

Rapport

Incontinentie absorptiemateriaal: noodzakelijk te verzekeren zorg?

Op 30 mei 2011 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **298**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

2011047900

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

mw. mr. M.E. Kroes en mw. E.C.M. Visser

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 75

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	
	.	
1	1. Inleiding	
3	2. Wet- en regelgeving	
5	3. Urine-incontinentie, de feiten	
5	3.a. Urine-incontinentie: wat is het, wie heeft het en is er verschil in de mate van incontinentie?	
7	3.b. Zorg bij urine-incontinentie	
7	3.b.1. Behandelmethoden	
8	3.b.2. Richtlijnen	
8	3.b.3. Indicatiestelling en doelmatig voorschrijfgedrag	
9	3.c. IA-materiaal	
9	3.c.1. Wie gebruikt welk materiaal?	
10	3.c.2. Kosten IA-materiaal	
11	3.d. Samenvatting	
13	4. Pakketbeoordeling	
13	4.a. Noodzakelijkheid	
13	4.a.1. Ziektelast	
16	4.a.2. Financiële toegankelijkheid	
17	4.b. Effectiviteit	
17	4.c. Kosteneffectiviteit	
18	4.d. De argumenten maatschappelijk gewogen	
20	5. Uitwerking scenario's	
20	5.a. Beantwoording van de vragen	
20	5.a.1. Vraag 1: Is er een relatie tussen lichte incontinentie, lage ziektelast en gebruik van licht IA-materiaal?	
20	5.a.2. Vraag 2: Wat zijn de mogelijkheden om indien aan de orde de eigen verantwoordelijkheid sterker te prikkelen door bekkenfysiotherapie toe te passen in plaats van het vergoeden van IA-materialen?	
20	5.a.3. Vraag 3: Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde en de verzekering van het niet langer verzekeren van licht IA-materiaal?	
21	5.b. Drie scenario's	
21	5.b.1. Bij stressincontinentie vergoeding van IA-materiaal uitsluiten (scenario A)	
22	5.b.2. Klein IA-materiaal uitsluiten van vergoeding (scenario B)	
23	5.b.3. Eigen bijdrage voor IA-materialen invoeren	

(scenario C)

24	5.c. Afweging scenario's
24	5.d. Advies
26	6. Consultatie
26	6.a. Geconsulteerde partijen
26	6.b. Dwarslaesie Organisatie Nederland
27	6.c. Zorgverzekeraars Nederland
27	6.d. Nefemed
28	6.e. Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP)
29	6.f. V&VN, Continentie Verplegenden & Verzorgenden
30	6.g. FHI
31	6.h. Pelvic care Center Maastricht (PcCM)
32	6.i. Reactie CVZ
35	7. Adviescommissie Pakket
36	8. Besluit CVZ
37	9. Literatuur

Bijlage(n)

1. Macroraming Zwv 'Op het lichaam gedragen hulpmiddelen voor absorberen van urine en ontlasting verdeeld naar absorptievermogen'
2. Besparingen incontinentie absorptiematerialen
3. Ontvangen reacties geconsulteerde partijen

Samenvatting

Gezien de aandacht voor incontinentie absorptiemateriaal (verder IA-materiaal) in het Rapport Brede heroverwegingen curatieve zorg 2.0¹ van werkgroep 11 van het kabinet en de verwachte afname van het gebruik van incontinentie absorptiemateriaal door uitbreiding van de basisverzekering per 2011 met bekkenfysiotherapie, heeft het CVZ besloten te bezien of er op korte termijn nog andere mogelijkheden zijn om het gebruik van IA-materiaal bij urine-incontinentie ten laste van de basisverzekering te beperken door bijvoorbeeld het uitsluiten van bepaalde indicaties of van bepaalde incontinentiematerialen van vergoeding.

De vragen die in dit rapport aan de orde komen zijn:

1. Is er een relatie tussen lichte incontinentie, lage ziektelast en het gebruik van licht materiaal?
2. Wat zijn de mogelijkheden om, indien aan de orde, de eigen verantwoordelijkheid sterker te prikkelen door bekkenfysiotherapie toe te passen in plaats van het vergoeden van incontinentiematerialen?
3. Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde en de verzekering van het niet langer verzekeren van het lichte materiaal?

Bij de beantwoording van deze vragen maakt het CVZ gebruik van de pakketprincipes zoals beschreven in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk'².

Op basis van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' constateert het CVZ dat IA-materiaal bij (pure) stressincontinentie geen noodzakelijk te verzekeren zorg is. Bij (pure) stressincontinentie is sprake van een lage ziektelast bovendien zijn de kosten van IA-materiaal bij deze indicatie financieel toegankelijk. De ziekte en de interventie (IA-materiaal) rechtvaardigen niet een claim op collectief gefinancierde zorg.

Om te bewerkstelligen dat IA-materiaal bij de deze indicatie niet langer wordt vergoed, verkent het CVZ de volgende scenario's, te weten:

- A. IA-materiaal bij stressincontinentie uitsluiten van vergoeding;
- B. Klein IA-materiaal met een absorptievermogen tot 500 ml uitsluiten van vergoeding;
- C. Invoeren van een extra eigen bijdrage op het gebruik van IA-materiaal.

Het CVZ constateert dat de scenario's A en B tot verkeerde prikkels leiden namelijk een mogelijke verschuiving van voorschrijfgedrag wat betreft de indicatiestelling respectievelijk het voorschrijven van zwaardere materialen. Het CVZ acht deze scenario's daarom niet uitvoerbaar. Aan scenario C kleven de minste uitvoeringstechnische bezwaren. Om die reden adviseert het CVZ een eigen bijdrage voor IA-

materiaal in te voeren van € 75 per jaar. Dit is ongeveer het bedrag dat mensen met een lichte vorm van incontinentie kwijt zijn aan IA-materialen, en waarvan bekend is dat een groot deel van de doelgroep deze kosten ook nu al voor eigen rekening neemt.

Indien een eigen bijdrage van € 75 per jaar voor IA-materiaal wordt ingevoerd levert dit zo'n € 43,5 miljoen op. Deze maatregel treft in principe alle gebruikers van IA-materiaal, ongeacht de mate of vorm van incontinentie. De maatregel kan bij mensen met complexe zorgvragen leiden tot stapeling van kosten. Het CVZ geeft daarom de minister in overweging die te compenseren via daartoe bestemde regelingen, bijvoorbeeld de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten en de belastingen. De geraamde opbrengst zal naar verwachting niet volledig kunnen worden geëffectueerd, omdat dit afhankelijk is van de mate waarin deze kosten binnen het eigen risico vallen.

1. Inleiding

Aandacht voor hulpmiddelen

In 2006 heeft het CVZ aandacht besteed aan de hulpmiddelen bij incontinentie. Op verzoek van het CVZ is door een deskundigencommissie (DINC) de problematiek bij urine-incontinentie in kaart gebracht in het rapport 'Attentie voor incontinentie'³. Op basis van dit rapport heeft het CVZ in 2006 de minister van VWS onder meer voorgesteld bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie op te nemen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), omdat dit het gebruik van incontinentiemateriaal zou doen afnemen. Inmiddels heeft de minister dit advies overgenomen.

Met ingang van 2011 is het pakket van de Zvw uitgebreid met de te verzekeren prestatie bekkenfysiotherapie. Of de opname van bekkenfysiotherapie in de Zvw inderdaad het verwachte beperkende effect heeft op het gebruik van incontinentie absorptiemateriaal bij urine-incontinentie, zal in de loop van 2013 of 2014 duidelijk worden.

Aandacht voor incontinentiemateriaal

Gezien de aandacht voor incontinentiemateriaal in het Rapport Brede heroverwegingen van werkgroep 11 curatieve zorg 2.0 van het kabinet heeft het CVZ besloten te bezien of er naast stringent pakketbeheer op korte termijn nog andere mogelijkheden zijn het gebruik van absorptiemateriaal bij urine-incontinentie ten laste van de basisverzekering te beperken door bijvoorbeeld het uitsluiten van bepaalde indicaties of van bepaalde incontinentiematerialen. Een van de veronderstellingen is dat de ziektelast bij urine-incontinentie varieert van licht tot zwaar in samenhang met licht en ernstig urineverlies en dat daarmee het lichte materiaal wellicht geen noodzakelijk te verzekeren zorg behoeft te zijn. Een andere gedachte is dat door het uitsluiten van bepaalde incontinentiematerialen uit de basisverzekering de prijzen van het materiaal zullen dalen. Ook kan het niet langer vergoeden van licht materiaal de eigen verantwoordelijkheid van mensen prikkelen waardoor zij (indien dit aan de orde is) door middel van bekkenfysiotherapie de incontinentieproblemen verminderen om daarmee het langdurig gebruik van incontinentiemateriaal te voorkomen. Tenslotte vraagt het CVZ zich af of incontinentiematerialen wel altijd doelmatig worden voorgeschreven.

Scenario's

Het CVZ heeft de volgende scenario's verkend:

- A. niet langer vergoeden van incontinentiemateriaal voor bepaalde indicaties;
- B. niet langer vergoeden van licht incontinentiemateriaal;
- C. eigen bijdrage voor incontinentiemateriaal.

Te beantwoorden vragen

De vragen die in dit rapport aan de orde komen zijn:

1. Is er een relatie tussen lichte incontinentie, lage ziektelast en het gebruik van licht materiaal? Anders gezegd: Bestaat 'lichte' incontinentie? Is dit een aandoening met een lage ziektelast? Betekent dit dan dat er licht incontinentiemateriaal wordt gebruikt?
2. Wat zijn de mogelijkheden om, indien aan de orde, de eigen verantwoordelijkheid sterker te prikkelen door bekkenfysiotherapie toe te passen in plaats van het vergoeden van incontinentiematerialen?
3. Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde en de verzekering van het niet langer verzekeren van het lichte materiaal?

Bij de beantwoording van deze vragen maakt het CVZ gebruik van de pakketprincipes zoals beschreven in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk'².

Leeswijzer

In hoofdstuk twee vindt u achtergrondinformatie over urine-incontinentie, de behandelmethoden, het incontinentiemateriaal, de kosten en de patiëntenpopulatie. In hoofdstuk drie komt het relevante wettelijke kader voor incontinentiezorg en incontinentie absorptiemateriaal (verder aangeduid als IA-materiaal) aan de orde. In hoofdstuk vier toetst het CVZ de incontinentiezorg en het IA-materiaal aan de pakketcriteria en benoemt de argumenten die in de maatschappelijke weging aan de orde moeten komen. In hoofdstuk vijf beantwoorden wij de vragen uit hoofdstuk één en beschrijven we drie mogelijke scenario's gevolgd door het advies. Hoofdstuk zes bevat een samenvatting van de consultatie van de belanghebbende partijen en de reactie van het CVZ daarop. Vervolgens komt in hoofdstuk zeven het advies van de Adviescommissie Pakket aan de orde. Tot slot volgt in hoofdstuk acht het besluit van het CVZ.

2. Wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk staat het wettelijk kader van de zorg bij incontinentie, bekkenfysiotherapie en het IA-materiaal voor het absorberen van urine, zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekeringswet (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

Geneeskundige zorg

De behandeling van incontinentieproblemen valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv.) indien de behandeling voldoet aan het algemene criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysiotherapie valt sinds 2011 onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg (onderdeel paramedische zorg) als bedoeld in artikel 2.6, vierde lid, Bzv.

Hulpmiddelen bij urinelozing

In de Regeling zorgverzekering (Rzv) in artikel 2.6 staan *uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie* als te verzekeren prestatie genoemd.

Op grond van artikel 2.11, eerste lid, omvat de aanspraak op hulpmiddelen bij urinelozing en defecatie, uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.

Bij kortdurende incontinentie en bij enuresis nocturna zijn de IA-materialen uitgesloten van de hulpmiddelenzorg (zie artikel 2.11, tweede lid onder b, Rzv).

Dit betekent dat er uitsluitend aanspraak bestaat op absorptiemateriaal bij een chronische vorm van incontinentie die niet vanzelf geneest dan wel die niet binnen afzienbare tijd afdoende kan worden behandeld. Bij kortdurende incontinentieklachten, bijvoorbeeld ten gevolge van zwangerschap of na een operatie, is er geen indicatie voor (en geen aanspraak op) incontinentiemateriaal.

Indicatievereiste

In artikel 2.1, derde lid, Bzv is bepaald dat de verzekerde op een zorgvorm of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. In de toelichting op dit artikel staat dat de verzekeraar en verzekerde afspraken kunnen maken in de zorgverzekering over doelmatigheidsvereisten.

In de toelichting op de wijziging van artikel 2.6 Rzv^a is overigens opgenomen dat, als een verzekerde gezien de aard van de incontinentie baat zou kunnen hebben bij bekkenfysiotherapie, een zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen de toestemming voor lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen kan laten afhangen van de vraag of verzekerde ook daadwerkelijk

^a Wijzigingsbesluit 14 juli 2010 Z/VU-3013503

bereid is deze therapie te volgen. Het moet dan gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van een verzekerde verlangd mag worden. Vergoeding van materiaal is dan mogelijk vanaf het moment dat een verzekerde in therapie gaat. Is een verzekerde hier niet toe bereid dan is hij redelijkerwijs niet aangewezen op incontinentiemateriaal (artikel 2.1, derde lid, Bzv).

3. Urine-incontinentie, de feiten

Dit hoofdstuk bevat informatie over urine-incontinentie, de behandeling ervan, de patiëntenpopulatie, het voorschrijfgedrag, de incontinentiematerialen, het gebruik ervan en over de kosten van incontinentiematerialen.

3.a. Urine-incontinentie: wat is het, wie heeft het en is er verschil in de mate van incontinentie?

Definitie incontinentie

Er bestaat veel onduidelijkheid over de prevalentie van incontinentie. Urine-incontinentie is door de International Continence Society gedefinieerd als *iedere vorm van ongewild urineverlies*⁴. In het DINC-rapport³ is gesteld dat naar schatting 5% van de volwassenen problemen heeft met continentie. Incontinentie komt vaker voor bij vrouwen. Dit is vooral het gevolg van de relatief zwakkere bouw van het afsluitingsmechanisme van de blaas bij vrouwen, waarvan de werking verder kan verminderen als gevolg van bevallingen. Als gevolg van prostaatoperaties neemt het aantal mannen met incontinentieproblemen de laatste tijd toe.

Een prevalentie van 5% is laag gezien een aantal Nederlandse onderzoeken naar de prevalentie van incontinentie⁵. Deze onderzoeken rapporteren prevalentiecijfers bij vrouwen variërend van 23,5 tot 57% in de leeftijd van 45 tot 70 jaar. Het grote verschil zit waarschijnlijk in de definiëring van het begrip incontinentie. Dit vermoeden wordt versterkt door de bevinding dat slechts 15% van de incontinentie vrouwen aangaf hinder te ondervinden van de incontinentie.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat ongewild urineverlies veel vaker voorkomt dan medici en beleidsmakers denken, maar dat daarbij onderscheid moet worden gemaakt tussen ernstig en minimaal urineverlies. Uitgaande van een definitie waarbij alleen naar echt problematische urine-incontinentie wordt gekeken, blijkt dat ongeveer 19% (900.000 vrouwen) een ernstige vorm van ongewild urineverlies heeft.

Soorten urine- incontinentie: wie heeft het?

De drie belangrijkste vormen van urine-incontinentie bij vrouwen zijn⁶:

- *Stress- of inspanningsincontinentie (50%)*

Stressincontinentie is een vorm van ongewild urineverlies die optreedt bij fysieke inspanning, hoesten en niezen. Hierbij schiet de werking van het afsluitmechanisme tekort om de opgebouwde druk van de urine in de blaas te weerstaan. Dit komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd tussen 35 en 55 jaar.

- *Urge- of aandrangincontinentie (14%)*

Urge-incontinentie is een vorm van ongewild verlies van urine voorafgegaan door een sterke aandrang tot mictie. In plaats van urge-incontinentie wordt vaak de term overactieve blaas gebruikt. De prevalentie van urge-incontinentie is tot de

leeftijd van ca. 64 jaar betrekkelijk stabiel (5 à 10%).

- *Gemengde incontinentie* (36%)

Bij gemengde urine-incontinentie is er sprake van ongewild verlies van urine geassocieerd met aandrang tot mictie alsook met lichamelijke inspanning, hoesten en niezen.

Incontinentie door beschadiging ruggenmerg

Daarnaast bestaat er zogenaamde *reflexincontinentie*.

Deze vorm van incontinentie berust op het reflectoir samentrekken van de blaas, in afwezigheid van een normale mictiedrang. Deze vorm van incontinentie wordt veroorzaakt door een laesie in het centrale zenuwstelsel bijvoorbeeld een CVA of een dwarslaesie. De meest voorkomende oorzaak van een dwarslaesie is een beschadiging of breuk (trauma) van de wervelkolom waarin zich het ruggenmerg bevindt. Er kunnen ook dwarslaesies ontstaan door infecties, tumoren die op het ruggenmerg drukken, stoornissen in de bloedvatvoorziening en door aangeboren afwijkingen. In Nederland komen er ieder jaar ongeveer 400 traumatische dwarslaesies bij⁷.

Incontinentie door neurologische aandoeningen

Mensen met multiple sclerose (MS) krijgen vaak problemen met de blaas. Dit is het geval bij zo'n 75-90% van de patiënten. De problemen zijn bijvoorbeeld ongewild urineverlies of niet kunnen plassen. MS kan leiden tot een verstoring van de zenuwvoorziening van de blaasspier en de sluitspier, terwijl de blaas en de sluitspier zelf niet zijn aangetast. De blaasspier kan door MS te actief zijn, waardoor iemand de urine niet kan ophouden. Ook kan het zijn dat door MS de sluitspier niet voldoende aangespannen is, waardoor de urine meteen naar buiten loopt. In 2007 waren er in 16.200 mensen met gediagnosticeerde MS⁸. Er komen per jaar ongeveer 300 nieuwe patiënten bij.

Incontinentie ten gevolge van prostatectomie

Na een prostaatverwijdering kan sprake zijn van incontinentie. 95% van de geopereerde mannen heeft na het verwijderen van de katheter moeite met het ophouden van de urine. Meestal is deze incontinentie van korte duur en kan dit door regelmatig oefenen van de bekkenbodembeteren. Na verloop van een jaar kunnen de meesten hun urine ophouden. Bij 10% kunnen blijvende vormen van incontinentie bestaan.

Functionele incontinentie

Er zijn ook andere factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van incontinentie. Vooral bij ouderen spelen stoornissen in andere systemen een rol, zoals vermindering van mobiliteit en de cognitie. Bovendien kunnen er belemmeringen in de omgeving zijn waardoor het toilet niet op tijd is te bereiken of te gebruiken. Men spreekt dan wel van functionele incontinentie.

Mate van incontinentie: licht

De Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen van het Landelijk Expertisecentrum Verplegenden en Verzorgenden (september 2010)⁹ maakt onderscheid tussen lichte, matige en zware vormen van urineverlies.

Licht materiaal	In deze richtlijn wordt onder lichte urine-incontinentie verstaan dat het urineverlies met klein absorberend materiaal (50 tot 500 ml absorptievermogen) opgevangen kan worden. Dit is het geval bij het verliezen van enkele druppeltjes of scheutjes urine per keer (vaak het geval bij stressincontinentie).
Mate van incontinentie: matig tot zwaar	Volgens dezelfde richtlijn is er sprake van matige tot zware urine-incontinentie als groter absorptiemateriaal nodig is om de urine in op te vangen (vaak met een absorptievermogen van 2000 tot 3000 ml). Dit is het geval wanneer flinke scheuten urine per keer worden verloren, of zelfs bijna de hele of de gehele blaasinhoud (dit is vaak het geval bij urge- of aandrangincontinentie).
Groot IA-materiaal	

3.b. Zorg bij urine-incontinentie

3.b.1. Behandelmethoden

Behandelmethoden	De therapeutische behandelmethoden voor urine-incontinentie gericht op genezen of verbeteren zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Conservatieve therapie (zoals voorlichting, begeleiding, training van de bekkenbodemspier, biofeedback, blaastraining); • Chirurgie (zoals colposuspensie, Tension Free Vaginal Tape (TVT), voorwandplastiek, sling procedure); • Medicatie (zoals spasmolytica); • Hulpmiddelen (pessarium); • Nieuwe behandelmethoden (zoals neuromodulatie).
-------------------------	--

Nieuw in 2011	Niet al deze behandelingen zijn te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Bekkenfysiotherapie is recent toegevoegd (in 2011) aan het te verzekeren pakket van de Zvw. Deze therapie wordt niet alleen toegepast bij vrouwen, maar ook bij mannen met incontinentieproblemen. De behandelmethode van functionele incontinentie is gericht op verbeteren van lichamelijke conditie (mobiliteit, kracht en transfers), gedrag en omgevingsfactoren (toilet- en kledingaanpassing).
----------------------	---

Compenserende interventies	Compenserende interventies gericht op de gevolgen van incontinentie zijn de IA-materialen en katheters. Deze hulpmiddelen kunnen een zinvolle aanvulling zijn gedurende de behandeling van incontinentie, maar kunnen ook in belangrijke mate bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van leven van mensen met een chronische, niet curatief te behandelen, aandoening. Deze mensen zijn vaak levenslang aangewezen op het dagelijks gebruik van deze hulpmiddelen. Te denken valt hierbij aan mensen waarbij een behandeling niet of maar gedeeltelijk werkt. Voor deze groep mensen is het gebruik van hulpmiddelen vaak essentieel voor het kunnen leiden van een zo normaal mogelijk (sociaal en werkzaam) leven.
-----------------------------------	--

3.b.2. Richtlijnen

Op verschillende terreinen (huisartsengeneeskunde, bekkenfysiotherapie, gynaecologie, verpleegkunde, urologie) in de incontinentiezorg bestaan richtlijnen. De diverse richtlijnen zijn te vinden op de websites van de desbetreffende beroepsgroepen. Er is inmiddels een concept multidisciplinaire richtlijn voor urine-incontinentie bij vrouwen tot stand gebracht. Deze is in de commentaarronde. De verwachting is dat deze richtlijn in de loop van 2012 gereed is⁹.

3.b.3. Indicatiestelling en doelmatig voorschrijfgedrag

In de wettelijke regeling staat dat een verzekerde op een zorgvorm of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Op grond hiervan dient te worden bepaald welke zorg een verzekerde nodig heeft.

Indicatie voor IA - materiaal: alleen bij langdurige incontinentie

Voor de toepassing van IA-materialen betekent dit dat moet worden beoordeeld of de verzekerde langdurig incontinent is en redelijkerwijze is aangewezen op het gebruik van IA-materialen.

In hoofdstuk 3a hebben wij beschreven dat incontinentie een symptoom is dat verschillende oorzaken kent, bijvoorbeeld MS, dwarslaesie, zwak sluitmechanisme of prostatectomie. Bij langdurige incontinentie is de verzekerde aangewezen op het gebruik van IA-materiaal. Dit wordt vergoed ten laste van de Zvw. Dit geldt ook voor het materiaal dat mensen met stressincontinentie gebruiken, waar het urineverlies voorspelbaar is zodat vooraf passende maatregelen kunnen worden genomen.

Geen indicatie voor IA-materiaal bij kortdurende incontinentie

Bij incontinentie na een bevalling of een operatie en bij stress- en urge-incontinentie, is conservatieve bekkenfysiotherapie de eerst aangewezen behandeling. Bekkenfysiotherapie zal vaak het incontinentieprobleem verminderen.

Bij kortdurende incontinentie wordt het gebruik van IA-materiaal niet vergoed ten laste van de Zvw.

Voorschrijfgedrag

De indruk bestaat dat de behandelaar bij stress- en urge-incontinentie en na een bevalling nog niet standaard nagaat of andere behandelingen, zoals bekkenfysiotherapie, het incontinentieprobleem kunnen oplossen. Er is meer aandacht nodig voor de oorzaak van incontinentie en de mogelijke behandelingen.

3.c. IA-materiaal

3.c.1. Wie gebruikt welk materiaal?

Diversiteit in absorptievermogen	IA-materiaal compenseert de gevolgen van urine-incontinentie. Het materiaal kent verschillende absorptievermogens. Er bestaat geen eenduidige, internationaal erkende indeling van incontinentiematerialen naar absorptievermogen. Daarom is er een grote diversiteit in het weergeven van absorptievermogen
Klein	uitgedrukt in ml. Er zijn kleine materialen in de handel voor het verlies van enkele druppels urine per dag (100 ml) tot en met grote materialen voor het verlies van enkele liters per dag.
Groot	Er is ook superlicht of ultra IA-materiaal. Dit materiaal komt niet ter sprake in de eerdergenoemde richtlijnen. Aangenomen wordt dat dit superlichte materiaal een klein absorptievermogen kent van niet meer dan 50 ml.
Superlicht	
Langdurig gebruik: diverse materialen	Een patiënt die langdurig incontinent is en dagelijks IA-materiaal moet gebruiken, gebruikt vaak meerdere soorten IA-materiaal met verschillende absorptievermogens. Mensen met stressincontinentie die af en toe enkele druppels of scheutjes urine verliezen, blijken vaak toe te kunnen met licht ofwel klein materiaal met een absorptievermogen tot 500 ml. In zo'n situatie spreekt men van lichte incontinentie. In hun productinformatie maken fabrikanten bij lichte (kleine) materialen wel de vergelijking qua omvang met inlegkruisjes of dun maandverband. Dit kleine materiaal is niet alleen te koop bij de apotheek maar ook bij de drogist en de supermarkt en via internet.
Kortdurend: diverse materialen	Ook na een bevalling of een operatie gebruiken mensen soms kortdurend IA-materiaal met verschillende absorptievermogens. Niet vaststaat dat alleen maar klein materiaal wordt toegepast.
Doelmatig gebruik	Welke materialen op een dag worden gebruikt, hangt in belangrijke mate af van de geplande activiteiten, de inschatting van de mogelijkheden om materiaal te verwisselen en van het absorptievermogen van het materiaal. De verzekerde bepaalt in belangrijke mate zelf welk materiaal (qua absorptievermogen) in welke situatie nodig is. De kennis en ervaring met het gebruik van deze materialen spelen daarbij een belangrijke rol.
G-standaard (Z-index) beïnvloedt gebruik	Daarnaast kan bij het gebruik een rol spelen dat licht en klein IA-materiaal van de ene fabrikant wel en van de andere fabrikant niet wordt vergoed. Reden is dat heel licht en klein IA-materiaal van de ene fabrikant wel en van de andere fabrikant niet in de G-standaard ^b is opgenomen.

^b G-standaard is een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt.

De zorgverzekeraars gebruiken de G-standaard voor het verwerken van declaraties voor onder meer verbandmiddelen en absorptiematerialen. De partijen uit de industrie, zoals fabrikanten en groothandels, leveren productinformatie aan bij Z-index^c over bestaande en nieuwe zorgproducten. Deze producten worden vervolgens al dan niet opgenomen in de G-standaard.

3.c.2. Kosten IA-materiaal

€ 149 mln

De totale door verzekerden gedeclareerde kosten van IA-materialen (exclusief de zogenaamde onderleggers) zijn vanaf 2006 jaarlijks gestegen. In 2006 ging het om een bedrag van zo'n € 139 mln en in 2009 was bedrag zo'n bijna € 149 mln. De cijfers van het Genees- en hulpmiddelen informatie project (GIP) van het CVZ geven inzicht in de extramurale kosten van IA-materialen en geneesmiddelen voor urine-incontinentie. Meer gedetailleerde informatie over de IA-materialen, waaronder de macrokosten, de aantallen gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker, is te vinden in bijlage 1. De gemiddelde gedeclareerde kosten per verzekerde zijn ten opzichte van eerdere jaren afgenomen. Dit kan het gevolg zijn van inkoopbeleid van verzekeraars (waardoor het goedkoper is geworden) en of door de verbetering van de materialen waardoor minder materiaal per dag nodig is.

Particuliere sector

Algemeen bekend is dat de particuliere sector (drogisterijen en supermarkten) een behoorlijke omzet heeft met de verkoop van IA-materialen en maandverbanden die worden gebruikt voor urine-incontinentie. Dit laatste is namelijk meer geaccepteerd om te kopen dan IA-materialen.

In de tabel hieronder staat informatie over het aantal gebruikers en de kosten per unieke gebruiker^d.

Tabel 1: Op het lichaam gedragen hulpmiddelen voor absorberen van urine en ontlasting. Verdeling van het uniek aantal gebruikers naar kosten per gebruiker.

Macroraming Zvw 2009, kosten per gebruiker:	0 tot 75 euro	75 tot 150 euro	150 tot 250 euro	250 tot 500 euro	500 euro of meer	Totaal
uniek aantal gebruikers	154.600	132.500	93.900	88.400	82.800	552.200
percentage	28%	24%	17%	16%	15%	100%

bron: GIP / College voor zorgverzekeringen

^c Z-index treedt op als intermediair in zorginformatie en biedt de door de partijen aangeleverde productinformatie aan in de G-standaard.

^d Een gebruiker is gedefinieerd als een patiënt die gedurende een kalenderjaar minstens één voorschrift voor het betreffende (hulp)middel heeft ontvangen.

<i>Gedeclareerde kosten per gebruiker</i>	Zo'n 30 % van alle gebruikers heeft in 2009 minder dan € 75 per jaar gedeclareerd voor IA-materiaal. Zo'n 70% van de gebruikers declareert minder dan € 250 en 30 % declareert meer dan € 250 per jaar.
<i>Aantal gebruikers</i>	Het aantal mensen dat in 2009 IA-materiaal heeft gedeclareerd ten laste van de Zvw, was meer dan 552.000. Het feitelijk aantal gebruikers is hoger omdat een deel van de mensen met incontinentie de kosten voor eigen rekening hebben genomen. Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag. Het gebruik van IA-materiaal door mensen die in verpleeghuizen verblijven valt hierbuiten. <ul style="list-style-type: none"> • Mensen ervaren een lichte vorm van incontinentie als een ongemak. Zij vinden het niet de moeite waard om hiervoor het traject van behandeling in te gaan. Zij schaffen de materialen zelf aan; • Incontinentie is een taboe. Mensen durven zich met dit probleem niet tot de huisarts te wenden; • Mensen weten soms niet dat vergoeding mogelijk is.

3.d. Samenvatting

<i>Urine-incontinentie; vormen, gradaties en behandeling</i>	Er zijn verschillende vormen van urine-incontinentie waarbij per individu de ernst (frequentie) en de mate (hoeveelheid) van ongewild urineverlies varieert. Urine-incontinentie kent verschillende oorzaken. Bij neurologische aandoeningen en bij ruggenmergbeschadiging is veelal geen behandeling mogelijk en bij bijvoorbeeld stress- en urge-incontinentie is bekkenfysiotherapie de eerst aangewezen behandeling. Indien conservatieve behandeling geen optie (meer) is compenseert IA-materiaal de gevolgen van urine-incontinentie.
<i>Gebruik IA-materiaal</i>	Het is niet mogelijk om op voorhand voor een bepaalde vorm van incontinentie of een bepaalde mate van incontinentie te bepalen welk materiaal (klein of groot) nodig en/of geschikt is. Zowel bij langdurige als bij kortdurende incontinentie hangt de toepassing vooral af van de individuele problematiek, en de manier waarop de verzekerde omgaat met het materiaal.
<i>Aantal gebruikers en kosten per gebruiker</i>	In 2009 gebruikten meer dan 552.000 mensen IA-materialen voor € 149 mln. Het feitelijk aantal gebruikers is hoger. Zoals in de vorige paragraaf uiteengezet zijn er verschillende redenen waarom mensen – al dan niet bewust – besluiten de materialen zelf aan te schaffen. Per gebruiker variëren de kosten. Een kleine 30% van de gebruikers besteedt jaarlijks een bedrag tot € 75 aan IA-materialen. Zo'n 70% van de gebruikers besteedt jaarlijks minder dan € 250 en 30 % geeft meer dan € 250 uit.

***Voorschrijfgedrag
en declaratie-
verkeer kan beter***

Het CVZ heeft de indruk dat behandelaren bij stress- en urge-incontinentie en incontinentieproblematiek na een bevalling nog niet standaard nagaan of op de oplossing van de incontinentie zelf gerichte behandelingen, zoals bekkenfysiotherapie, het incontinentieprobleem kunnen verminderen. Daarnaast heeft het CVZ geconstateerd dat heel licht en klein IA-materiaal van de ene fabrikant wel en van de andere fabrikant niet in de G-standaard is opgenomen. De eventuele vergoeding kan een rol bij het gebruik spelen. Het CVZ meent dat bij het voorschrijfgedrag en bij het declaratieverkeer doelmatigheidswinst mogelijk is. Zorgverzekeraars, behandelaars, leveranciers en apotheken zouden beter moeten toezien op de indicatiestelling voor het langdurig gebruik van IA-materiaal en het type materiaal. Het materiaal moet alleen ten laste van de Zvw komen als de oorzaak van de incontinentie niet (meer) conservatief kan worden behandeld.

4. Pakketbeoordeling

Het CVZ beoordeelt of een interventie in aanmerking komt voor in- of uitstroom. Het CVZ toetst dan de interventie aan de pakketprincipes, doet een integrale weging en adviseert vervolgens over in- of uitstroom. Een en ander volgens de werkwijze die beschreven is in twee CVZ-rapporten 'Pakketbeheer in de praktijk' van december 2006¹⁰. en juni 2009¹¹

Het CVZ beziet in dit hoofdstuk welke mogelijkheden er zijn voor beperkingen in het gebruik van IA-materiaal. Het CVZ heeft geen totale uitstroom van dit materiaal voor ogen. Op basis van een aantal veronderstellingen (zie hoofdstuk 1) die gerelateerd zijn aan de pakketcriteria en de suggestie die gedaan is vanuit de werkgroep Brede heroverwegingen, doet het CVZ een voorstel voor een aantal scenario's ter beperking van het gebruik van IA-materiaal. Op basis van de voor- en nadelen zal het CVZ uiteindelijk zijn voorkeur uitspreken.

Uitvoerbaarheid in hoofdstuk 5

De pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit komen in dit hoofdstuk aan de orde. Het pakketprincipe uitvoerbaarheid bespreken we niet in dit hoofdstuk maar in hoofdstuk 5 bij de diverse scenario's.

4.a. Noodzakelijkheid

4.a.1. Ziektelast

Het CVZ beoordeelt bij "noodzakelijkheid" eerst de ernst van de ziekte ofwel de ziektelast en daarna de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Bij het berekenen van de individuele ziektelast bekijkt het CVZ of de ernst van de ziekte een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt.

Ziektelast definitie

Het CVZ definieert individuele ziektelast^e als de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening als hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden¹². Hierbij wordt gezondheid uitgedrukt in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALY's). De ziektelast kan aldus maximaal 1 zijn (wanneer alle resterende QALY's verloren gaan) en minimaal 0 (wanneer geen QALY's verloren gaan). De formule die bij de berekening wordt toegepast is als volgt:

^e De term ziektelast wordt in Nederland op twee manieren gebruikt; door RIVM en WHO om maatschappelijke ziektelast aan te duiden en door het CVZ om individuele ziektelast aan te duiden. Individuele ziektelast wordt gebruikt om te bepalen hoe erg de aandoening is waarvoor een behandeling wordt gezocht. Maatschappelijke ziektelast is een maat van hoeveel gezondheid een populatie verliest door morbiditeit en mortaliteit als gevolg van specifieke indicaties. Dit wordt mede bepaald door de prevalentie. Het in kaart brengen van maatschappelijke ziektelast is voor overheden van belang om doelen te stellen in gezondheidszorgbeleid.

Ziektelast = Aantal verloren QALY's/Resterende QALY
verwachting in normale gezondheid

***Ondergrens
ziektelast nog niet
bepaald***

Over een ondergrens van de individuele ziektelast voor collectieve financiering is nog geen overeenstemming. Een (politieke) keuze is tot nu toe niet gemaakt. In 2002 heeft het CVZ in het rapport 'Vervolgonderzoek Breedte Geneesmiddelenpakket'¹³ berekeningen gemaakt met drempelwaardes 0,05 - 0,1 - 0,15. De RVZ stelde in 2006 in zijn rapport 'Zinnige en duurzame zorg' als ondergrens voor collectieve financiering een ziektelast van 0,1 voor.

Als afkappunt voor een lage ziektelast kan gezien het vorenstaande een waarde tussen 0,05 en 0,15 worden gehanteerd. Het CVZ zal in 2012 met een advies komen over de bruikbaarheid van ziektelast voor het afbakenen van de ondergrens van het pakket, namelijk waar het gaat om ongemakken of ziekten waarvan de behandelingen goed voor eigen rekening kunnen komen.¹⁴.

***Ziektelast en
kwaliteit van leven
bij incontinentie***

Incontinentie leidt vrijwel altijd tot afname van de kwaliteit van leven door onder andere schaamte, depressie en beperkingen in de mobiliteit, fysiek functioneren en participatie. Incontinentie kan er zelfs toe leiden dat iemand sociale contacten uit de weg gaat of er hobby's voor opgeeft, zoals sport of reizen. Ondanks het feit dat incontinentie tot een sociale handicap kan leiden, bleek in 2006 minder dan één derde van de mensen met incontinentie hulp te zoeken. Redenen hiervoor zijn dat incontinentie taboe is of omdat men de incontinentie slechts als ongemak ervaart.

***Global Burden of
Disease***

Via het Global Burden of Disease (GBD) project^f van de WHO is over individuele ziektelast de volgende informatie beschikbaar. Bij mannen met benigne prostaat hypertrofie (BPH) en ernstige⁹ urine-incontinentie is de ziektelast 0,157¹⁵.

Bij vrouwen met urine-incontinentie is de ziektelast volgens de GBD¹⁵ als volgt:

- Matige (stress)incontinentie: ziektelast = 0,025 (0,033 voor 60+)
- Ernstige incontinentie ziektelast = 0,157.

Uit onderzoek van Tincello et al (2010)¹⁶ kan worden opgemaakt dat de ziektelast van urine-incontinentie afhankelijk is van frequentie van incontinentie-episodes. De

^f Het Global Burden of Disease (GBD) project wil een wereldwijde, consistente en vergelijkende beschrijving geven van de 'ziektelast' (verloren levensjaren en verloren kwaliteit van leven) door ziekten en ongevallen om gezondheidsbeleid te kunnen sturen. Daartoe verzamelt en integreert het project cijfers over sterfte, het voorkomen van ziekte en risicofactoren. De belangrijkste en meest bekende vergelijkende ziektemaat die in dit project wordt gebruikt is de DALY.

⁹ Er bestaan geen standaarddefinities voor de aanduidingen 'ernstig', 'licht' en 'matig' bij ongewild urineverlies. Een indicatie staat in de Richtlijn incontinentie bij kwetsbare ouderen. Men spreekt over 'licht' en koppelt daaraan klein materiaal met absorptievermogen tot 500ml.

ziektelast kan voorspeld worden op basis van patiëntkarakteristieken als soort incontinentie, sociaal economische status en of er al eerder een operatieve ingreep is geweest vanwege incontinentie.

Voor een subgroep van vrouwen vonden zij de volgende ziektelast:

- Ziektelast voor stressincontinentie: 0,15.
- Bij frequentie episodes van 7x per week of minder is de ziektelast 0,14
- Voor urge-incontinentie was de ziektelast 0,19
- Voor 'mixed' urine-incontinentie was de ziektelast 0,25.

Lage ziektelast bij pure stress-incontinentie

Het CVZ is van mening dat de door Tincello toegepaste subgroepanalyse niet erg gedetailleerd is, maar het lijkt erop dat in ieder geval sprake is van een lage ziektelast bij (pure) stress incontinentie en bij niet ernstige (frequentie ≤ 7 / week) incontinentie (zowel voor vrouwen als mannen). Het GBD-gewicht ondersteunt aanvullend dat sprake is van een lage ziektelast.

Diverse ziektelast-getallen

Uit een review van Imamura et al (2010)¹⁷ blijkt dat er studies zijn waaruit is op te maken dat de ziektelast bij vrouwen die fysiotherapeutische behandeling zochten voor incontinentie, toeneemt met de ernst van de incontinentie ('ongeveer de helft van de week' \rightarrow ziektelast = 0,19, 'de meeste dagen' \rightarrow ziektelast = 0,21, 'elke dag' \rightarrow ziektelast = 0,25). Bij vrouwen uit deze groep die geen incontinentie-episodes hadden, blijkt er een ziektelast van 0,15 te zijn. Ook na een succesvol ervaren behandeling was de ziektelast 0,15.

Factoren die ziektelast beïnvloeden

In dit laatste geval is aannemelijk dat de ziektelast een andere oorzaak kent. De angst voor onvrijwillig urineverlies kan een factor zijn, maar ook kan er sprake zijn van een bijkomend probleem dat invloed heeft op de ziektelast. Onderzoek naar het gebruik van geneesmiddelen door mensen die druppel tot licht IA-materiaal gebruiken, bevestigt voor een deel het vermoeden dat er bij gebruikers van IA-materiaal ook andere klachten kunnen zijn. Bijvoorbeeld bij een dwarslaesie en MS is sprake van een aanmerkelijke ziektelast. De incontinentie komt daar nog eens bij.

Voorzichtig met ziektelast getallen

Dit betekent dat met de ziektelast getallen uit individuele studies voorzichtig moet worden omgegaan. Het toepassen van verschillende analysetechnieken kan andere ziektelastgegevens opleveren en de geobserveerde ziektelast kan worden beïnvloed door andere factoren dan de urine-incontinentie.

Conclusies ziektelast bij incontinentie

De conclusies uit het vorenstaande zijn vooralsnog als volgt.

- Er lijkt sprake te zijn van een lage ziektelast bij (pure) stress (urine) incontinentie (0,15 alleen vrouwen) en bij niet ernstige (frequentie ≤ 7 / week) urine-incontinentie

(0,14, zowel voor vrouwen als mannen).

- Er zijn diverse stadia van incontinentie met een variabele ziektelast.
- Met ziektelastgegevens uit individuele studies moet voorzichtig worden omgegaan.
- Bij gebruikers van IA-materiaal kan sprake zijn van andere klachten (multimorbiditeit) bijvoorbeeld een dwarslaesie of MS, die de ziektelast uiteraard beïnvloeden.

4.a.2. Financiële toegankelijkheid

In het kader van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' beoordeelt het CVZ ook de financiële toegankelijkheid van een interventie op individueel niveau. In het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg heeft het CVZ dit criterium geoperationaliseerd.

Om te beoordelen of een hulpmiddel financieel toegankelijk is, beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

- *Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke middelen?*

De vraag of IA-materiaal substitueert voor algemeen gebruikelijke middelen kan niet zonder meer met ja of nee worden beantwoord. Een deel van de mensen schaft nu zelf IA-materialen aan. Vermoedelijk gaat het hier om een groep mensen met een lichte vorm van incontinentie. Kennelijk vindt men het zelf betalen van deze middelen tot een bepaalde grens acceptabel. Daarbij komt dat de materialen bovendien eenvoudig bij supermarkt of drogist zijn aan te schaffen. Het materiaal substitueert deels voor ander opvangmateriaal, zoals inlegkruisjes of maandverband.

Substitutie

- *Zijn de kosten (of de meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel toegankelijk wordt?*
 - *Betreft het een voorzienbaar veel voorkomend functioneringsprobleem?*

Zoals uit tabel 1 blijkt, declareert een kleine 30% (154.600) van de gebruikers jaarlijks minder dan € 75 voor IA-materiaal. Gezien de hoogte van het bedrag kan worden aangenomen dat het hier gaat om een groep mensen met een lichte vorm van incontinentie. Het CVZ is van mening dat IA-materiaal bij deze vorm van incontinentie financieel toegankelijk is.

Financieel toegankelijk

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat – afhankelijk van de gehanteerde definitie – 23,5 tot 57% van de Nederlandse vrouwen (leeftijd 45 tot 70 jaar) wel eens last heeft van incontinentie. In deze percentages zijn ook vrouwen met een minimaal urineverlies begrepen. Het CVZ is op basis hiervan van mening dat minimaal urineverlies een veel voorkomend functioneringsprobleem is.

Veel voorkomend functionering-probleem

- *Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparings- of kwaliteitsaspecten meespelen?*

Relatie met behandelingen gericht op herstel

IA-materiaal bij (pure) stressincontinentie is gerelateerd aan andere conservatieve behandelmethoden zoals blaastraining, bekkenbodemspieroefeningen, medicatie en bekkenfysiotherapie. Bekkenfysiotherapie is sinds 1 januari 2011 een te verzekeren prestatie. Conservatieve behandelmethoden die gericht zijn op het verhelpen van de klachten zullen leiden tot een besparing op IA-materialen en tot kwalitatief betere zorg.

4.b. Effectiviteit

Stepped care behandeling

Een aantal oorzaken van urine-incontinentie bij mannen en vrouwen kan worden behandeld. Er zijn verschillende behandelopties. Niet-invasieve behandelingen hebben de voorkeur. Bij bijvoorbeeld stress- en urge-incontinentie of na een bevalling of prostaatoperatie is bekkenfysiotherapie een effectieve behandeling. Deze behandeling zal in veel gevallen het incontinentieprobleem verminderen of definitief oplossen en is daarmee (kosten)effectiever dan het (levenslang) gebruik van IA-materiaal.

Bekkenfysiotherapie eerst

Omdat de bekkenfysiotherapie met ingang van 2011 onderdeel is geworden van het te verzekeren pakket van de Zvw, zal nog niet iedereen die baat kan hebben bij bekkenfysiotherapie, deze therapie hebben gevolgd. De wettelijke regeling biedt de mogelijkheid om van een verzekerde redelijkerwijs te verlangen deze therapie te volgen voordat men aanspraak maakt op IA-materiaal.

IA-materiaal effectief

Het IA-materiaal is een hulpmiddel om de gevolgen van incontinentie op te vangen. Het verhelpt de incontinentie niet en is als behandeling dus niet effectief. Het materiaal zelf is echter wel effectief in die zin dat het bij juist gebruik doet wat het behoort te doen (absorberen van ongewild urineverlies). Als mensen met incontinentieproblemen het materiaal niet juist gebruiken of niet het juiste materiaal op het juiste moment, is dat niet (kosten)effectief. Bijvoorbeeld als ze te vaak wisselen of voor de zekerheid zwaarder materiaal gebruiken dan nodig is.

4.c. Kosteneffectiviteit

Het CVZ beschikt niet over gegevens over de kosteneffectiviteit van het gebruik van IA-materiaal. Uit de conceptringlijn urine-incontinentie bij vrouwen (juni 2010) blijkt dat urine-incontinentie een negatief effect heeft op werk en arbeidsproductiviteit. Te verwachten is dat door de compensatie van de gevolgen van incontinentie, deelname aan het maatschappelijk verkeer en werk beter mogelijk is. Maar deze effecten zijn niet in termen van kosteneffectiviteit gekwantificeerd.

4.d. De argumenten maatschappelijk gewogen

Bij de weging van de pakketprincipes om te komen tot een pakketadvies, betreft het CVZ de volgende overwegingen.

Ziektelast	<p><i>Noodzakelijkheid</i></p> <p>Als de oorzaak van incontinentie niet te behandelen is, bijvoorbeeld bij een dwarslaesie of MS, is de ziektebelasting van incontinentie aanmerkelijk (zie hoofdstuk 3a). Bij stressincontinentie is sprake van een lage ziektebelasting. Ook als de stressincontinentie niet verbetert door bekkenfysiotherapie, blijft de ziektebelasting bij stressincontinentie laag (zie hoofdstuk 4a).</p>
Toegankelijkheid	<p>Een deel van de mensen doet nu geen beroep op vergoeding van incontinentiemateriaal en neemt deze kosten voor eigen rekening (hoofdstuk 3c). Een kleine 30% van alle gebruikers van IA-materiaal, declareert jaarlijks minder dan € 75 aan IA-materiaal (tabel 1). Bij deze categorie mensen kan worden aangenomen dat – gezien de hoogte van het bedrag – sprake is van een lichte vorm van incontinentie.</p> <p>Gelet op de overwegingen met betrekking tot de criteria ‘ziektebelasting’ en ‘financieel toegankelijk’ is het CVZ van mening dat IA-materiaal bij (pure) stressincontinentie geen noodzakelijk te verzekeren zorg is. De ernst van de ziekte en de interventie (IA-materiaal) rechtvaardigt niet een claim op de collectief gefinancierde zorg.</p>
Gebruik materiaal	<p><i>Effectiviteit</i></p> <p>Het staat vast dat het IA-materiaal doet wat het moet doen, te weten het absorberen van ongewild urineverlies. Bij lichte incontinentie wordt veelal licht/klein IA-materiaal gebruikt tot 500ml. Bij matige en zware incontinentie wordt zwaar, maar ook licht IA-materiaal gebruikt (hoofdstuk 3c).</p>
Gepast gebruik	<p><i>Kosteneffectiviteit</i></p> <p>Het CVZ beschikt niet over kosteneffectiviteitsgegevens van het gebruik van IA-materiaal. Zorgaanbieders moeten meer dan tot dusver het geval is de geldende richtlijnen toepassen en zorgverzekeraars zouden hierop moeten toezien. Bij stress- en urge-incontinentie is bekkenfysiotherapie de eerst aangewezen conservatieve behandeling. Met ingang van 2011 is deze zorg opgenomen in de basisverzekering. Deze therapie kan in veel gevallen de incontinentieproblemen verminderen of oplossen.</p>

Uitvoerbaarheid

Op basis van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' constateert het CVZ dat IA-materiaal bij de indicatie (pure) stressincontinentie geen noodzakelijk te verzekeren zorg is. Om te bewerkstelligen dat IA-materiaal bij deze indicatie niet langer wordt vergoed, zijn verschillende scenario's denkbaar. Het CVZ zal in het volgende hoofdstuk de uitvoerbaarheid van de verschillende scenario's toetsen.

5. Uitwerking scenario's

In dit hoofdstuk beantwoorden we de drie vragen uit hoofdstuk één en we werken drie scenario's uit. Het pakketcriterium uitvoerbaarheid komt bij de uitwerking van de scenario's aan de orde.

5.a. Beantwoording van de vragen

5.a.1. Vraag 1: Is er een relatie tussen lichte incontinentie, lage ziektelast en gebruik van licht IA-materiaal?

Er is een relatie

Op basis van de voorgaande hoofdstukken is het volgende duidelijk:

- Bij lichte incontinentie is (zoals stressincontinentie) is sprake van een lage ziektelast. Aangenomen wordt dat bij stressincontinentie in het algemeen alleen licht/klein IA-materiaal wordt gebruikt.
- Licht IA-materiaal wordt niet uitsluitend bij lichte incontinentie, maar ook bij matige incontinentie gebruikt.

5.a.2. Vraag 2: Wat zijn de mogelijkheden om indien aan de orde de eigen verantwoordelijkheid sterker te prikkelen door bekkenfysiotherapie toe te passen in plaats van het vergoeden van IA-materialen?

Gepast gebruik bevorderen en eigen verantwoordelijkheid prikkelen

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat er mogelijkheden zijn tot doelmatigheidswinst en het prikkelen van de eigen verantwoordelijkheid door gepast gebruik bij voorschrijvers, gebruikers en verzekeraars te bevorderen.

- Van artsen kan worden verlangd dat zij de richtlijnen volgen en dus zonodig eerst verwijzen naar bekkenfysiotherapie (en daarmee doelmatiger handelen dan 'blind' een urine-incontinentie voorschrift uit te schrijven);
- Van verzekerden met incontinentieproblemen kan worden verlangd dat zij eerst proberen met bekkenfysiotherapie het probleem te verminderen voordat zij in aanmerking komen voor IA-materiaal.
- Van verzekeraars kan worden verlangd dat zij erop toezien dat de meest passend behandeling wordt ingezet.

5.a.3. Vraag 3: Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde en de verzekering van het niet langer verzekeren van licht IA-materiaal?

Kosten voor eigen rekening

Als het lichte materiaal wordt uitgesloten van de verzekering betekent dit dat alle verzekerden die dit materiaal gebruiken, de kosten van het lichte materiaal voor eigen rekening moeten nemen, ongeacht de oorzaak van incontinentie. Dus ook bij MS en dwarslaesie.

Substitutie dreigt

De kans bestaat dat er verschuiving plaatsvindt naar het gebruik van zwaarder materiaal waardoor kosten van het gebruik weer (en in nog hogere mate) ten laste van de verzekering komen.

Controle lastig Voor zorgverzekeraars is het kostbaar en vrijwel ondoenlijk om te controleren of een verzekerde het juiste IA-materiaal gebruikt.

5.b. Drie scenario's

Een volledig uitstroomadvies van IA-materiaal ligt, gezien de overwegingen in de paragrafen 4d en 5a niet voor de hand. Bovendien kan er sprake zijn van een hoge ziektelast bij sommige vormen van incontinentie en van hoge jaarlijkse kosten per verzekerde. De zorg kan wel doelmatiger worden ingezet.

Om te bewerkstelligen dat IA-materiaal bij (pure) stressincontinentie niet langer wordt vergoed, zijn de volgende scenario's denkbaar.

- A. IA-materiaal bij stressincontinentie uitsluiten van vergoeding;
- B. klein IA-materiaal met een absorptievermogen tot 500ml uitsluiten van vergoeding;
- C. Invoeren van een extra eigen bijdrage op het gebruik van IA-materiaal.

5.b.1. Bij stressincontinentie vergoeding van IA-materiaal uitsluiten (scenario A)

Deze beperking van de vergoeding is te rechtvaardigen omdat

- lichte incontinentie zoals stressincontinentie een lage ziektelast kent. Bij de categorie mensen die jaarlijks minder dan € 75 hebben gedeclareerd voor IA-materiaal, kan worden aangenomen dat – gezien de hoogte van het bedrag – sprake is van een lichte vorm van incontinentie;
- een deel van deze mensen nu al geen beroep doet op de basisverzekering. Blijkbaar vinden zij het geen probleem om te betalen voor deze zorg.

Waarom dit scenario?

Voor eigen rekening

Als het materiaal niet meer wordt vergoed bij stressincontinentie betekent dit voor alle verzekerden met stressincontinentie dat de kosten voor eigen rekening komen. Deze beperkende maatregel kan leiden tot stapeling van kosten in individuele gevallen.

Meer bekkenfysiotherapie

De beperking zal verzekerden met stressincontinentie mogelijk prikkelen om bekkenfysiotherapie te volgen. Dit leidt tot een grotere zorgvraag voor wat betreft de fysiotherapie.

Substitutie dreigt

Het vaststellen van de indicatie via landelijk overeen te komen standaarden is in de toekomst wellicht mogelijk. Op basis van de huidige situatie is het niet uit te sluiten dat het voorschrijfgedrag zal wijzigen (voorschrijvers schrijven wellicht naar een vergoeding toe) en dreigt substitutie naar een andere indicatie.

Controle en handhaving lastig	Dit scenario vergt een strikte controle op de indicatiestelling en diagnose. Controle op de indicatiestelling is echter lastig. Of sprake is van stressincontinentie of een andere vorm van incontinentie is niet gemakkelijk te controleren.
Wat levert het op?	Als bij stressincontinentie het gebruik van het IA-materiaal wordt uitgesloten, raamt het CVZ met een aantal aannames (zie bijlage 2) dat deze beperking een besparing tussen € 6,8 en € 11,3 miljoen oplevert. De geraamde besparing zal naar verwachting niet (volledig) kunnen worden gerealiseerd in verband met te verwachten verschuivingseffecten (verandering voorschrijfgedrag). Ook zal een deel van de besparing niet kunnen geëffectueerd, omdat dit afhankelijk is van de mate waarin deze kosten binnen het eigen risico vallen.
Risicoverevening	Overigens heeft de eventuele besparing geen consequenties voor de risicoverevening.
Waarom dit scenario?	<i>5.b.2. Klein IA-materiaal uitsluiten van vergoeding (scenario B)</i> De beperking van de vergoeding van licht IA-materiaal is te rechtvaardigen omdat: <ul style="list-style-type: none"> • licht IA-materiaal overal te koop en daarmee zeer toegankelijk is en – zeker bij een zeer lichte vorm van incontinentie – geen specifieke aandacht van een zorgverlener vergt; • licht materiaal vooral gebruikt wordt bij lichte incontinentie (met een lage ziektelast); het CVZ onderkent dat ook mensen met een hogere ziektelast hierdoor worden getroffen; • lichte (en superlichte) IA-materialen deels substitueren voor algemeen gebruikelijke middelen zoals maandverband en inlegkruisjes.
Substitutie naar zwaardere materiaal dreigt	Er is geen eenduidige, internationaal erkende indeling van incontinentiematerialen naar absorptievermogen. Gezien de grote diversiteit in het weergeven van absorptievermogen uitgedrukt in ml, zal in de praktijk de discussie ontstaan over de vraag welk materiaal onder de noemer 'licht incontinentiemateriaal' valt. Ook is strategisch marktgedrag niet uit te sluiten. Evenmin is uit te sluiten dat het voorschrijfgedrag zal wijzigen (voorschrijvers schrijven wellicht naar een vergoeding toe). De kans bestaat dat er verschuiving optreedt naar het gebruik van grotere (en zwaardere) materialen.
Controle en handhaving lastig	Van verzekeraars, zorgverleners en leveranciers van IA-materialen vergt dit toezicht op gepast gebruik en het voorschrijven van passend materiaal.
Besparing € 48 mln	Op basis van de GIP-gegevens heeft het CVZ de totale kosten voor IA-materiaal met een absorptievermogen tot 400 ml. voor

	<p>2011 geraamd op € 48,5 miljoen. In het geval deze IA-materialen worden uitgesloten van vergoeding betekent dit een besparing van € 48,5 mln op de Zvw.</p> <p>De besparing zal naar verwachting niet (volledig) kunnen worden gerealiseerd in verband met te verwachten verschuivingseffecten (gebruik zwaarder materiaal). Ook in dit scenario zal een deel van de besparing niet kunnen geëffectueerd, omdat dit afhankelijk is van de mate waarin deze kosten binnen het eigen risico vallen.</p>
Risicoverevening	<p>Overigens heeft de eventuele besparing geen consequenties voor de risicoverevening.</p> <p><i>5.b.3. Eigen bijdrage voor IA-materialen invoeren (scenario C)</i></p> <p>Tot slot is het ook voorstelbaar om een eigen bijdrage voor IA-materiaal in te voeren naast het eigen risico.</p>
Waarom dit scenario?	<p>Overwegingen daarbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een deel van de mensen schaft nu al zelf IA-materialen aan. Kennelijk is het zelf betalen van deze middelen tot een bepaalde grens acceptabel. Dit ligt ook voor de hand omdat de IA-materialen gaandeweg richting consumentenartikelen zijn geëvolueerd. • De materialen waren vroeger alleen via de apotheek verkrijgbaar. Tegenwoordig zijn ze eenvoudig bij de supermarkt of drogist aan te schaffen. • Incontinentie is op zich zelf niet algemeen gebruikelijk. Het dragen van opvangmateriaal is dat wel. Een deel van de vrouwen gebruikt al dagelijks voor eigen rekening inlegkruisjes of maandverband vanwege afscheiding.
Opbrengst € 43,5 mln	<p>Indien een eigen bijdrage van € 75 per jaar voor IA-materiaal wordt ingevoerd levert dit zo'n € 43,5 miljoen op (zie bijlage 2). Deze maatregel treft in principe alle gebruikers van IA-materiaal, ongeacht de mate of vorm van incontinentie en kan leiden tot stapeling van kosten, waarbij deze kans groter is bij mensen met een hoge ziektelast. De uitvoering van deze maatregel komt bij de verzekeraars te liggen. Ook in dit scenario zal een deel van de opbrengst niet kunnen worden geëffectueerd, omdat dit afhankelijk is van de mate waarin deze kosten binnen het eigen risico vallen.</p>
Treft alle gebruikers	
Risicoverevening	<p>Overigens heeft deze maatregel geen consequenties voor de risicoverevening.</p>

5.c. Afweging scenario's

In onderstaande tabel staan de drie scenario's met de aandachtspunten voor het trekken van conclusies over de haalbaarheid.

Tabel 2

	Scenario A: Stressincontinentie uitsluiten	Scenario B: Klein IA-materiaal uitsluiten	Scenario C: EB opleggen
Omvang populatie	Klein (alleen mensen met stressincontinentie)	Groter (mensen met stressincontinentie en andere vormen van incontinentie)	Groot (alle incontinenten)
Ziektelast	Laag	Laag tot hoog	Laag tot hoog
Kosten individu	0 tot 119,-	?	75,-
Uitvoeringsaspecten	1) Controle op indicatie is lastig. 2) Machtigings-systeem 3) Hogere administratieve lasten	1) Discussie over definitie 'klein IA-materiaal'. 2) Eventueel machtigings-systeem 3) Hogere administratieve lasten	1) Eenvoudig uitvoerbaar 2) Lage administratieve lasten
Effecten	1) Substitutie naar andere indicatie dreigt	1) Substitutie naar zwaardere materialen dreigt 2) Strategisch marktgedrag niet uit te sluiten. 3) Stapeling kosten eigen rekening	1) Stapeling kosten eigen rekening
Financieel	Besparing € 6,8 tot € 11 mln, voor zover declaraties niet vallen binnen eigen risico	Besparing € 48,5 mln, voor zover declaraties niet vallen binnen eigen risico	Opbrengst 43,5 mln, voor zover declaraties niet vallen binnen eigen risico

5.d. Advies

Scenario's gewogen
Het CVZ heeft de scenario's als volgt gewogen. Keuze voor scenario A: uitsluiten van stressincontinentie van vergoeding is goed te onderbouwen op basis van lage ziektelast, beperkte kosten en de algemene toegankelijkheid van het materiaal. Echter de uitvoerbaarheid van dit scenario brengt volgens het CVZ hoge administratieve lasten met zich mee. Zonder machtigingssysteem lijkt dit scenario niet uitvoerbaar. Dit geldt ook voor de controle op de indicatiestelling.

Scenario B: uitsluiten van licht materiaal sluit deels aan bij de indicatie voor stressincontinentie, maar raakt ook een deel van de mensen met een hoge ziektelast. De kosten per verzekerde zullen eveneens beperkt zijn, al zijn die minder goed in te schatten. Er is een risico op substitutie naar zwaarder (duurder) materiaal, waardoor het effect van de besparing (deels) teniet wordt gedaan. Dit is zonnodig met een

machtigingsstelsel te ondervangen, maar brengt administratieve lasten met zich mee. Gezien de grote diversiteit in het weergeven van absorptievermogen uitgedrukt in ml, zal in de praktijk de discussie ontstaan over de vraag welk materiaal onder de noemer 'licht incontinentiemateriaal' valt. Ook is strategisch marktgedrag niet uit te sluiten. Om deze reden acht het CVZ ook scenario B niet uitvoerbaar.

Scenario C: eigen bijdrage voor incontinentiemateriaal raakt alle gebruikers ervan, ook die met een hoge ziektelast. De uitvoering van dit scenario is het meest eenvoudig. Bij mensen met complexe zorgvragen, zoals vaak bij de categorie patiënten met een hoge ziektelast, ontstaat een kans op stapeling van kosten. Desondanks acht het CVZ de invoering van een eigen bijdrage verdedigbaar, nu mensen het zelf betalen van deze middelen tot een beperkte grens acceptabel vinden.

***Conclusie
uitvoerbaarheid***

Het CVZ constateert dat scenario A en B tot verkeerde prikkels leiden (verschuiving van voorschrijfgedrag indicatie of materialen) en daarmee niet uitvoerbaar zijn. Aan scenario C kleven de minste uitvoeringstechnische bezwaren. Om die reden adviseert het CVZ een eigen bijdrage voor IA-materiaal in te voeren van € 75. Dit zal ongeveer het bedrag zijn dat mensen met een lichte vorm van incontinentie kwijt zijn aan IA-materialen.

Stapeling kosten

Het CVZ is zich ervan bewust dat het voorstel kan leiden tot een stapeling van kosten die voor eigen rekening komen. Het voorstel treft een kwetsbare groep chronische patiënten met veelal een laag inkomen tengevolge van de chronische aandoening. Gezien het vorenstaande geeft het CVZ de minister in overweging die te compenseren via de daartoe bestemde regelingen, bijvoorbeeld de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten en de belastingen.

6. Consultatie

6.a. Geconsulteerde partijen

Het CVZ heeft een groot aantal organisaties het conceptadvies toegestuurd. Hierop zijn reacties ontvangen van:

- Dwarslaesie Organisatie Nederland;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Nefemed;
- Stichting Bekkenbodempatiënten (SBP);
- V&VN, Continentie Verpleegkundigen & Verzorgenden
- FHI, Nederlandse Brancheorganisatie voor Medische Technologie;
- Pelvic care Center Maastricht (PcCM).

De diverse reacties zijn te vinden in bijlage 3.

6.b. Dwarslaesie Organisatie Nederland

In zijn reactie draagt Dwarslaesie Organisatie Nederland argumenten aan tegen de door het CVZ verkende scenario's om te komen tot een doelmatiger inzet van incontinentiematerialen. De opmerkingen van Dwarslaesie Organisatie Nederland betreffen de situatie van mensen met een dwarslaesie. Zij zijn vanaf het moment van het oplopen van de dwarslaesie hun verdere leven incontinent voor zowel urine als ontlasting. Bezuinigingen op de incontinentiezorg zouden voor deze doelgroep een onevenredig zware belasting vormen en tot exorbitant hoge kosten leiden.

Dwarslaesie Organisatie Nederland noemt onder meer de volgende argumenten:

- Incontinentie wordt in het voorstel gezien als een aandoening met een lage ziektelast. Echter voor mensen met een dwarslaesie heeft incontinentie grote gevolgen voor het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Bovendien komt incontinentie vaak samen met andere indicaties voor.
- Als het lichte materiaal wordt uitgesloten van de te verzekeren prestatie, dan betekent dit dat alle verzekerden die dit materiaal gebruiken de kosten daarvan voor eigen rekening moeten nemen. Omdat mensen met een dwarslaesie of MS dergelijk materiaal ook gebruiken, pleit Dwarslaesie Organisatie Nederland voor een uitzondering voor deze doelgroep.
- Mensen met een dwarslaesie moeten al veel investeren in hun zelfzorg, zowel in geld, tijd als inspanningen. Een eigen bijdrage voor incontinentiematerialen zou hier nog eens bovenop komen (stapelingskosten). Bovendien zouden zij hun leven lang deze eigen bijdrage moeten opbrengen. Het scenario waarin een eigen bijdrage wordt opgelegd houdt geen rekening met de ziektelast, hetgeen in tegenstelling is met het beleid van de minister. Bij mensen met een dwarslaesie is geen sprake van een lage

Uitzondering voor dwarslaesie en MS

ziektelast.

6.c. Zorgverzekeraars Nederland

Voorstellen moeilijk uitvoerbaar

ZN kan zich inhoudelijk vinden in het streven naar besparing en beperking van vergoeding van incontinentiematerialen. De door het CVZ geschetste scenario's zijn naar mening van ZN echter moeilijk uitvoerbaar. Deze voorstellen zullen alleen op papier tot een besparing leiden en veel administratieve lasten met zich meebrengen.

Scenario A: Het uitsluiten van de diagnose stressincontinentie acht ZN niet doenlijk, omdat de controle op de indicatiestelling lastig is.

Scenario B: Het door het CVZ gehanteerde absorptievermogen vindt ZN niet herkenbaar. ZN spreekt van een absorptievermogen tot 150 ml bij druppel- tot lichte incontinentie en een absorptievermogen van 150 tot 400 ml bij lichte tot matige incontinentie (bron Nigella/Bever). Bij het uitsluiten hiervan zal een verschuiving optreden naar zwaarder materiaal. Daarnaast zullen veel van de geraamde besparingen al in het eigen risico vallen.

Procentuele eigen bijdrage

Scenario C: Ook bij de invoering van een eigen bijdrage voor incontinentiemateriaal zullen eventuele opbrengsten niet worden gehaald, omdat de kosten binnen het eigen risico vallen. Mocht de keuze toch op scenario C vallen, dan pleit ZN voor een procentuele eigen bijdrage, waardoor de verzekerde wordt geprikkeld om de kosten mee te laten wegen bij de keuze van het materiaal. Eventueel zouden zorgverzekeraars de eigen bijdrage kunnen herverzekeren via de aanvullende verzekering.

Verder vraagt ZN zich af waarom gekozen wordt voor deze scenario's en niet voor het hanteren van het criterium ziektelast. Ter overweging voegt ZN hieraan toe dat bezuinigingen op incontinentiematerialen te halen zijn als iedere arts de NHG-standaard bij incontinentie serieus zou volgen. In de praktijk gebeurt dit nu niet.

6.d. Nefemed

Nefemed kan zich niet vinden in een bezuiniging op IA-materialen. Een dergelijke bezuiniging zoals het CVZ voorstelt, is een pure beperking op incontinentiezorg. De productbenadering die het CVZ kiest staat in schril contrast tot de patiëntenbenadering die de overheid de laatste jaren voert. Het past evenmin bij het beleid gericht op lage ziektelast.

Nefemed maakt bezwaar tegen het feit dat een overschrijding op het budget in andere sectoren van de zorg wordt afgewenteld op de incontinentiepatiënten. Daar is ook geen reden toe nu de laatste jaren de uitgaven voor IA-materialen niet gestegen zijn.

Incontinentie is een ziekte

Incontinentie is een serieuze aandoening, die door de World Health Organisation al jaren geassocieerd is als ziekte. Door incontinentie nu af te doen als een aandoening waarop gemakkelijk een besparing kan worden ingeboekt, wordt volledig voorbij gegaan aan de ernst van deze ziekte die grote gevolgen heeft voor het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van patiënten, aldus Nefemed.

Het CVZ gaat ervan uit dat bij stressincontinentie in het algemeen alleen lichte/kleine IA-materialen worden gebruikt. IA-materialen worden echter in wisselende omstandigheden door patiënten gebruikt: een patiënt gebruikt zowel lichte als zwaardere materialen afhankelijk van het moment van de dag en de situatie. Bovendien is er geen definitie voor 'lichte incontinentie'.

Stapeling kosten

Het scenario waarbij een eigen bijdrage voor IA-materialen wordt ingevoerd treft alle incontinentiepatiënten. Aangezien incontinentie een ziekte is die vaak bij andere indicaties voorkomt (diabetes, astma/COPD, depressie, CVD, osteoporose etc.) treft elke maatregel op het gebied van incontinentie een kwetsbare groep chronische patiënten. Nefemed waarschuwt voor een stapeling van kosten voor deze doelgroep.

Prevalentie hoger

6.e. Stichting Bekkenbodempatiënten (SBP)

SBP wijst bezuinigingen op de incontinentiezorg af. De SBP geeft in haar reactie aan wat de omvang van de problematiek is. Op basis van cijfermatig materiaal constateert de SBP dat de groep volwassenen die last heeft van incontinentie veel groter is dan de 5% waar het CVZ vanuit gaat (DINC-rapport). Het betreft hier alleen de groep mensen die IA-materialen gebruiken die voor vergoeding in aanmerking komen. Het grootste deel van de patiënten (70%) met incontinentie consulteert geen arts en maakt geen gebruik van de collectief verzekerde zorg, maar neemt de kosten voor eigen rekening.

De SBP constateert dat met name de kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige invaliderende aandoening getroffen zullen worden door de voorgestelde maatregel. Zij betalen boven hun vaste eigen risico nog een extra eigen bijdrage. Mensen met een lichte vorm van incontinentie nemen in het algemeen al zelf de kosten van licht IA-materiaal voor hun rekening. Het voorstel van het CVZ leidt tot onevenredige verdeling van lasten.

Ziektelast niet bruikbaar

Het begrip ziektelast is volgens de SBP niet bruikbaar aangezien bij de bepaling ervan alleen is uitgegaan van de frequentie van incontinentie episodes, de hoeveelheid verlies per keer is niet meegewogen. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met het feit dat incontinentie vaak samengaat met dan wel secundair is aan een bestaande aandoening of ziekte.

De redenen die het CVZ aanvoert in zijn voorstel gaan voorbij aan het solidariteitsbeginsel binnen de zorg.

6.f. V&VN, Continentie Verplegenden & Verzorgenden

V&VN gaat in zijn reactie uitgebreid in op meerdere punten uit het advies. Hier volgen hun belangrijkste opmerkingen. V&VN is van mening dat er geen beperkingen moeten plaatsvinden op de vergoedingen van absorberende materialen die gebruikt worden bij urine- en ontlastingsverlies.

Prevalentie onderschat

CVZ geeft in zijn rapport aan dat naar schatting 5% van de volwassenen problemen heeft met continentie. V&VN wijst erop dat de prevalentie van ongewild urineverlies afhankelijk is van de definitie. Uit het maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap (2003) komen andere cijfers naar voren, namelijk 23,5 tot 57%.

Op basis van de Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen omschrijft het CVZ licht urineverlies als het met klein absorberend materiaal (50 tot 500 ml) kan worden opgevangen. V&VN wijst erop dat een normale blaasinhoud (plasdrang) 300 tot 400 ml bedraagt en een verlies van 500 ml te beschrijven is als een hele plas en niet als een scheutje.

De inhoud en opnamecapaciteit van IA-materialen is van een andere inhoud dan inlegkruisjes en maandverband. Deze laatste materialen zijn gemaakt om bloed en slijm op te vangen. IA-materialen hebben per gewicht meer super absorberende korrels in zich, waardoor urine razendsnel gebonden wordt. Het ondeskundig gebruik van materialen bij urineverlies kan lijden tot geuroverlast, huidproblemen en infecties.

V&VN is van mening dat de indruk die het CVZ heeft van het voorschrijfgedrag van de behandelaars slechts gebaseerd is op een veronderstelling en niet voldoende is onderbouwd.

Bezwaren tegen ziektelastmethode

Het CVZ geeft in het rapport uitleg over de ziektelast en de methode die het CVZ hanteert om deze te bepalen. V&VN is van mening dat deze methode niet onderbouwd is of vergezeld gaat van bewijzen over de effectiviteit van deze methode. V&VN kan zich dan ook niet vinden in de veronderstellingen over lage ziektelast, nu deze gebaseerd zijn op een niet goedgekeurde testmethode.

V&VN wijst erop dat de voorstellen van het CVZ een veel grotere groep treft dan het CVZ voor ogen heeft. Het scenario om klein materiaal niet te vergoeden, treft niet alleen mensen die urineverlies hebben, maar ook de mensen die ontlasting verliezen. Een eigen bijdrage vragen treft alle mensen die IA-materialen gebruiken, ook de mensen die meerdere

aandoeningen hebben en waarbij behandeling geen oplossing biedt.

Advies V&VN

V&VN geeft het volgende advies:

- Om het negatieve effect van urineverlies op werk en arbeidsproductiviteit tegen te gaan zullen de materialen vergoed moeten blijven.
- Laat voorschrijvers functiegericht voorschrijven: materialen die passen bij de klachten en de zelfstandigheid en de mogelijkheden van de gebruiker.
- Onderzoek laten instellen naar het bepalen van ziektelast bij urine- en ontlastingsverlies om daar een gefundeerde conclusie te stellen.
- Indien er gekozen moet worden voor een scenario zou V&VN scenario C kiezen. Het zou dan moeten gaan om een eenmalige eigen bijdrage voor alleen nieuw aangemelde gebruikers.

6.g. FHI

FHI corrigeert in eerste instantie het beeld dat gebruikers van incontinentiematerialen behandelbaar zouden zijn door middel van bekkenfysiotherapie. In de praktijk blijkt dat de doelgroep van gebruikers van IA-materialen op leeftijd is en slechts zeer beperkt behandelbaar.

Substitutie-effecten

FHI kan zich niet vinden in de drie voorstellen van het CVZ. FHI verwacht dat bij scenario A – stressincontinentie uitsluiten – in de praktijk een substitutie naar een andere indicatie veelvuldig zal plaatsvinden.

Bezwaar tegen indeling materialen

Bij scenario B – klein IA-materiaal uitsluiten – maakt FHI bezwaar tegen de indeling van de mate van incontinentie in licht, matig en zwaar middels de 0-500ml/500-2000ml en >2000ml indeling. Het uitsluiten van lichte verbanden raakt een grote groep patiënten die niet onder de groep stressincontinenten vallen. Ook patiënten die urge-incontinentie hebben, gebruiken materialen die in de categorie 350-500ml vallen. Vaak gebruiken mensen overdag iets lichter materiaal om hun sociale leven op een zo normaal mogelijke wijze te kunnen leven en voor de avond en nacht zwaarder materiaal. Bij scenario B worden de mensen gedwongen om de materialen voor de dag zelf te gaan betalen of zwaarder (duurder) materiaal te gaan gebruiken. Een kostenstijging valt dan niet uit te sluiten aldus de FHI.

FHI is van mening dat scenario C – eigen bijdrage opleggen – de chronisch incontinentiepatiënt onevenredig hard zal raken. Deze mensen hebben geen ander alternatief dan bijbetalen. Een eigen bijdrage zal bovendien niet bijdragen tot een doelmatiger gebruik.

Verder wijst FHI erop dat het er nu alle schijn van heeft dat overschrijdingen die elders zijn ontstaan (ziekenhuiszorg) onevenredig worden afgewenteld op gebruikers van IA-materialen. De inschattingen van de opbrengsten zijn volgens FHI in de drie scenario's niet realistisch.

6.h. Pelvic care Center Maastricht (PcCM)

Incontinentie is vaak te verhelpen

PcCM wijst erop dat een forse reductie van het gebruik van IA-materialen te realiseren is, als – anders dan tot nog toe landelijk het geval is – zowel diagnostiek als behandeling van incontinentie optimaal worden ingezet. PcCM gaat ervan uit dat urine-incontinentie (stressincontinentie en overactieve blaas) bij 67% (2 op de 3 vrouwen) te verhelpen is met conservatieve behandelingen. In de praktijk ontvangt slechts 10% van de mensen een behandeling gericht op het verhelpen van de klachten. Voor een optimale inzet van diagnostiek en behandeling van incontinentie heeft het PcCM het model 'Integrated Pelvic care' ontwikkeld. Dit model voorziet in patiëntenzorg op het gebied van de blaas- en bekkenbodempromblematiek zowel voor de 1^e als de 2^e lijn. Het model is gebaseerd op heldere patiëntselectie volgens een triagesysteem waarbij in kaart wordt gebracht of sprake is van een mono- of een multifactorieel probleem en hoe ernstig het gezondheidsprobleem is.

PromoCon en ImpromoCon

In dit model moet de huisarts als poortwachter in de 1^e lijn een grote rol spelen in de aanpak van urine-incontinentie. Recente rapporten adviseren de huisarts te ondersteunen via gespecialiseerde continencieconsulenten. PcCM verwijst naar de 'PromoCon-studie' (Promoting Continence) en het vervolgproject 'Implementatie Promoting Continence' (ImpromoCon).

Realisatie van opheffen cq. verminderen van urineverlies bij 2 op de 3 vrouwen is slechts mogelijk indien voldaan wordt aan de voorwaarden van optimale diagnostiek en behandeling. PcCM pleit daarom voor een alternatieve aanpak van de te bewerkstellingen reductie van het IA-gebruik. Dit houdt in dat het model 'Integrated Pelvic care' wordt ingevoerd. De huisarts schrijft slechts (tijdelijk) IA-materiaal voor indien eerst adequate consultatie, intake en registratie heeft plaatsgevonden. De focus ligt hierbij op behandeling in de 1^e lijn (cure) in plaats van care en het motiveren van de patiënten voor behandeling.

Onderdeel van optimalisering van de zorg is het stimuleren en ondersteunen van de huisarts bij de actieve werving en het diagnosticeren van patiënten, het geven van adequate voorlichting en informatie aan patiënten met urine-incontinentie en het behandelen volgens richtlijnen waarbij implementatie daarvan van eminent belang is.

6.i. Reactie CVZ

De reacties van partijen richten zich op een aantal kernpunten, te weten:

- Prevalentie incontinentie
- Ziektebelasting
- Uitsluiten van licht incontinentiemateriaal
- Stapeling kosten
- Uitvoeringstechnische aspecten
- Optimale inzet diagnostiek en behandeling

Prevalentie incontinentie

Prevalentie

Naar aanleiding van de opmerkingen van SBP en V&VN over de prevalentie van incontinentie heeft het CVZ het rapport aangepast op basis van een aantal Nederlandse onderzoeken. De prevalentie van ongewild urineverlies bij vrouwen is afhankelijk van de gebruikte definitie van incontinentie. Als minimaal urineverlies wordt meegenomen in de gebruikte definitie, dan is de prevalentie hoger dan waarvan het CVZ in zijn eerdere conceptadvies uitging.

Ziektebelasting

Lage ziektebelasting

Een aantal partijen (Dwarslaesie Organisatie Nederland, Nefemed, SBP en V&VN) geven aan dat bij incontinentie geen sprake is van lage ziektebelasting, omdat incontinentie vaak samen gaat of secundair is aan een bestaande aandoening of ziekte. Het CVZ is het daarmee eens. Zoals uit het advies blijkt is het CVZ van mening dat alleen bij (pure) stressincontinentie gesproken worden van een lage ziektebelasting. Bij alle andere vormen van incontinentie is dat niet het geval.

Uitsluiten van licht incontinentiemateriaal

Licht incontinentiemateriaal

Dwarslaesie Organisatie Nederland, Nefemed, V&VN en FHI zijn erop tegen om licht incontinentiemateriaal uit te sluiten van de te verzekeren prestatie. Als argument noemen zij het feit dat deze maatregel alle verzekerden raakt die dit materiaal gebruiken en niet alleen mensen met stressincontinentie. Het CVZ is zich hiervan bewust en heeft dit ook aangegeven in het rapport. Om uitvoeringstechnische redenen heeft dit scenario overigens niet de voorkeur van het CVZ.

Stapeling kosten

Stapeling kosten

Vooraf ten aanzien van de scenario's B en C waarschuwen Dwarslaesie Organisatie Nederland, Nefemed, SBP, V&VN en FHI voor een stapeling van kosten die voor eigen rekening komen. Deze voorstellen treffen een kwetsbare groep chronische patiënten. Het CVZ is zich bewust van de problematiek rond stapeling van kosten. Desondanks acht het CVZ de invoering van een eigen bijdrage verdedigbaar, nu mensen het zelf betalen van deze middelen tot een beperkte grens acceptabel vinden. Het CVZ geeft de minister wel in overweging de stapeling in bepaalde gevallen te compenseren via daartoe bestemde regelingen, bijvoorbeeld de Wet

Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten en de belastingen.

Uitvoeringstechnische aspecten

Keuze voor Scenario C

ZN en de FHI wijzen op de uitvoeringstechnische aspecten van de scenario's (verschuiving in voorschrijfgedrag indicatie of zwaarder materiaal). Het CVZ heeft daaraan bij de verschillende scenario's aandacht besteed. In verband met deze uitvoeringstechnische overwegingen, heeft het CVZ voor scenario C gekozen.

ZN pleit bij een keuze voor scenario C voor een procentuele eigen bijdrage. De verzekerde zou zodoende geprikkeld worden om de kosten mee te laten wegen bij de keuze van het materiaal. Het CVZ kiest echter voor een eigen bijdrage in de vorm van een vast bedrag, namelijk € 75. Nadelen van een procentuele eigen bijdrage is, dat mensen die noodgedwongen meer IA-materialen nodig hebben, een hogere eigen bijdrage moeten betalen. De problematiek van stapeling van kosten wordt dan groter. Bovendien is het bedrag van € 75 gerelateerd aan de kosten die mensen met een lichte vorm van incontinentie maken voor IA-materialen.

Eigen risico

ZN wijst er nog op dat de geraamde besparingen niet zullen worden geëffectueerd, omdat de kosten geheel of gedeeltelijk binnen het eigen risico vallen. Het CVZ heeft hier in het rapport aandacht aan besteed.

Optimale inzet diagnostiek en behandeling

ZN en het Pelvic care Center Maastricht wijzen op het feit dat er bezuinigingen op IA-materialen te behalen zijn, als landelijke richtlijnen worden opgevolgd, hetgeen op dit moment onvoldoende gebeurt. Zoals uit het rapport blijkt, deelt het CVZ de mening dat er op het gebied van de behandeling van incontinentie nog veel te winnen is. Het CVZ juicht de initiatieven die PcCM ontplooit om te komen tot optimale diagnostiek en behandeling van incontinentie dan ook toe. Het CVZ is van mening dat het invoeren van een eigen bijdrage voor IA-materiaal een verdergaande implementatie van deze initiatieven niet in de weg staat.

Hoge leeftijd

CVZ is het met FHI eens dat de doelgroep van gebruikers van incontinentiematerialen op leeftijd is. FHI noemt een gemiddelde leeftijd van 71,9 jaar. Hieraan verbindt FHI de conclusie dat deze groep slechts zeer beperkt behandelbaar is. Hoewel incontinentie niet in alle gevallen voorkomen of behandeld kan worden, onderschrijft het CVZ de stelling van het FHI niet.

Het CVZ baseert zich daarbij op de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010¹⁸. Uit deze rapportage blijkt dat maatregelen gericht op het voorkomen van

***Goede diagnostiek
noodzakelijk***

incontinentie, zoals op vaste tijden naar het toilet gaan, herzien van medicatie, blaas- of mictietraining en bekkenbodemp- of ontspanningsspieroefeningen, relatief weinig worden toegepast. Meestal worden materialen gebruikt voor de opvang van urine, zoals disposable/wasbare absorberende verbanden en onderleggers. Uit het onderzoek blijkt dat in veel gevallen niet is vastgesteld om welke vorm van incontinentie het gaat. Om een goede behandeling van incontinentie mogelijk te maken, is het nodig dat cliënten worden gediagnosticeerd. Dit is met name voor cliënten in de thuiszorg belangrijk, aangezien incontinentie een risicofactor is voor opname in een verpleeghuis. Vroegtijdige diagnostiek en behandeling kan latere opname voorkomen, dan wel uitstellen.

Ook de reactie van PcCM wijst in die richting. PcCM gaat ervan uit dat urine-incontinentie (stressincontinentie en overactieve blaas) bij 67% (2 op de 3 vrouwen) te verhelpen is met conservatieve behandelingen. In de praktijk ontvangt slechts 10% van de mensen een behandeling gericht op het verhelpen van de klachten. Gelet hierop is het CVZ van mening dat er nog veel kan worden verbeterd als het gaat om optimale diagnostiek en behandeling van incontinentie.

7. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. In haar vergadering van 20 mei 2011 heeft de ACP het rapport 'Incontinentie absorptiemateriaal: noodzakelijk te verzekeren zorg?' besproken.

De ACP adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ overeenkomstig dit rapport.

8. Besluit CVZ

De Raad van Bestuur van het CVZ heeft op 30 mei 2011 – gehoord de Adviescommissie Pakket – het rapport ‘Incontinentie Absorptiemateriaal: noodzakelijk te verzekeren zorg?’ vastgesteld.

De Raad van Bestuur stelt de minister voor een eigen bijdrage voor incontinentiemateriaal in te voeren, een en ander overeenkomstig het rapport.

College voor zorgverzekeringen

Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur



dr. A. Boer

9. Literatuur

- ¹ Werkgroep 11 curatieve zorg 2.0. Rapport brede heroverwegingen, april 2010.
- ² CVZ. Pakketbeheer in de praktijk. Diemen, 2006. Rapportnr. 245. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ³ Deskundigheidscommissie Incontinentie. Attentie voor incontinentie. Juni 2006.
- ⁴ Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21:5-26.
- ⁵ Bemelmans BHL, Vandoninck V, Donkers LHC, et al. Prevalentie van ongewild urineverlies bij vrouwen is afhankelijk van de gebruikte definitie. *Huisarts Wet* 2003;46:137-40.
- ⁶ NVOG. Richtlijn Urine-incontinentie. 2004. Geraadpleegd in maart 2011 via <http://www.nvog-documenten.nl>
- ⁷ Spinalnet. Geraadpleegd in maart 2011 via <http://www.spinalnet.nl/eendcom/nlcon/homepage.nsf/1989cec9be30ee68c12569ff0036969d/42077e0cb8eef17ec12576890039da6d?OpenDocument>
- ⁸ Cijfers multiple sclerose (prevalentie, incidentie en sterfte) uit de VTV 2010. In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2010. Geraadpleegd in maart 2011 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/zenuwstelsel-en-zintuigen/multiple-sclerose-ms/cijfers-multiple-sclerose-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010/>
- ⁹ CBO. LEVV. Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen. Concept. Geraadpleegd in maart 2011 via www.cbo.nl
- ¹⁰ CVZ. Pakketbeheer in de praktijk. Diemen, 2006. Rapportnr. 245. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹¹ CVZ. Pakketbeheer in de Praktijk 2. Diemen, 2009. Rapportnr. 277. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹² CVZ. Rapport Breedte geneesmiddelenpakket. Diemen, 2001. Rapportnr. 54. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹³ CVZ. Rapport Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Diemen, 2002. Rapportnr. 92. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹⁴ CVZ. Pakketagenda 2011-2012. Diemen, 2010. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ¹⁵ Global Burden of Disease Study. annex table. Geraadpleegd in april 2011 via www.aihw.gov.au.
- ¹⁶ Tincello D, Sculpher M, Tunn R, et al. Patient characteristic impacting health state index scores, measured by the EQ-5D of females with stress urinary incontinence symptoms. *Value Health* 2010;13:112-8.
- ¹⁷ Imamura M, Abrams P, Bain C, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess* 2010;14(40):1-506.
- ¹⁸ Universiteit Maastricht. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2010.