk is. De aanleiding voor dit pakketadvies was de zeer grote omvang van de groep ongewenst chronisch gebruikers (meer dan een half miljoen) van deze geneesmiddelen. Dit laatste resulteert niet alleen therapeutisch maar ook financieel in een onwenselijke situatie waarvoor partijen al jaren trachten een oplossing te vinden.

Bij de totstandkoming van het hierboven genoemde pakketadvies over de vergoeding van benzodiazepinen heeft het CVZ in eerste instantie een conceptadvies aan betrokken partijen voorgelegd waarin ook kortdurend gebruik van deze geneesmiddelen bij de behandeling van slaap- en angststoornissen binnen de vergoeding viel. Dit advies was in overeenstemming met de geldende richtlijnen en standaarden van de beroepsgroepen, alsook met de adviezen in het Farmacotherapeutisch Kompas. In hun reactie gaven de meeste partijen echter aan dat de uitvoeringslasten van een dergelijk voorstel onevenredig groot zullen zijn. Op basis van het pakketcriterium uitvoerbaarheid is daarom het definitieve advies van het CVZ zodanig gewijzigd dat is voorgesteld om de vergoeding te beperken tot de hierboven genoemde drie indicaties. Voor een volledige beschrijving van de problematiek en de details van het vorige CVZ-advies verwijs ik naar de bijlagen (bijlage 2).

Aanpak CVZ:

Ter ondersteuning van de beantwoording van de vragen heeft het CVZ een inventarisatie onder zorgverzekeraars uitgevoerd. Daarnaast zijn ook de koepels van voorschrijvers en apothekers bevestigd over werkbare uitvoeringsopties in het kader van vergoeding van benzodiazepinen. Dit omdat deze partijen primair bij de uitvoering van de zorgverzekering zijn betrokken. De uitkomsten van de inventarisatie zijn als bijlage toegevoegd (bijlage 3). Mede op basis hiervan is een conceptantwoord opgesteld. Dit conceptantwoord is in de bestuurlijke consultatie ter becommentariëring voorgelegd aan belanghebbende partijen. De ontvangen reacties worden behandeld in de sectie *reactie belanghebbende partijen*.

Het CVZ wijst u er op dat bij deze hernieuwde analyse over de mogelijkheden voor vergoeding van benzodiazepinen alleen is gekeken naar de uitvoerbaarheid. Anders gezegd de toetsing aan noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit is niet opnieuw uitgevoerd. Dit omdat uitvoerbaarheid het enige kritiekpunt was waardoor het conceptadvies 2007 van het CVZ om kortdurend gebruik van benzodiazepinen wel te vergoeden uiteindelijk is gewijzigd. Daarnaast zijn er in de uitvoering ontwikkelingen gaande die op termijn wellicht nieuwe mogelijkheden bieden om kortdurend gebruik van benzodiazepinen wel te blijven vergoeden vanuit de basisverzekering.

Uitkomsten inventarisatie

Vraag 1: uitvoerbare alternatieven voor vergoeding kortdurend gebruik benzodiazepinen
De inventarisatie gaf aan dat het merendeel van de partijen van mening is dat kortdurend medisch noodzakelijk gebruik vergoed zou moeten worden (zie bijlage 3). Over de uitvoerbaarheid hiervan verschillen de meningen echter substantieel.

De meeste zorgverzekeraars zijn van mening dat het technisch/theoretisch mogelijk is indien de term kortdurend goed gedefinieerd is (bijvoorbeeld een maximale hoeveelheid per tijdseenheid). Hierbij is het standpunt van de zorgverzekeraars dat het alleen werkbaar is indien de apothekers de noodzakelijk geachte controles (eenvoudig kunnen) uitvoeren. Echter, zorgverzekeraars zien grote praktische bezwaren bij de uitvoering hiervan. Vooral de problematiek van het mogelijk "shoppen" van verzekerden tussen

verschillende apotheken om toch de gewenste geneesmiddelen ten laste van de basisverzekering te verkrijgen, maakt dat dit voor apothekers moeilijk controleerbaar wordt geacht. Dit laatste vooral vanwege het ontbreken van een goed functionerend en landelijk toegankelijk elektronisch medicatiedossier. Het gebruik van artsenverklaringen zien zorgverzekeraars vanwege de omvang van de populatie niet als haalbaar. Tenslotte is men van mening dat de kosten van de uitvoering (benodigde controles en administratieve afhandeling) niet opwegen tegen de baten.

Apothekers geven ook aan dat vergoeding van kortdurend gebruik van benzodiazepinen mogelijk is, als er maar een duidelijke omschrijving is die ook uitvoerbaar is. Hierbij speelt mee de recent veranderde positie van apotheker als officiële medebehandelaar en de op handen zijnde verbeterde mogelijkheden voor elektronische gegevensuitwisseling. Echter, net als de zorgverzekeraars zien ook apothekers problemen met het mogelijke shopgedrag van verzekerden en de controle hiervan. Een goed functionerend en (landelijk) toegankelijk elektronisch medicatie dossier (EMD/EPD) is een noodzakelijke randvoorwaarde om goede controles te kunnen uitvoeren. Dit ontbreekt op dit moment nog.

Huisartsen zien geen belemmeringen in de uitvoering van de vergoeding van kortdurend gebruik van benzodiazepinen, zolang de administratieve afhandeling maar bij de zorgverzekeraars ligt (via achteraf incasso). Indien zelf geconfronteerd met administratieve procedures (zoals artsenverklaringen) of andere uitvoeringslasten, zien ook de huisartsen de vergoeding van kortdurend gebruik als niet uitvoerbaar. Overigens zijn zorgverleners van mening dat het wenselijk is als benzodiazepinen ook vergoed worden bij koortsstuipen, als onderdeel van palliatieve zorg bij patiënten in hun terminale fase en bij behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom.

Bij de inventarisatie is ook gekeken of vergoeden van kortdurend gebruik van benzodiazepinen bij angststoornissen wel en bij slaapstoornissen niet, een mogelijke optie is. Dit vanwege de conclusie uit het pakketadvies van 2007 dat kortdurende behandeling van slaapstoornissen met benzodiazepinen niet noodzakelijkerwijs tot het verzekerde pakket moet behoren (zie bijlage 2). De resultaten van de inventarisatie leren dat geen van de partijen een mogelijkheid ziet om kortdurend gebruik bij angststoornissen wel en bij slaapstoornissen niet te vergoeden. Dit wordt als onuitvoerbaar en oncontroleerbaar gezien (bijlage 3). Hierbij speelt ondermeer de omvang van de populatie en het feit dat alle benzodiazepinen slaperigheid veroorzaken, zodat elk hypnoticum (slaapmiddel) in principe te vervangen is door een anxiolyticum.

Vraag 2: Uitvoeringslasten en substitutierisico van voorgestelde pakketmaatregel
a) uitvoeringslasten

Uit de inventarisatie komt naar voren dat alle partijen van mening zijn dat beperking van de vergoeding tot de genoemde drie indicaties uitvoerbaar is, mits deze indicaties duidelijk zijn omschreven (bijlage 3). Men is het erover eens dat het werken met een artsenverklaring niet alleen technisch, maar ook praktisch goed uitvoerbaar is. Aan deze uitvoeringsoptie zijn naar mening van de zorgverzekeraars nauwelijks extra lasten c.q. kosten verbonden. Andere partijen geven aan dat de uitvoeringslasten afhangen van het uiteindelijk gekozen uitvoeringssysteem en op dit moment dus nog niet zijn in te schatten.

Alle partijen geven verder aan dat een voldoende lange overgangstermijn noodzakelijk is; een periode van één jaar is veel genoemd. Dit enerzijds vanwege de noodzaak tot goede algemene voorlichting voor alle betrokkenen. Anderzijds vanwege de noodzakelijk geachte aandacht voor goede afbouwtrajecten/projecten voor de huidige chronische gebruikers. Alle partijen geven hierbij aan dat gedurende deze overgangperiode de uitvoeringslasten aanzienlijk kunnen zijn. Deze worden veroorzaakt door extra consulten, additionele uitleg aan de balie, etc. Een ander aspect is dat in de beginperiode een deel van de benzodiazepinegebruikers die niet voldoen aan één van de drie genoemde indicaties toch rekeningen dan wel bezwaarschriften bij zorgverzekeraars indienen ten behoeve van vergoeding van hun behandeling. Ook de afhandeling hiervan gaat gepaard

met (veel) personele inzet en kosten. Geen van de partijen is op dit moment in staat om concrete kostengegevens te geven.

b) substitutierisico

Het beperken van de vergoeding van benzodiazepinen tot de drie genoemde indicaties betekent dat er mogelijk substitutie kan optreden naar andere geneesmiddelen die zijn opgenomen in het verzekerde pakket.

Met betrekking tot substitutie bij slaapstoornissen zou de voorschrijver geneesmiddelen kunnen voorschrijven die slaperigheid als bijwerking hebben, zoals promethazine en codeïne (zie ook bijlage 2). Gebruik van deze middelen bij slaapstoornissen dient echter als obsoleet te worden beschouwd. Het CVZ gaat er vanuit dat voorschrijvers zich aan een adequate farmacotherapie zullen houden, die aansluit bij hun professionele standaard.

Voor behandeling van angststoornissen zijn antidepressiva het belangrijkste alternatief. Hernieuwde analyses van gebruikscijfers van benzodiazepinen op basis van recentere gegevens van het Genees- en hulpmiddelInformatieProject (GIP) laten vergelijkbare resultaten zien als de analyses voor het pakketadvies 2007. Hierbij blijkt dat ongeveer 1,3 miljoen verzekerden een benzodiazepine gebruikten dat tot de groep anxiolytica behoort. Verder komt naar voren dat ruwweg één vijfde van deze groep, benzodiazepinen in combinatie met antidepressiva gebruikt. Indien de resterende gebruikers (ongeveer 1 miljoen) allemaal behandeld zouden gaan worden met antidepressiva leidt dit tot aanzienlijke meerkosten. Dit omdat de gemiddelde gebruikskosten van antidepressiva anderhalf tot twee maal zo hoog zijn als voor benzodiazepinen. Dit punt wordt ook door de KNMP naar voren gebracht in haar brief van mei 2007 naar aanleiding van het CVZ pakketadvies uit 2007 over benzodiazepinen. De vraag is echter hoe reëel dit is, zeker gezien de plaats van antidepressiva in de richtlijnen van de beroepsgroepen. Immers, het zijn geneesmiddelen met een geheel ander (bij)werkingenprofiel en een andere balans tussen veiligheid en effectiviteit. Ook duurt het enkele weken voordat het effect van behandeling met antidepressiva volledig zichtbaar is. Dit nog los van de vraag of de kwaliteit van behandeling met antidepressiva bij deze indicatie wel optimaal is, zeker als dit wordt gezien vanuit de geldende richtlijnen en standaarden.

Het is niet mogelijk om op voorhand aan te geven welk deel van de patiënten (zowel bestaande als nieuwe) voortaan met antidepressiva behandeld zullen gaan worden indien kortdurende behandeling van angststoornissen met benzodiazepinen buiten de vergoeding valt. Dit zal afhangen van de bereidheid van verzekerden om deze middelen zelf te betalen en van de inschatting van de voorschrijvers in hoeverre de betreffende patiënten baat hebben bij omzetting naar, c.q. behandeling met antidepressiva. Een mogelijk effect van de beperking van vergoeding van benzodiazepinen, is dat de behandelaren eerder starten met een behandeling met een antidepressivum of dat men eerder doorverwijst naar andere zorgverleners.

Een andere factor die een rol speelt bij substitutie in algemene zin, is in hoeverre zorgverzekeraars benzodiazepinen zullen opnemen in hun aanvullende verzekeringen. Uit de inventarisatie onder zorgverzekeraars blijkt dat men dat niet meteen van plan is. Echter, een aantal van de huidige aanvullende verzekeringen vergoeden ook de kosten van sommige geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen. Mocht de dekking van deze aanvullende verzekeringen met betrekking tot geneesmiddelkosten worden uitgebreid, dan heeft dat aanmerkelijke invloed op het uiteindelijke substitutierisico en op de verslavingsproblematiek.

Ondanks dat de precieze omvang van mogelijke substitutie op voorhand moeilijk is te voorspellen, schat het CVZ op basis van bovenstaande analyse, dat deze beperkt zal zijn. Echter, gezien de prijsverschillen tussen de verschillende behandelopties kan dit al snel leiden tot een substantieel verlies van de ingeboekte besparingen. Monitoring van de gebruikscijfers is daarom aangewezen.

Overwegingen CVZ:

Vraag 1: uitvoerbare alternatieven voor vergoeding kortdurend gebruik benzodiazepinen

- Jaarlijks ontvangt één op de tien volwassenen ten minste één recept voor benzodiazepinen (bijlage 2). In de meeste gevallen worden deze middelen toegepast conform de geldende behandelrichtlijnen. Dit betekent dat er slechts een klein percentage (ongeveer 10%) patiënten is, dat deze middelen gebruikt terwijl de

richtlijnen dit afraden. Procentueel valt dat mee, maar gezien het grote aantal starters (ruim 500.000) blijkt dat jaarlijks ongeveer 50.000 patiënten ongewenst chronisch gebruiker worden. Uit de analyses van het GIP is gebleken dat van de in totaal bijna 2 miljoen gebruikers ongeveer een derde benzodiazepinen (ongewenst) chronisch gebruikt. Overigens merkt het CVZ ook op dat ongeveer driekwart van alle recepten voor benzodiazepinen is toe te schrijven aan deze groep (ongewenst) chronische gebruikers. Dit laatste resulteert niet alleen therapeutisch maar ook financieel in een onwenselijke situatie waarvoor partijen al jaren trachten een oplossing te vinden.

- Het gaat om een probleem dat een gezamenlijke aanpak vergt door partijen. Beter voorschrijfgedrag door de arts en goede begeleiding door de apotheker, gesteund door actief beleid van zorgverzekeraars kunnen in de ogen van het CVZ tot een verbetering in de zorg voor deze patiënten leiden. Dit los van het feit dat de patiënt zelf ook een duidelijke rol heeft bij het correct gebruik van deze middelen; daarbij geholpen door programma's om chronisch gebruik af te bouwen en door adequate informatievoorziening over de mogelijke risico's van gebruik.
- Partijen betrokken bij de uitvoering zien helaas geen werkbare oplossingen waarover men het eens kan worden; telkens wordt gewezen naar een andere partij die het probleem moet oplossen of naar randvoorwaarden die nog niet zijn gerealiseerd. De uitvoering is zodanig complex dat de lasten en kosten niet opwegen tegen de baten. Door het ontbreken van een landelijk elektronisch medicatiedossier is het eventuele shopgedrag (d.w.z. geneesmiddelen bij verschillende apotheken halen) van verzekeren niet te controleren door apothekers, hetgeen zal leiden tot grote uitvoeringsproblemen. Dit gaat ten koste van zowel de kwaliteit als de kosten van zorg. Ook de mogelijke optie van centrale controle door de zorgverzekeraars, met eventueel correctie via declaraties achteraf, wordt betwijfeld omdat ook in dit geval de lasten en kosten al snel niet zouden opwegen tegen de baten. Ook de mogelijke optie van controle door de zorgverzekeraars via declaratie of incasso achteraf, wordt door zorgverzekeraars betwijfeld omdat ook in dit geval de lasten en kosten al snel niet op zouden wegen tegen de baten.
- Door het ontbreken van een voor alle partijen acceptabele en werkbare oplossing om de aanspraak op een eenvoudige manier te toetsen, kan een ondoelmatige toepassing van benzodiazepinen niet worden vermeden. Dit alles leidt ertoe dat de patiënt, die deze middelen kortdurend en conform de geldende richtlijnen gebruikt, deze middelen zelf moet betalen (€12- €16 per maand). Dat een doelmatige toepassing van medisch noodzakelijke geneesmiddelen conform de richtlijnen om uitvoeringstechnische redenen wordt uitgesloten van de vergoeding, vindt het CVZ betreurenswaardig. Helaas zijn uit de inventarisatie onder partijen geen breed gedragen mogelijkheden naar voren gekomen waardoor er wel een uitvoerbare situatie kan ontstaan zodat kortdurend medisch noodzakelijk gebruik van benzodiazepinen binnen het te verzekeren pakket kan blijven.
- Verdere ontwikkeling van het elektronisch medicatie dossier en elektronische gegevensuitwisseling is nodig om de vergoeding van kortdurend gebruik ook praktisch mogelijk te maken. Omdat op dat vlak vorderingen worden gemaakt is wellicht op termijn een en ander wel uitvoerbaar. Het CVZ zal opnieuw over dit onderwerp adviseren zodra er een goedwerkend, landelijk toegankelijk elektronisch medicatie dossier beschikbaar is.
- Door zorgverleners zijn ook een aantal additionele aandoeningen genoemd waarbij kortdurend gebruik van benzodiazepinen is aangewezen. Een deel van deze aandoeningen valt al onder de drie genoemde indicaties. Met de zinsnede onderhoudsbehandelingen bij epilepsie bedoelde het CVZ ook de behandeling van epileptische insulpen. De formulering van deze voorwaarde is ter verduidelijking dienovereenkomstig aangepast. Met betrekking tot het gebruik van benzodiazepinen als palliatieve sedatie bij terminale zorg vindt het CVZ dat deze ook in de zorgverzekering thuishoort. Dit brengt met zich mee dat ook de parenterale toedieningsvormen van benzodiazepinen vergoed dienen te blijven. Inzet van benzodiazepinen bij de behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom is noch in de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen, noch in het Farmacotherapeutisch Kompas beschreven. Vergoeding van deze indicatie is naar mening van het CVZ vooralsnog niet aangewezen. Voor wat betreft behandeling van koortsstuipen vergt dit vrijwel altijd acute interventie van een arts. Alle zorg die in de acute situatie door

een (huis)arts wordt geleverd, dus ook het toepassen van benzodiazepinen met rectale/parenterale toedieningsvormen, is verzekerd in het kader van geneeskundige zorg en blijft als zodanig dus vanuit het verzekerde pakket beschikbaar.

Vraag 2, uitvoeringslasten en substitutierisico van voorgestelde pakketmaatregel:

- Alle partijen zijn het erover eens dat beperking van de vergoeding van benzodiazepinen tot de genoemde drie indicaties mogelijk is zonder dat hieraan substantiële uitvoeringslasten verbonden zijn. Wel geven alle partijen aan dat het noodzakelijk is dat de omschrijving van de nadere voorwaarden eenduidig is geformuleerd. Hieronder volgt een verduidelijking van het CVZ van de drie genoemde indicaties:
 - A. Voor wat betreft de onderhoudsbehandeling bij epilepsie is het voor alle partijen helder wat de beoogde populatie is. De indicatie epileptisch insult is ter verduidelijking toegevoegd.
 - B. De omschrijving betreffende de behandeling van angststoornissen na het falen op antidepressiva vraagt wel om nadere verduidelijking. Deze groep omvat patiënten met angststoornissen bij wie behandeling met antidepressiva conform de richtlijnen tot onvoldoende behandelresultaten heeft geleid. Er is sprake van falen indien de patiënt onvoldoende behandelresultaten heeft bereikt na een behandeling met minimaal 2 antidepressiva. Hierbij dient behandeling voor beide antidepressiva in een voldoende hoge dosis (volgens richtlijnen) gedurende een voldoende lange periode (4-6 weken) te hebben plaatsgevonden.
 - C. De groep patiënten met multipale psychiatrische problematiek, bij wie behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, is lastig te definiëren. Een heldere afbakening via specifieke indicaties is lastig te geven. Het belangrijkste kenmerk van deze groep is het gebruik van zeer hoge doseringen benzodiazepinen (bijvoorbeeld oxazepam in doseringen van meer dan 100 mg, terwijl 10-20 mg gebruikelijk is). Onder deze groep vallen ondermeer patiënten die behandeld worden voor het onttrekken van verslavende middelen (alcohol en drugs), dan wel voor katatonie, manie en psychosen.

Algemene punten:

- Uitgangspunt van de beperking van vergoeding van benzodiazepinen is primair gelegen in de verbetering van de kwaliteit van zorg en niet in kostenbeheersing. Beperking tot de drie genoemde indicaties betekent dat het merendeel van de huidige 1.8 miljoen gebruikers (chronisch en incidenteel), deze geneesmiddelen voortaan niet meer vergoed krijgen. Daarnaast houdt deze maatregel in dat ook de overgrote meerderheid van de ruim 500.000 nieuwe patiënten per jaar geen aanspraak kunnen maken op vergoeding. Voor patiënten betekent dit confrontatie met eigen betalingen. Tegenover het feit van eigen betaling (€12- €16 per maand) staat dat het onwenselijke, chronische gebruik van benzodiazepinen (met daarbij de fysieke afhankelijkheidsproblematiek) zal afnemen.
- Indien patiënten toch vergoeding van langdurig gebruik via de aanvullende verzekering willen en kunnen realiseren, bestaat het risico dat de situatie van ongewenst langdurig gebruik bij slaap –en angststoornissen blijft voort bestaan. Dit is vanuit kwalitatief therapeutisch oogpunt geen wenselijke situatie. Het CVZ is daarom van mening dat het vergoeden van benzodiazepinen vanuit eventuele aanvullende verzekeringen onverstandig is.
- Met het oog op een zorgvuldige implementatie van dit complexe traject pleit het CVZ voor een overgangstermijn van 1 jaar. Dit is met name van belang voor de huidige 700.000 ongewenst chronische gebruikers. In die tijd is een goede publieksvoorlichting van essentieel belang vanwege de noodzakelijk geachte goede afbouwprogramma's voor deze groep. Gedurende deze overgangperiode verwachten partijen dat de uitvoeringslasten wel aanzienlijk zijn. Helaas is men niet in staat om concrete bedragen te noemen.

Reacties belanghebbende partijen

In de voorbereidende fase van dit advies is een bestuurlijke consultatie gehouden onder belanghebbende partijen zoals patiënten, behandelaren, zorgverzekeraars en de fabrikanten. In de bijgevoegde punten-van-beraadnotitie (bijlage 4) is de reactie van het

CVZ op de ontvangen commentaren te vinden. Daarin vindt u ook de specifieke punten die de partijen hebben aangedragen.

De belangrijkste ingebrachte punten zijn:

- De analyse van het CVZ wordt in de algemene zin gedeeld door de partijen.
- Voor wat betreft de conclusies die het CVZ trekt betreffende uitvoerbare mogelijkheden om kortdurend gebruik van benzodiazepinen te blijven vergoeden (vraag 1 VWS), zijn de reacties verdeeld. De NPCF, ZN en de KNMP kunnen zich vinden in het antwoord van het CVZ dat er op dit moment geen praktisch haalbare mogelijkheden voor vergoeding van kortdurend gebruik zijn. Zij het dat ook deze partijen enkele kanttekeningen plaatsen. Nefarma en het NHG vinden dat door het beperken van de vergoeding patiënten onterecht de dupe worden van een uitvoeringsprobleem. Volgens deze partijen had ook het handhaven van de huidige vergoeding een mogelijke optie kunnen zijn. Dit laatste punt is ook door de KNMP als mogelijkheid genoemd.
- De conclusie van het CVZ dat de beperking van de vergoeding van benzodiazepinen tot een drietal indicaties uitvoerbaar is, zonder buiten proportionele uitvoeringslasten (vraag 2 VWS), wordt door het merendeel van de partijen gedeeld. Wel geeft men aan dat aan de al genoemde randvoorwaarden moet zijn voldaan. Tijdens de bestuurlijke consultatie zijn de opmerkingen en standpunten van partijen over de mogelijke uitvoeringslasten van deze maatregel niet gewijzigd. Over toevoeging van een vierde indicatie, te weten palliatieve sedatie bij terminale zorg, zijn partijen het ook eens.
- Alle partijen zijn het eens dat een voldoende lange overgangstermijn noodzakelijk is met goede informatie voorziening over de voorgenomen wijziging van vergoeding. Daarnaast is men van mening dat daar waar nodig goede afbouwprogramma's voor de huidige (ongewenst) chronische gebruikers beschikbaar moeten zijn. Ook hierover is voorlichting naar alle partijen een noodzakelijke randvoorwaarde.
- Volgens meerdere partijen is goede monitoring van de consequenties van een beperking van de vergoeding nodig. Hieruit zou naar voren kunnen komen dat op termijn de vergoeding van kortdurend gebruik conform richtlijnen eventueel weer mogelijk wordt.

Conclusie.

Vraag 1:

Op basis van de gegevens uit de inventarisatie, de consultatie van belanghebbende partijen en bovenstaande analyse concludeert het CVZ dat vergoeding van kortdurend medisch noodzakelijk gebruik van benzodiazepinen op dit moment niet haalbaar is. In het bijzonder voor de problematiek van mogelijk "shopgedrag" van verzekerden zijn op dit moment nog onvoldoende haalbare oplossingen voor handen. Verdere ontwikkeling van het elektronisch medicatie dossier en elektronische gegevensuitwisseling is nodig om de vergoeding van kortdurend gebruik ook praktisch mogelijk te maken. Omdat op dat vlak vorderingen worden gemaakt is wellicht op termijn een en ander wel uitvoerbaar. Het CVZ zal opnieuw over dit onderwerp adviseren zodra er een goedwerkend, landelijk toegankelijk elektronisch medicatie dossier beschikbaar is.

Ook de mogelijke optie van controle door de zorgverzekeraars via declaratie of incasso achteraf, wordt door zorgverzekeraars betwijfeld omdat ook in dit geval de lasten en kosten al snel niet op zouden wegen tegen de baten.

Tenslotte merkt het CVZ op dat het kortdurend gebruik van benzodiazepinen als palliatieve sedatie bij terminale zorg wenselijk en uitvoeringstechnisch haalbaar is. Het CVZ is van mening dat deze toepassing van benzodiazepinen vanuit de zorgverzekering vergoed kan blijven.

Vraag 2:

Informatie uit de inventarisatie en bovenstaande bestuurlijke overwegingen brengt het CVZ tot het standpunt dat bij vergoeding van benzodiazepinen voor de genoemde drie indicaties geen wezenlijke uitvoeringsproblemen te verwachten zijn mits de aanspraak duidelijk is omschreven. Hiervoor dient de aanspraak voor benzodiazepinen beperkt te worden door plaatsing op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De formulering zou dan als volgt moeten luiden:

56.

Benzodiazepinereceptor-agonist in enterale toedieningsvorm

Voorwaarde:

Uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt:

- a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, of
- b. als behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met tenminste twee antidepressiva conform geldende richtlijnen heeft gefaald, of
- c. als behandeling bij multipele psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of
- d. als palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Aan deze uitvoeringsoptie zijn naar mening van de zorgverzekeraars nauwelijks extra lasten c.q. kosten verbonden. Andere partijen geven aan dat de uitvoeringslasten afhangen van de uiteindelijk gekozen uitvoering. Op dit moment zijn deze kosten nog niet in te schatten.

De in het eerdere CVZ-advies genoemde substitutierisico's blijven bestaan. Ondanks dat de precieze omvang daarvan op voorhand moeilijk is te voorspellen, schat het CVZ dat deze beperkt zal zijn.

Een punt van aandacht is dat alle partijen van mening zijn dat er een voldoende lange overgangstermijn moet zijn. Dit is nodig om alle huidige ongewenst chronische gebruikers via goede afbouwprogramma's te begeleiden naar de nieuwe situatie. Daarnaast biedt dit de mogelijkheid om een brede voorlichtingscampagne voor alle betrokkenen te starten. Het CVZ raadt u aan een termijn van één jaar aan te houden. Gedurende deze overgangsperiode verwachten partijen dat de uitvoeringslasten wel aanzienlijk zijn. Helaas is men niet in staat om concrete bedragen te noemen.

Voorts is het CVZ van mening dat een eventuele vergoeding van benzodiazepinen uit de aanvullende verzekeringen geen goede ontwikkeling is (en ontmoedigd moet worden), omdat het risico bestaat dat ongewenst langdurig gebruik bij slaap –en angststoornissen blijft voort bestaan.

Tenslotte is het CVZ het met partijen eens dat monitoring van de consequenties van de voorgestelde beperking van de vergoeding van benzodiazepinen wenselijk is. Het CVZ zal dit onderwerp meenemen bij zijn reguliere monitoring van het pakket.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur