

Rapport

Vergoeding kosten dieetvoeding voor medisch gebruik

Op 5 juni 2008 uitgebracht aan de minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

Uitgave

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

Volgnummer

28023461

Afdeling

PAKKET

Auteurs

J. van Eijkel en dr. M.H.J. Eijgelshoven

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 64

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Vragen van de minister
2	1.b. Aanpak rapportage
2	1.c. Leeswijzer
3	2. Achtergrond
3	2.a. Historische ontwikkeling vergoeding dieetkosten
4	2.b. Consequenties invoering Warenwetregeling "Dieetvoeding voor medisch gebruik"
6	3. Onderzoek gevolgen voorgenomen wijziging voedingszorg
7	4. Nieuw te verzekeren prestatie 'voedingszorg'
7	4.a. Dieetvoeding voor medisch gebruik
7	4.b. Hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding
8	4.c. Benodigde begeleiding bij de dieetvoeding voor medisch gebruik
8	4.d. Uitvoerbaarheid voedingszorg
10	5. Consequenties opnemng alle dieetvoeding voor medisch gebruik in het verzekerde pakket
10	5.a. Omvang dieetvoeding voor medisch gebruik
12	5.b. Voorwaarden voor dieetvoeding voor medisch gebruik
13	6. Overwegingen en conclusies
13	6.a. Overwegingen
15	6.b. Conclusies
17	7. Reacties belanghebbende partijen
19	8. Beantwoording van de door de minister gestelde vragen
21	9. <i>Adviescommissie Pakket</i>
22	10. <i>Advies wijziging aanspraak op dieetvoeding</i>

Bijlage(n)

1. Brief minister 28 juni 2007
2. Warenwetbesluit 'Producten voor bijzondere voeding'
3. Warenwetregeling 'Dieetvoeding voor medisch gebruik'
4. Rapport TNO 2008: gevolgen van de voorgenomen wijziging aanspraak op dieetzorg
5. Reacties belanghebbende partijen
6. Eerdere standpunten van de Ziekenfondsraad over de verzekeraarbaarheid van dieetvoeding

Samenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is voornemens de te verzekeren voedingszorg te moderniseren. Hij wil dit bereiken door het invoeren van een nieuwe te verzekeren prestatie "voedingszorg". De nieuwe voedingszorg zou naast de dieetvoeding voor medisch gebruik ook de benodigde hulpmiddelen en de benodigde begeleiding omvatten. De minister wil uitsluitend die verzekerden recht geven op de voedingszorg die ofwel ondervoed zijn of wel volgens behandelrichtlijnen of protocollen een medische noodzaak hebben voor de inname van een specifieke samenstelling van nutriënten.

In verband met de door de minister gewenste nieuwe omschrijving van de te verzekeren voedingszorg beziet het CVZ in dit rapport de mogelijke consequenties hiervan.

Het CVZ constateert dat er nog te veel onduidelijkheden zijn om op basis van de voorgenomen omschrijving een adequate en doelmatige verzekerde voedingszorg uit te voeren. Zo is het verbinden van het recht op voedingszorg aan behandelrichtlijnen en protocollen op dit moment niet haalbaar.

Daarnaast is niet duidelijk welke producten aangemerkt zijn als dieetvoedingen voor medisch gebruik. Daardoor zijn de verzekerde, de behandelaar en de verzekeraar niet in staat om te bezien wat de omvang van de te verzekeren prestatie is. Het in de zorgverzekering opnemen van de door de minister voorgenomen omschrijving kan inhouden dat enerzijds de kosten van de voedingszorg sterk kunnen stijgen en dat anderzijds bepaalde patiënten de kosten van de voor hen noodzakelijke voedingszorg niet of niet meer vergoed krijgen.

Daarbij is het van belang dat de toenmalige Ziekenfondsraad zich in eerdere adviezen op het standpunt had gesteld, dat het voeding niet tot de te verzekeren zorg rekt. Ook de kosten van aangepaste voeding, waaronder dieetvoeding, was volgens de Raad in principe geen te verzekeren zorg. Dieetproducten en voedingssupplementen maken daarom op dit moment geen onderdeel uit van de te verzekeren voedingszorg. De aanwijzing van dieetpreparaten als een te verzekeren prestatie bij een zeer beperkt aantal indicaties is door de Raad slechts geadviseerd in verband met besparing op de ziekenhuiskosten. Er was voor de opname van dieetpreparaten in het verzekerde pakket geen mogelijkheid om de kosten van het thuisgebruik van sondevoedingen (dieetpreparaten) te vergoeden. Veel patiënten die aangewezen waren op sondevoeding verbleven uitsluitend voor het verkrijgen van sondevoeding in het ziekenhuis. Door vergoeding in de thuisituatie mogelijk te maken konden deze patiënten het ziekenhuis verlaten.

Nu zowel op grond van de bijzondere bijstand, de inkomstenbelasting als de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven, eveneens vergoeding van de kosten van dieetvoeding in de thuissituatie mogelijk is, staat het CVZ voor de vraag of dieetvoeding nog wel een te verzekeren prestatie moet blijven. Deze vraag dringt te meer omdat op dit moment buiten het verzekerde pakket gelaten dieetproducten en voedings-supplementen, bij invoering van de omschrijving, tot de te verzekeren zorg gaan behoren. Het CVZ twee opties voor zijn advisering.

De eerste is het laten vervallen van de dieetpreparaten als verzekerde prestatie, eventueel met uitzondering van de sondevoedingen. Bij het gebruik van sondevoedingen is meer medische begeleiding nodig dan bij het gebruik van andere dieetvoedingen voor medisch gebruik. De vergoeding van de meerkosten van een dieet zou dan kunnen worden ondergebracht in de 'Nieuwe regeling voor chronisch zieken en gehandicapten' die vanaf 2009 wordt ingevoerd.

De tweede mogelijkheid is om in de farmaceutische zorg de te verzekeren prestatie 'dieetpreparaten' te wijzigen in de te verzekeren prestatie 'dieetvoeding voor medisch gebruik' en daarbij het indicatievereiste te handhaven. De indicaties waarvoor dieetvoeding voor medisch gebruik in de handel wordt gebracht moeten voor opname in het te verzekeren pakket worden getoetst. De indicaties die op dit moment al recht geven op dieetpreparaten kunnen zonder toetsing in de nieuwe prestatie worden opgenomen. Zij zijn namelijk al eerder getoetst. Hierdoor wordt de huidige te verzekeren voedingszorg gecontinueerd.

Het CVZ is ondermeer op grond van de reacties van belanghebbende partijen en van de Adviescommissie Pakket van oordeel dat dieetvoeding voor medisch gebruik op zich kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie. Het CVZ adviseert de in de farmaceutische zorg bestaande prestatie 'dieetpreparaten' te wijzigen in de te verzekeren prestatie 'dieetvoeding voor medisch gebruik' en deze prestatie te beperken tot de verzekerden die lijden aan:

- een stofwisselingstoornis; of
- een voedselallergie; of
- een resorptiestoornis,

dan wel

- een (risico op) ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding hebben; of
- de deze krijgen voorgeschreven op grond van een door et CVZ akkoord bevonden behandelprotocol of richtlijn.

Het CVZ zal de komende drie jaar gebruiken om beroepsgroepen te stimuleren behandelrichtlijnen en

protocollen te ontwikkelen voor het inzetten van de dieetvoeding voor medisch gebruik en zal de ontwikkelde behandelrichtlijnen en protocollen toetsen aan de pakketprincipes.

Na een positieve beoordeling van het CVZ komen de kosten van de dieetvoedingen voor medisch gebruik die overeenkomstig de goedgekeurde behandelrichtlijn of protocol worden voorgeschreven automatisch voor vergoeding in aanmerking komen. De goedgekeurde behandelrichtlijnen en protocollen worden door het CVZ bekend gemaakt.

Het CVZ zal de ontwikkeling en het gebruik van behandelrichtlijnen en protocollen waar mogelijk monitoren.

Na drie jaar zal het CVZ bezien of er voldoende duidelijkheid is ontstaan om de indicatiebeperking in zijn geheel te vervangen door de koppeling aan behandelrichtlijnen en protocollen.

Het CVZ acht het gerechtvaardigd dat de verzekerden, als dieetvoeding voor medisch gebruik in de plaats komt van normale voeding, ook zelf bijdragen in de kosten van deze voeding. Als er meer duidelijkheid is over de in de handel zijnde dieetvoedingen voor medisch gebruik, zal het CVZ bezien of een eigen bijdragesysteem is te ontwikkelen, dat enerzijds een relevante kostenbesparing en anderzijds een minimum aan uitvoeringslasten met zich brengt.

1. Inleiding

Voorgenomen wijziging van de aanspraak op dieetvoeding

Het CVZ heeft op 2 juli 2007 van de minister een brief ontvangen waarin hij vraagt te onderzoeken welke gevolgen zijn voorgenomen wijziging van de aanspraak op dieetvoeding heeft voor de verzekerde prestatie (bijlage 1).

De omschrijving die de minister voornemens is in het Besluit zorgverzekering op te nemen luidt als volgt *'Voedingszorg in de thuissituatie omvattende dieetvoeding voor medisch gebruik, de benodigde hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding en de benodigde begeleiding'*.

In de concepttoelichting op dit wijzigingsbesluit wordt de omvang van deze wetswijziging als volgt omschreven: *'Er bestaat een aanspraak op vergoeding van dieetvoeding voor medisch gebruik indien:*

- *door middel van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat een patiënt lijdt aan (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding;*

of

- *er bij een patiënt volgens behandelrichtlijn of volgens protocol een medische noodzaak bestaat tot inname van een specifieke samenstelling van nutriënten.*

Waarbij voor beide categorieën geldt dat voor de behandeling niet kan worden volstaan met de wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten van bijzondere voeding'.

1.a. Vragen van de minister

Verzoek te rapporteren over voorgenomen wijziging

In zijn verzoek vraagt de minister het CVZ aandacht te besteden aan:

- het verschil tussen de huidige en voorgestelde aanspraak voor wat betreft welke patiënten wel en geen dieetvoeding krijgen;
- de uitvoerbaarheid van de voorgestelde aanspraak en de invloed en gevolgen van de bestaande behandelrichtlijnen en protocollen en
- het verschil in kosten tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak.

Uitbreiding vraagstelling minister

In een eerste reactie heeft het CVZ de minister op 28 augustus 2007 gemeld, dat het over de voorgenomen wijziging ook inhoudelijk zal adviseren. Daarbij stelt het CVZ zich ook de vraag of het verstrekken van voeding wel tot de te verzekeren zorg moet behoren. Dit vanwege het standpunt van de toenmalige Ziekenfondsraad, dat voeding in principe geen gezondheidszorg is. Daarnaast leidt de nieuwe omschrijving er toe, dat veel normale voedingsproducten en een aantal

normale voedingshulpmiddelen tot het verzekerde pakket gaan behoren.

1.b. Aanpak rapportage

Voor de beantwoording van de door de minister gestelde vragen en het opstellen van zijn inhoudelijke advies heeft het CVZ gekozen voor een gecombineerde aanpak. Enerzijds een oriëntatie op de omstandigheden van de huidige uitvoeringspraktijk en anderzijds een studie naar mogelijke risico's en kostenontwikkelingen van de voorgenomen wijziging van de aanspraak op dieetvoeding voor medisch gebruik.

1.c. Leeswijzer

Hoofdstukindeling

Het rapport bestaat uit tien hoofdstukken. Hoofdstuk 2 geeft achtergrondinformatie over de dieetkostenvergoeding. Hoofdstuk 3 vermeldt de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek van TNO naar de voorgenomen wijziging. Hoofdstuk 4 gaat in op de nieuw te verzekeren prestatie voedingszorg, terwijl de consequenties van de opname van alle dieetvoedingen voor medisch gebruik staan beschreven in hoofdstuk 5. De overwegingen en de conclusies van het CVZ staan vermeld in hoofdstuk 6 en in hoofdstuk 7 zijn de reacties van de belanghebbende partijen op het concept-rapport weergegeven. De beantwoording van de vragen van de minister staan in hoofdstuk 8. In hoofdstuk 9 staan de opmerkingen van de Adviescommissie Pakket en het inhoudelijke CVZ-advies is opgenomen in hoofdstuk 10.

2. Achtergrond

2.a. Historische ontwikkeling vergoeding dieetkosten

Dieetvoeding in het ziekenfondspakket De Ziekenfondsraad adviseerde de minister in 1984 en 1992/1993 (Zfr. nr. 552/1992 en 577/1993) om de dieetpreparaten¹ in het pakket van de ziekenfondsverzekering op te nemen en deze aanspraak te beperken tot met name genoemde indicaties. Patiënten die waren aangewezen op dieetpreparaten verbleven vaak in het ziekenhuis uitsluitend voor het verkrijgen van hun voeding. In de thuissituatie was er voor deze patiënten namelijk geen mogelijkheid de kosten van deze voeding vergoed te krijgen.

Voeding in principe geen te verzekeren zorg In de eerdere adviezen is benadrukt, dat het verstrekken van voeding in het algemeen geen te verzekeren zorg is. De opname van de dieetpreparaten in het verzekerde pakket, werd uitsluitend geadviseerd in verband met de kosten die bespaard konden worden door de verschuiving van tweedelijnszorg (ziekenhuis- en verpleeghuiszorg) naar de eerstelijnszorg (thuisbehandeling). Tevens adviseerde de Raad om voor de vergoeding van de hogere kosten van dieetproducten en aangepaste normale voeding een regeling elders te treffen.

De adviezen van de Raad zijn overgenomen en de dieetpreparaten en de toedieningssystemen voor voeding zijn opgenomen in het verzekerde pakket.

Diverse tegemoetkomings-regelingen Daarnaast besloot het kabinet voor de meerkosten van de overige dieetvoeding (dieetproducten² en aangepaste normale voeding) een regeling te treffen in de bijzondere bijstand (Gemeenten) en een aftrekmogelijkheid te creëren in de inkomstenbelasting. Degenen die van de aftrekpost geen (volledig) gebruik kunnen maken, kunnen op dit moment nog een beroep doen op de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Belastingdienst).

Omschrijving van de huidige voedingszorg Naar aanleiding van een vervolgadvis in 1996 werden indicaties die aanspraak gaven op dieetpreparaten uitgebreid. De aanspraak is sindsdien inhoudelijk niet meer gewijzigd. De huidige te verzekeren prestatie van de dieetvoeding is als volgt omschreven:
Art. 2.8, eerste lid, onder c van het Besluit zorgverzekering

¹ Een dieetpreparaat is een dieetvoeding die zowel chemisch als fysisch gewijzigd is ten opzichte van gewone voeding. Een voorbeeld van een dieetpreparaat is de sondevoeding.

² Een dieetproduct is een dieetvoeding die alleen chemisch gewijzigd is ten opzichte van gewone voeding. Voorbeelden zijn glutenvrije levensmiddelen.

De farmaceutische hulp omvat terhandstelling van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten³.

In bijlage 2 horende bij de Regeling zorgverzekering is deze aanspraak als volgt beperkt:

1. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten³

Voorwaarde

Uitsluitend voor een verzekerde:

- die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis,
- of met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan een chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

Het begrip 'ernstig' houdt in dat de aandoening zo ernstig moet zijn dat de betreffende patiënt niet meer uit kan komen met aangepaste normale voeding en met dieetproducten.

2.b. Consequenties invoering Warenwetregeling "Dieetvoeding voor medisch gebruik"

Op 1 mei 2000 is op grond van het Warenwetbesluit "Producten voor bijzondere voeding" (bijlage 2) de Warenwetregeling "Dieetvoeding voor medisch gebruik" (bijlage 3) ingevoerd. Door de invoering van deze regeling was de omschreven te verzekeren voedingszorg niet meer passend.

CVZ-advies 2001

Het CVZ heeft om die reden op 31 mei 2001 de minister geadviseerd de aanspraak op dieetpreparaten te wijzigen in een aanspraak op dieetvoeding voor medisch gebruik. Om de kosten van deze voedingszorg in de hand te houden heeft het CVZ aangegeven, dat de opname van dieetvoedingen in het verzekerde pakket vooraf getoetst moeten worden. Daarnaast is geadviseerd om de vergoeding te beperken tot die indicaties waarbij de dieetvoeding voor medisch gebruik effectief en doelmatig kan worden ingezet.

³ Polymere dieetpreparaten bevatten eiwitten, vetten en koolhydraten in hoogmoleculaire vorm. Oligomere dieetpreparaten bevatten eiwitten, vetten en koolhydraten in laag moleculaire vorm. Dit komt overeen met voorvereerde voeding.

Monomere dieetpreparaten bevatten peptiden, vetten en suikers in laag moleculaire vorm. Dit komt overeen met vereerde voeding, waardoor deze voeding vrijwel direct geresorbeerd kan worden.

Modulaire dieetpreparaten bevatten alleen eiwitten of aminozuurmengsels, alleen vetten of alleen koolhydraten, dan wel een combinatie van twee componenten eventueel aangevuld met vitaminen en mineralen.

***Voorgenomen
wijziging minister***

Dit advies is niet overgenomen door de minister. Wel heeft de minister ná invoering van de Zorgverzekeringswet, met belanghebbende partijen gezocht naar een nieuwe omschrijving van de te verzekeren voedingszorg. Uit de voorgenomen nieuwe omschrijving van de voedingszorg blijkt, dat de minister voornemens is alle dieetvoeding voor medisch gebruik tot het te verzekeren pakket toe te laten en dat hij hieraan geen indicatiebeperking stelt.

3. Onderzoek gevolgen voorgenomen wijziging voedingszorg

Opdracht onderzoek

Om de vragen van de minister te kunnen beantwoorden en inzicht te krijgen in de huidige ontwikkelingen op het terrein van de dieetvoeding heeft het CVZ opdracht gegeven aan TNO om een inventarisatie uit te voeren. De uitkomst van deze inventarisatie is opgenomen als bijlage 4.

TNO-conclusies

TNO concludeert dat de voorgenomen wijziging van de voedingszorg:

- positieve elementen bevat om het belangrijke probleem van ziektegerelateerde ondervoeding beter aan te kunnen pakken;
- resulteert in opname van dieetproducten en voedingssupplementen in het pakket van de zorgverzekering;
- de kosten aanzienlijk kunnen gaan stijgen;
- leidt tot weinig inzicht in de omvang van de aanspraak;
- de stuurmogelijkheden van de zorgverzekeraars beperkt.

Verdere bevindingen

Verder blijkt uit het TNO onderzoek dat:

- de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) de dieetvoeding voor medisch gebruik niet inhoudelijk toetst en geen openbaar register bijhoudt van deze dieetvoedingen;
- het onduidelijk is of het mogelijk is om wettelijke aanspraken te baseren op professionele behandelrichtlijnen en protocollen;
- er niet voor alle indicaties waarbij dieetvoeding voor medisch gebruik noodzakelijk is, behandelrichtlijnen of protocollen bestaan;
- de wel bestaande behandelrichtlijnen en protocollen niet specifiek genoeg lijken om daar de te verzekeren prestatie op te baseren.

Uit het TNO onderzoek komt tenslotte naar voren dat alle partijen behoefte hebben aan duidelijkheid ten aanzien van de te verzekeren prestatie dieetvoeding.

TNO-aanbevelingen

Op grond van de conclusies en de bevindingen heeft TNO drie aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn:

1. Maak voor alle partijen duidelijk welke producten vergoed worden en welke niet. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een limitatieve lijst.
2. Kijk bij de verdere beleidsontwikkeling behalve naar de kosten ook naar de relatie tussen de kosten en de effecten.
3. Als in een wettelijke regeling professionele behandelrichtlijnen en protocollen een prominente plaats krijgen, dienen daaraan eisen te worden gesteld.

4. Nieuw te verzekeren prestatie 'voedingszorg'

De minister is voornemens om voor de voedingszorg een nieuwe zorgvorm te creëren. De voorgenomen zorgvorm "voedingszorg" bestaat uit:

- de dieetvoeding voor medisch gebruik
- de benodigde hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding en
- de benodigde begeleiding.

Hiermee laat de minister de aanspraak op dieetpreparaten in de farmaceutische zorg en de aanspraak op hulpmiddelen voor het toedienen van voeding in de hulpmiddelenzorg vervallen.

4.a. Dieetvoeding voor medisch gebruik

De voorgenomen wijziging van de zorgverzekering houdt in dat alle dieetvoedingen voor medisch gebruik automatisch het pakket instromen. Omdat de voorgestelde formulering geen mogelijkheid biedt om de dieetvoedingen uit te sluiten heeft toetsing geen effect. Wel kunnen de zorgverzekeraars de individuele aanspraak van hun verzekerden toetsen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Omdat de VWA de dieetvoeding voor medisch gebruik niet toetst of het geschikt is voor de op de dieetvoeding vermelde doelgroep zijn het dus vooral de fabrikanten van de dieetvoeding die straks de omvang van dit deel van het verzekerde pakket gaan bepalen.

4.b. Hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding

De minister is voornemens de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding uit de hulpmiddelenzorg te verwijderen en in de nieuwe voedingszorg de hulpmiddelen die benodigd zijn voor het toedienen van de voeding op te nemen. Uit de omschrijving van de nieuwe voedingszorg maakt het CVZ op dat uitsluitend hulpmiddelen voor het toedienen van dieetvoeding voor medisch gebruik de te verzekeren prestaties zijn. Er bestaat in de nieuwe voedingszorg namelijk een duidelijke relatie tussen de te verzekeren voeding en de te verzekeren hulpmiddelen.

Het CVZ wijst erop dat de voorgenomen omschrijving enerzijds ruimer en anderzijds beperkter is dan de huidige omschrijving. De voorgenomen omschrijving geeft de zuigelingen met een koemelkallergie niet alleen recht op koemelkeiwitvrije dieetvoeding maar ook op de benodigde toedieningshulpmiddelen. Aan de andere kant komen patiënten die aangewezen zijn op het gebruik van parenterale voedingen) in de problemen. Parenterale voedingen (geregistreerd als geneesmiddelen) zijn geen dieetvoedingen voor medisch gebruik. De daarbij benodigde hulpmiddelen

vallen nu onder de hulpmiddelenzorg, maar straks niet meer onder de nieuwe voedingszorg. Verder vervalt ook het recht op de eetapparaten die worden gebruikt door patiënten die een zodanige handicap hebben, dat zij niet meer zelfstandig kunnen eten. De eetapparaten worden namelijk gebruikt bij normale voeding.

4.c. Benodigde begeleiding bij de dieetvoeding voor medisch gebruik

In de voedingszorg is ook de noodzakelijke begeleiding bij de dieetvoeding voor medisch gebruik geregeld. Op dit moment is deze begeleiding geregeld in de AWBZ. De AWBZ-aanspraak is ruimer dan die in de voedingszorg. De begeleiding vanuit de AWBZ kan namelijk worden gegeven ongeacht de soort voeding die wordt gebruikt. Door de begeleiding ook op te nemen in de voedingszorg, ontstaat er voor verzekerden een dubbele aanspraak en daarmee onduidelijkheid over de vraag welke zorgvorm hij moet aanspreken. Vooral voor patiënten die bij het eten begeleiding nodig hebben en naast hun normale voeding ook zijn aangewezen op aanvullende dieetvoeding voor medisch gebruik zullen geconfronteerd kunnen worden met twee begeleiders. Eén voor de begeleiding van de dieetvoeding voor medisch gebruik (Zorgverzekeringswet en dus voorliggend) en één voor de begeleiding van de overige voeding. Dit acht het CVZ een ongewenste situatie.

4.d. Uitvoerbaarheid voedingszorg

De beperking van de individuele aanspraak houdt in dat zorgverzekeraars de aanspraak van verzekerden op dieetvoeding voor medisch gebruik afzonderlijk moeten gaan toetsen. Gezien het grote aantal patiënten dat aanspraak kan gaan maken op een uitgebreid scala van dieetvoeding voor medisch gebruik, verwacht het CVZ dat de controle op de aanspraak gepaard zal gaan met grote uitvoeringslasten en hoge kosten.

Uit het onderzoek van TNO blijkt dat er op dit moment geen overzichtslijst is op te stellen van de dieetvoedingen voor medisch gebruik die zijn aangemeld bij de VWA. Nergens is te achterhalen welke dieetvoedingen voor medisch gebruik wel of niet zijn aangemeld.

Het is voor verzekerden, behandelaren en zorgverzekeraars niet duidelijk voor welke bijzondere voeding de verzekerde wel of niet verzekerd is. Daar komt nog bij dat niet duidelijk is of een verzekerde wel of geen aanspraak heeft op dieetvoeding voor medisch gebruik als aanmelding daarvan bij de VWA niet heeft plaatsgevonden. De in Nederland in de handel zijnde, maar niet bij de VWA aangemelde, dieetvoeding voor medisch

gebruik is weliswaar in strijd met de Warenwetregeling in de handel maar is wel een dieetvoeding voor medisch gebruik. Zoals hiervoor is aangegeven gaat het toetsen van de aanspraak op basis van behandelrichtlijnen en protocollen gepaard met grote uitvoeringslasten.

Samenvattend is niet duidelijk:

1. welke dieetvoedingen voor medisch gebruik zijn aangemeld bij de VWA;
2. of de aangemelde dieetvoedingen voor medisch gebruik voldoen aan de eisen die de Warenwet stelt;
3. of er dieetvoedingen voor medisch gebruik in Nederland in de handel zijn, die niet zijn aangemeld bij de VWA;
4. wat de omvang is van het verzekerde pakket;
5. hoe de voorwaarden voor het verkrijgen van de aanspraak van de verzekerde getoetst moeten worden en
6. of de verzekerde de bij de voeding benodigde begeleiding gaat krijgen via de AWBZ-prestatie, de zorgverzekering (voedingszorg) of beide.

5. Consequenties opnemng alle dieetvoeding voor medisch gebruik in het verzekerde pakket

5.a. Omvang dieetvoeding voor medisch gebruik

Onduidelijke afgrenzing dieetvoeding

Omdat de VWA geen registratie bijhoudt van de dieetvoedingen voor medisch gebruik die op de markt zijn, is niet na te gaan welke van die voedingen terecht in de handel zijn. Voorts blijkt uit een korte inventarisatie op het Internet dat het begrip dieetvoeding voor medisch gebruik door sommige fabrikanten breed wordt ingevuld, zodat de voorgestelde voedingszorg veel meer soorten voedingsmiddelen zal gaan omvatten dan de thans verzekerde dieetpreparaten. Zo blijken er veel voedingsmiddelen in de handel te zijn waarin levende (goede) bacteriën (probiotica) zijn verwerkt. Bekende voorbeelden hiervan zijn Yakult® en Vifit®. Een aantal van die voedingsproducten met probiotica (bijvoorbeeld Ecologic AAD en VSM puur mama) zijn in Nederland in de handel als dieetvoeding voor medisch gebruik.

In andere lidstaten combinaties van vitaminen en mineralen en orthomoleculaire middelen als dieetvoeding voor medisch gebruik. Volgens de richtlijnen van de VWA worden deze producten niet als dieetvoeding voor medisch gebruik aangemerkt. Gevolg hiervan is dat fabrikanten te maken kunnen krijgen met een statusverandering van hun product als ze die in een ander land in de handel gaan brengen. Aangezien de statusverlening is gebaseerd op Europese regelgeving lijkt het afdwingen van een andere status niet goed mogelijk. Het is te verwachten dat buitenlandse fabrikanten hun dieetvoeding in Nederland op de markt zullen gaan brengen met dezelfde status. Voor verzekerden is dan niet duidelijk of het betreffende product wel of niet onder de te verzekeren zorg valt.

Een voorbeeld van uitbreiding van het verzekerde pakket is de zuigelingenvoeding. Op dit moment is de vergoeding vanuit de zorgverzekering hiervan beperkt tot de zuigelingenvoedingen die worden gebruikt bij een aange-toonde ernstige voedselallergie. Echter, de zuigelingenvoedingen voor baby's die spugen of last hebben van darmkrampjes en de zuigelingenvoedingen die worden gebruikt bij een verhoogd risico op allergie, worden soms door fabrikanten in de handel gebracht als dieetvoeding voor medisch gebruik en soms niet. De voedingen van de fabrikanten die het als dieetvoeding voor medisch gebruik aanmerken behoren tot het verzekerde pakket. Dezelfde voedingen die door andere fabrikanten niet als dieetvoedingen voor medisch gebruik worden aangemerkt behoren niet tot het verzekerde pakket gaan behoren.

Als de huidige trend wordt voortgezet zullen wellicht in de toekomst veel baby's worden ingesteld op de specifiek voor hen ontwikkelde, vaak preventief werkende dieetvoeding voor medisch gebruik. Zelfs als maar de helft van de baby's de producten tegen krampjes of ter voorkoming van allergie gaan gebruiken, betekent dit een toename van de kosten voor de zorgverzekering van enkele tientallen miljoenen Euro's per jaar.

Producten voor bijzondere voeding: Zuigelingenvoeding

Soort	DVM/Niet DVM	Prijs per kg
Normaal	Niet DVM	€ 11,65
Bij krampjes	DVM/Niet DVM	€ 13,25
Risico op koemelkallergie	DVM/Niet DVM	€ 16,80
Koemelkallergie	DVM	€ 29,00
Ernstige koemelkallergie	DVM	€ 52,10

DVM = dieetvoeding voor medisch gebruik

Niet-DVM zijn andere producten voor bijzondere voeding

Uit het schema "Producten voor bijzondere zuigelingen-voeding" blijkt voorts de onredelijkheid als patiënten de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik volledig vergoed krijgen. Door een volledige vergoeding van de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik, kan vanuit de verzekerden een onterechte druk gaan ontstaan om over te stappen naar deze voeding.

Het CVZ gaat ervan uit dat, als de dieetvoedingen voor medisch gebruik in zijn geheel tot het verzekerde pakket gaan behoren, dit een stimulans is voor fabrikanten om hun (bestaande en nieuwe) voedingsproducten zo veel mogelijk aan te merken als dieetvoeding voor medisch gebruik. Ook deze verschuiving zal leiden tot een enorme stijging van de kosten voor de zorgverzekering.

Nieuwe ontwikkelingen

Een andere factor waarmee rekening gehouden moet worden is de ontwikkeling van voedingen die kunnen worden ingezet bij een specifieke aandoening. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar dieetvoeding voor patiënten met beginnende dementie. Indien deze voeding als dieetvoeding voor medisch gebruik op de markt komt zal, gezien de omvang van de populatie, dit gepaard gaan met eveneens een grote toename van de kosten voor de zorgverzekering.

Het is het CVZ niet bekend welke nieuwe (toepassingen voor) dieetvoedingen voor medisch gebruik op dit moment door de fabrikanten worden ontwikkeld. Het is echter zeer aannemelijk dat deze ontwikkelingen gepaard zullen gaan met substantiële stijging van de kosten voor de zorgverzekering.

5.b. Voorwaarden voor dieetvoeding voor medisch gebruik

Met de voorgenomen wijziging wordt de verzekerde omvang van de dieetvoeding voor medisch gebruik uitsluitend wettelijk beperkt door artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering. Dit artikel is als volgt omschreven:

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Art. 2.1. lid 1

Het CVZ gaat ervan uit dat de minister voornemens is om de nieuwe voedingszorg onder de werkingsfeer van artikel 2.1. zal brengen door aanpassing van dit lid.

Artikel 2.1 lid 2

In de toelichting op de voorgenomen wijziging geeft de minister aan dat hij het voorschrijven van dieetvoeding bij (dreigende) ondervoeding deze (dreigende) ondervoeding moet zijn vastgesteld door middel van een gevalideerd meetinstrument. Voor inname van specifieke samenstelling van nutriënten moet de verzekerde volgens behandelrichtlijnen of protocollen een medische noodzaak hiervoor hebben.

Op de eerste plaats is het de vraag of dreigende ondervoeding wel goed is vast te stellen door middel van een meetinstrument. Op de tweede plaats bestaan er volgens het TNO rapport niet voor alle aandoeningen, waarbij het inzetten van dieetvoeding voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, behandelrichtlijnen en protocollen. Daarnaast is niet getoetst of het gebruik van dieetvoeding voor medisch gebruik volgens de bestaande behandelrichtlijnen en protocollen wel in alle gevallen overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk.

Artikel 2.1, lid 3.

De minister maakt in de toelichting duidelijk dat als een verzekerde kan uitkomen met normale aangepaste voeding of

met andere producten voor bijzonder voeding hij redelijkerwijs niet is aangewezen op dieetvoeding voor medisch gebruik. Hoewel het CVZ zich goed kan vinden in dit standpunt, ziet hij wel problemen ontstaan met gelijksoortige dieetvoedingen waarvan sommige wel en sommige niet als dieetvoeding voor medisch gebruik in de handel zijn.

Overigens staat niet vast dat alle patiënten met (dreigende) ondervoeding en de patiënten die een specifieke samenstelling van nutriënten gebruiken, ook daadwerkelijk baat zullen hebben bij het gebruik van dieetvoeding voor medisch gebruik. Daarnaast kunnen dieetvoedingen voor medisch gebruik op de markt zijn of komen met een specifieke samenstelling van nutriënten, die in grote mate overeenkomen of gelijk zijn aan buiten het pakket gelaten geneesmiddelen. Te denken valt hierbij aan combinaties van vitaminen en mineralen en aan orthomoleculaire geneesmiddelen.

6. Overwegingen en conclusies

6.a. Overwegingen

Plaats dieet-kostenvergoeding

In verband met de voorgenomen verbreding van de aanspraak van dieetpreparaten naar dieetvoeding voor medisch gebruik, komt de principiële vraag naar voren of voeding wel als zorg kan worden aangemerkt, en zo ja, of het dan wel een te verzekeren prestatie in het kader van de zorgverzekering moet zijn.

De reden om in 1984 de dieetpreparaten in het pakket van de sociale ziektekostenverzekering op te nemen en in 1994 uit te breiden, was gelegen in de verwachte besparing op intramurale kosten. Het was toen echter nooit de bedoeling om (aangepaste) voeding op zich als te verzekeren prestatie te realiseren.

Vergoeding dieetkosten op drie plaatsen geregeld

Naast de opname van dieetpreparaten in het verzekerde pakket zijn er voor de vergoeding van dieetkosten door de bewindslieden ook regelingen getroffen in de bijzondere bijstand (Gemeenten) en in de inkomstenbelasting als aftrekpost. Voor degenen die hiervan geen (volledig) gebruik kunnen maken is er de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Belastingdienst).

Dieetvoeding voor medisch gebruik wel of geen zorg.

Een argument om dieetvoeding voor medisch gebruik wel als zorg aan te merken is vooral gelegen in de constatering dat deze voeding:

- bestemd is voor ernstig zieke patiënten en
- onder medisch toezicht moet worden gebruikt.

Het feit dat dieetvoeding voor medisch gebruik door patiënten

onder medisch toezicht moet worden gebruikt, maakt dat het voor de hand ligt om deze voeding als zorg aan te merken. Echter, in de Warenwetregeling is niet duidelijk gemaakt wat 'onder medisch toezicht' inhoudt. Het is daarom de vraag of de toevoeging 'gebruik onder medisch toezicht' voldoende is om deze voeding als een te verzekeren prestatie aan te merken.

Pakketprincipes

Als het innemen van dieetvoeding voor medisch gebruik als zorg wordt aangemerkt, levert de toetsing aan de pakketprincipes het volgende op.

Noodzakelijkheid

Rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg een claim op solidariteit, gegeven de culturele context.

Effectiviteit en kosteneffectiviteit

Er is een grote verscheidenheid van de dieetvoedingen (bijvoorbeeld: sondevoedingen, astronautenvoedingen, zuigelingenvoedingen en eenvoudige drinkvoedingen), een groot verschil in gebruik (bijvoorbeeld: volledige voedingen, bijvoedingen en aanvullingen op de voeding) en de indicatiegebieden zijn zeer breed (bijvoorbeeld: krampjes bij zuigelingen en patiënten die voeding niet meer kunnen verteren). Hierdoor is het niet mogelijk om voor deze zorgvorm een algemene uitspraak te doen met betrekking tot deze twee pakketprincipes. De toetsing aan deze principes moet gebeuren op individueel niveau (dieetvoeding gekoppeld aan indicatie).

Uitvoerbaarheid

Bij uitvoerbaarheid is het de vraag of het nu en later haalbaar en houdbaar is om de zorgvorm op te nemen in het pakket. Indien de zorgvorm voldoende duidelijk is omschreven, kunnen de belanghebbende partijen deze zorgvorm goed uitvoeren. Een duidelijke omschrijving van de zorgvorm geeft ook helderheid over de kosten die met deze zorgvorm gemoeid zijn.

Volledige vergoeding niet redelijk

Volgens het CVZ zijn er bij volledige vergoeding van het gebruik van dieetvoeding voor medisch gebruik, altijd besparingen op de kosten van normale voeding. Hierbij gaat het CVZ ervan uit dat normaliter iedereen in zijn eigen energiebehoefte voorziet door gebruikmaking van normale voeding. De kosten hiervan zijn voor eigen rekening.

Vergoeding kosten op individueel niveau

Het CVZ is van mening dat er met een beroep op de solidariteitsfinanciering nooit meer kosten gecompenseerd zouden moeten worden dan de werkelijke meerkosten. Het CVZ is daarom van mening dat de vergoeding van de kosten van dieetvoeding het best kan geschieden op individueel

niveau, rekening houdend met de meerkosten van het dieet.

6.b. Conclusies

Duidelijkheid noodzakelijk

Hoewel de voorgenomen wijziging van de minister veel positieve elementen bevatten, concludeert het CVZ dat er op dit moment nog te weinig informatie voorhanden is om de voorgestelde wijziging verantwoord in te voeren. Zowel verzekeren als verzekeraars kunnen de voorgenomen te verzekeren prestatie niet vaststellen. Een goede uitvoering van de voorgenomen regeling vereist tenminste duidelijkheid op twee onderdelen. Dit betreft duidelijkheid over de vraag welke dieetvoedingen voor medisch gebruik door de VWA getoetst zijn en akkoord bevonden en duidelijkheid in de omvang en de juistheid van de behandelrichtlijnen en protocollen.

Kosten niet goed in te schatten

Door bovengenoemde onduidelijkheden is geen goede inschatting te maken van de kostenstijging die deze wetswijziging met zich zou brengen. Echter door:

- de uitbreiding van de indicaties,
- de verschuiving van een aantal dieetproducten en sommige voedingssupplementen naar dieetvoeding voor medisch gebruik én
- de ontwikkeling van nieuwe dieetvoedingen voor medisch gebruik,

kunnen de kosten voor de zorgverzekering binnen enkele jaren sterk toenemen.

Randvoorwaarden voor beoordeling consequenties

Het CVZ concludeert, dat hij pas tot een goed oordeel over de uiteindelijke gevolgen van de voorgenomen wijziging kan komen als:

- Europees gekomen wordt tot een eenduidige invulling van het begrip dieetvoeding voor medisch gebruik.
- De VWA inhoudelijk de aangemelde dieetvoedingen toetst en de goedgekeurde dieetvoedingen voor medisch gebruik publiekelijk kenbaar maakt. Als de VWA gaat toetsen zullen ook de criteria waarop men toetst openbaar moeten zijn.

Verder zullen de behandelrichtlijnen en protocollen die in de behandeling een plaats geven aan het inzetten van dieetvoeding voor medisch gebruik getoetst moeten worden. Ook zullen de akkoord bevonden behandelrichtlijnen en protocollen toegankelijk moeten zijn.

Aangezien het voornemen van de minister op dit moment niet goed uitvoerbaar is, blijven er twee mogelijke opties over.

De eerste optie is het laten vervallen van de dieetpreparaten als verzekerde prestatie, eventueel met uitzondering van de sondevoedingen. Bij het gebruik van sondevoedingen is meer medische begeleiding nodig dan bij het gebruik van andere dieetvoedingen voor medisch gebruik. De vergoeding van de meerkosten van een dieet zou dan kunnen worden

ondergebracht in de ‘Nieuwe regeling voor chronisch zieken en gehandicapten’ die vanaf 2009 wordt ingevoerd.

De tweede optie is om in de farmaceutische zorg de te verzekeren prestatie ‘dieetpreparaten’ te wijzigen in de te verzekeren prestatie ‘dieetvoeding voor medisch gebruik’ en daarbij het indicatievereiste te handhaven. De indicaties waarvoor voor medisch gebruik in de handel wordt gebracht moeten voor opname in het te verzekeren pakket worden getoetst. De indicaties die op dit moment al recht geven op dieetpreparaten kunnen zonder toetsing in de voedingszorg worden opgenomen. Hierdoor wordt de huidige te verzekeren voedingszorg gecontinueerd. Het CVZ heeft besloten beide opties aan de belanghebbende voor commentaar voor te leggen.

7. Reacties belanghebbende partijen

Toezending rapport aan belanghebbende partijen

Naar aanleiding van de overwegingen en conclusies zijn aan de belanghebbende partijen de concept-rapportage met twee opties voor advisering voorgelegd.

Het is voor commentaar toegezonden:

aan de organisatie van de zorgverzekeraars.

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

aan de organisaties van de afleveraars van dieetvoeding

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Federatie van technologiebranches Medische technologie (FHI)

aan de organisaties van behandelaren

- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)
- Orde van medisch specialisten
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

aan de patiëntenorganisaties

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Stichting patiëntenbelang vergoeding dieetpreparaten

aan de organisatie van fabrikanten van dieetvoeding

- Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinderen Dieetvoedingsmiddelen (VNFKD)

aan de stuurgroep

- Wie beter eet wordt sneller beter

Ontvangen reacties

De stuurgroep, de chronisch zieken en gehandicapten Raad Nederland, de SPVD, de FHI, en de VNFKD hebben een gemeenschappelijke reactie rechtstreeks gezonden aan de minister. Het CVZ heeft een afschrift ontvangen met het verzoek dit mee te nemen in het rapport. Verder zijn er afzonderlijke reacties ontvang van de NVD, ZN en de KNMP..

ZN is voorstander van het geheel uit het verzekerde pakket verwijderen van de voedingszorg. Eventuele uitzonderingen zullen gekoppeld moeten worden aan met name genoemde indicaties. De overige partijen zijn van mening dat dieetvoeding gerelateerd is aan ziekte en dat daarom vanuit de zorgverzekering de vergoeding van de kosten is aangewezen.

Zowel de KNMP als de NVD zijn voorstanders van een gesloten systeem voor de voedingszorg. Door zo'n systeem ontstaat duidelijkheid over de rechten van de patiënt. Voorwaarde is wel dat het systeem actueel wordt gehouden. De overige partijen, met uitzondering van ZN, hebben een voorkeur voor de door de minister voorgenomen wijziging van de voedingszorg. Wel kunnen deze partijen zich verenigen met een wettelijke beperking van de dieetzorg op indicatieniveau.

ZN merkt nog op dat als ondervoeding altijd recht geeft op de aflevering van alle dieetvoedingen voor medisch gebruik, zij de zorgverzekeraars zal adviseren de voorwaarden voor het verkrijgen van dieetvoeding voor medisch gebruik niet te toetsen, aangezien de voorwaarden oncontroleerbaar zijn. Het CVZ wijst erop dat door de koppeling van het recht op dieetvoeding voor medisch gebruik aan indicaties een toetsing mogelijk is. Het later koppelen van de individuele dieetvoedingen van medisch gebruik aan de aanspraakgevende indicaties zal de controle door de zorgverzekeraars wel vergemakkelijken. Zo'n koppeling is op dit moment niet mogelijk, door het ontbreken van een VWA-lijst met akkoord bevonden dieetvoeding voor medisch gebruik.

De KNMP wijst nog op het belang van het houden van dieetvoeding in het pakket van de zorgverzekering voor de medicatiebewaking door de apotheker. Het CVZ merkt hierover op dat er nu al andere partijen zijn dan de apotheker die dieetpreparaten aan de verzekerden levert. Daarnaast mag ervan worden uitgegaan dat de patiënt de meerwaarde van apotheker zal blijven gebruiken, ook al wordt de vergoeding van de dieetkosten elders neergelegd.

Geen van de partijen onderschrijft de noodzakelijkheid van het invoeren van een eigen bijdrage.

8. Beantwoording van de door de minister gestelde vragen

Verschillen huidige en voorgenomen omschrijving dieetvoeding

1. *Wat is het verschil tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak wat betreft welke patiënten wel en geen dieetvoeding krijgen.*

Omdat niet duidelijk is:

- o welke dieetvoedingen voor medisch gebruik in de handel zijn;
- o welke dieetvoedingen voor medisch gebruik zijn aangemeld bij de VWA;
- o welke behandelrichtlijnen en protocollen voldoen aan de richtsnoeren van de minister;
- o welke behandelrichtlijnen en protocollen in de behandeling een plaats geven aan de dieetvoeding voor medisch gebruik

is een duidelijk antwoord op deze vraag niet mogelijk.

Wel is duidelijk dat de verzekerde omvang van de dieetvoeding veel groter zal zijn dan bij de huidige omschrijving. Onder dieetvoeding voor medisch gebruik vallen niet alleen de in de thans verzekerde zorg opgenomen dieetpreparaten maar gedeeltelijk ook de van het pakket uitgesloten dieetproducten en voedingssupplementen. Anders gezegd leidt de nieuwe omschrijving van de voedingszorg ertoe dat veel normale voedingsproducten en een aantal normale voedingshulpmiddelen tot het verzekerde pakket gaan behoren.

Uitvoerbaarheid voorgenomen dieetzorg

2. *Wat is de uitvoerbaarheid van de voorgestelde aanspraak en de invloed en gevolgen van de bestaande behandelrichtlijnen en protocollen.*

Het CVZ is van mening dat behandelrichtlijnen en protocollen een goede afspiegeling kunnen zijn van de wetenschap en praktijk zoals dat voor de verzekerde zorg in art. 2.1. van het Besluit zorgverzekering is geformuleerd. Echter de behandelrichtlijnen en protocollen zouden dan hierop getoetst moeten zijn. De goed bevonden behandelrichtlijnen en protocollen zouden in een openbaar toegankelijk register moeten staan zodat alle belanghebbende partijen op een eenvoudige wijze hiervan kennis kunnen nemen. Als er voor het inzetten van een dieetvoeding voor medisch gebruik geen richtlijn of protocol is, dan zal de zorgverzekeraar de aanspraak moeten toetsen aan de hand van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

De uitvoerbaarheid van de voorgestelde maatregel is door het ontbreken van een VWA-overzicht voor alle belanghebbende partijen uiterst ingewikkeld. Vooral voor de zorgverzekeraars is de voorgenomen wijziging erg moeilijk en wellicht onmogelijk te toetsen. Zij moeten eerst beoordelen of een voorgeschreven voedingproduct een dieetvoeding voor medisch gebruik is en of het voldoet aan de eisen van de

Warenwetregeling. Daarnaast moeten zij beoordelen of er bij de patiënt sprake is van (dreigende) ondervoeding en zo nee, of er voor de behandeling van de betreffende aandoening één of meerdere behandelrichtlijnen of protocollen bestaan. Als dit zo is dan moeten zij nagaan of het inzetten van dieetvoeding voor medisch gebruik volgens de behandelrichtlijn of protocol geschiedt. Bij hun beoordeling zullen de zorgverzekeraars zich waarschijnlijk niet kunnen beperken tot de beoordeling van in Nederland opgestelde behandelrichtlijnen en protocollen. Het lijkt aannemelijk dat zorgverzekeraars ook internationaal gebruikte behandelrichtlijnen en protocollen bij de beoordeling moeten betrekken. Ten slotte moeten de zorgverzekeraars ook nog toetsen of de behandelrichtlijnen en protocollen in overeenstemming is met de wetenschap en praktijk en ten slotte of de verzekerde nog uit kan komen met aangepaste normale voeding en/of andere producten voor bijzondere voeding. Naast het feit dat er geen overzicht bestaat van de aangemelde dieetvoedingen voor medisch gebruik zijn er ook geen overzichten beschikbaar van de andere producten voor bijzondere voeding.

Voor afleveraars van dieetvoeding is de nieuwe regeling nog het best uitvoerbaar. Op de verpakking moet staan of het dieetvoeding voor medisch gebruik is. Zij kunnen dus bij aflevering zien of de voeding wel of niet tot de te verzekeren zorg behoort. Toetsing van de rechten van de verzekerde door de afleveraars lijkt niet goed mogelijk. Anders dan bij geneesmiddelen zijn er in de wetgeving geen eisen gesteld aan de afleveraars. In principe kan dus iedere detaillist de dieetvoeding voor medisch gebruik afleveren. Daarnaast hebben over het algemeen de afleveraars van dieetvoeding voor medisch gebruik geen inzicht in de medische gegevens van de gebruikers.

***Verskil in kosten
huidige en
voorgenomen
omschrijving***

3. Wat is het verschil in kosten tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak.

Een goede inschatting van de kostenontwikkeling is door het ontbreken van inzicht in de dieetvoeding voor medisch gebruik niet te geven. Wel is duidelijk dat door:

- de komst van dieetproducten en voedingssupplementen in het pakket,
- het laten vervallen van de huidige indicatiebeperking en
- de te verwachte nieuwe ontwikkelingen in de dieetvoeding voor medisch gebruik

de kosten voor de zorgverzekering binnen enkele jaren meer dan gaan verdubbelen (van € 50 miljoen naar > € 100 miljoen).

Hierbij is ook van belang dat de verwachte beperkingen in de voorgestelde aanspraak (geprotocolleerd behandelen en toetsing van de voeding door de VWA) nog niet operationeel zijn.

9. Adviescommissie Pakket

Op 29 mei 2008 heeft de Adviescommissie Pakket (ACP) het rapport Dieetvoeding voor medisch gebruik besproken. De ACP is van mening dat dieetvoeding voor medisch gebruik moet worden aangemerkt als zorg en als zodanig als te verzekeren prestatie in het pakket kan worden opgenomen.

De ACP is met de minister een voorstander om het recht van de verzekerden op dieetvoeding voor medisch gebruik te koppelen aan behandelrichtlijnen en protocollen. Voorwaarden zijn dan dat de te verzekeren prestatie helder is voor de verzekeraar en de verzekerde en dat de behandelrichtlijnen en de protocollen de goedkeuring van het CVZ behoeven.

De ACP raadt het CVZ aan een zodanige constructie te ontwikkelen, waardoor partijen gestimuleerd worden om deze behandelrichtlijnen en protocollen op te stellen.

Voor dit moment raadt de ACP het CVZ aan het recht op dieetvoeding voor medisch gebruik te beperken tot de patiënten met indicaties die nu al recht geven op de aflevering van dieetpreparaten en de patiënten met een ziekte-gerelateerde dreigende ondervoeding.

Bij de uitvoerbaarheid van een eigen bijdragesysteem zet de ACP grote vraagtekens. Een eigen bijdragesysteem moet redelijk en eenvoudig uitvoerbaar zijn. Er gaan geen grote bedragen om in de dieetvoeding en een eigen bijdragesysteem, hoe gerechtvaardigd ook, zal niet veel besparingen opleveren.

De ACP verzoekt in het rapport uit te leggen waarom het belangrijk is, dat Europees gekomen wordt tot een eenduidige invulling van het begrip dieetvoeding voor medisch gebruik.

Ten slotte verzoekt de ACP voor de beoordeling van het criterium 'noodzakelijkheid' meer aan te sluiten bij de pakketprincipes.

10. Advies wijziging aanspraak op dieetvoeding

Handhaving voedingszorg in de verschillende zorgvormen.

Op basis van de overwegingen en de conclusies en de reacties van de belanghebbende partijen en het advies van de Adviescommissie Pakket, is het CVZ is van oordeel dat dieetvoeding voor medisch gebruik kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie en dat deze prestatie moet worden gebonden aan indicatievoorwaarden. Het CVZ adviseert geen nieuwe zorgprestatie in te voeren, maar de bestaande dieetzorg aan te passen.

Advies wijziging van de te verzekeren dieetzorg

Handhaving in de bestaande zorgprestaties houdt in dat alleen de omschrijving van de dieetvoeding binnen de farmaceutische zorg moet worden aangepast. Het CVZ adviseert de te verzekeren prestatie 'dieetpreparaten' te wijzigen in een te verzekeren prestatie 'dieetvoeding voor medisch gebruik' en deze prestatie te beperken tot de verzekerden die lijden aan:

- een stofwisselingsstoornis;
- een voedselallergie; of
- een resorptiestoornis

dan wel

- een (risico op) ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding hebben; of
- de dieetvoeding voor medisch gebruik krijgen voorgeschreven op grond van een door het CVZ akkoord bevonden behandelprotocol of behandelrichtlijn

Aanpassing omschrijving farmaceutische zorg

Het CVZ stelt de volgende veranderingen in de wetgeving voor:

Besluit zorgverzekering artikel 2.8, lid 1 onder c.

c. dieetvoeding voor medisch gebruik.

Regeling zorgverzekering artikel 2.5, lid 3.

3. dieetvoeding voor medisch gebruik, behoort slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van deze regeling.

Onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering

1. Dieetvoeding voor medisch gebruik

Voorwaarde:

Uitsluitend voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die lijdt aan:

- een stofwisselingsstoornis; of
- een voedselallergie; of
- een resorptiestoornis;

dan wel

- een (risico op) ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding heeft; of

- de dieetvoeding voor medisch gebruik krijgt voorgeschreven op grond van een door het CVZ akkoord bevonden behandelprotocol of richtlijn.

Nieuwe omschrijving komt tegemoet aan wensen minister

Met deze geadviseerde omschrijving van de te verzekeren voedingszorg, komt het CVZ tegemoet aan de wens van de minister en belanghebbende partijen. Het CVZ adviseert enerzijds de te verzekeren voedingszorg te beperken tot de dieetvoeding voor medisch gebruik. Anderzijds is het advies om alle patiënten die nu recht hebben op dieetpreparaten en alle patiënten met een ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding recht te geven op dieetvoeding voor medisch gebruik. Verder opent de omschrijving de mogelijkheid om behandelprotocollen een belangrijke rol te laten spelen bij het verkrijgen van recht op dieetvoeding voor medisch gebruik. Opname van nieuwe indicaties en behandelrichtlijnen en protocollen moeten worden getoetst aan de pakketprincipes.

Behandelrichtlijnen en protocollen voor de toegang tot de zorg

Het CVZ zal de komende drie jaar gebruik om beroepsgroepen behandelrichtlijnen en protocollen te laten ontwikkelen voor het inzetten van de dieetvoeding voor medisch gebruik.

Het CVZ zal vervolgens deze behandelrichtlijnen en protocollen toetsen aan de pakketprincipes. Dit houdt in dat ook de kosteneffectiviteit van de dieetvoeding een belangrijke rol moeten gaan spelen in de behandelrichtlijnen en protocollen.

Na een positieve beoordeling van het CVZ moeten de dieetvoedingen voor medisch gebruik die overeenkomstig het goedgekeurde protocol worden voorgeschreven automatisch voor vergoeding in aanmerking komen. De geadviseerde omschrijving van de te verzekeren prestatie maakt dit mogelijk.

Het CVZ zal de ontwikkeling en het gebruik van behandelrichtlijnen en protocollen stimuleren en waar mogelijk monitoren.

Na drie jaar zal het CVZ bezien of er voldoende duidelijkheid is ontstaan om de indicatiebeperking in zijn geheel te vervangen door de koppeling aan behandelrichtlijnen en protocollen.

Het CVZ zal de goedgekeurde behandelrichtlijnen en protocollen voor het publiek toegankelijk maken.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

TNO-rapport

KvL/P&Z 08.025

Gevolgen van de voorgenomen wijziging aanspraak op dieetvoeding

Datum	Maart 2008
Auteur(s)	J. van Reeuwijk-Werkhorst W. Davidse A. Chorus
Opdrachtgever	CVZ
Projectnummer	031.12939
Aantal pagina's	95 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	6

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

VWS heeft in 2007 in overleg met belanghebbende partijen een voorstel ontwikkeld voor modernisering van de aanspraak uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) op dieetvoeding.

De aanspraak dieetvoeding behelst *‘Voedingszorg in de thuissituatie, omvattende dieetvoeding voor medisch gebruik, de benodigde hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding en de benodigde begeleiding’*.

De modernisering van de aanspraak valt te splitsen in twee onderdelen:

- samenvoeging van de aanspraak op dieetpreparaten onder de paragraaf farmacie en die op hulpmiddelen voor het toedienen van voeding onder de paragraaf hulpmiddelen.
- loslaten van de indicatiecriteria uit de Zvw en aansluiten bij de terminologie uit de Warenwet.

Op verzoek van de veldpartijen is afgesproken de volgende verduidelijkingen in de toelichting op de aanspraak mee te nemen:

Er is aanspraak op vergoeding van dieetvoeding voor medisch gebruik (DvMG), indien:

- door middel van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat een patiënt lijdt aan (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding of
- er bij een patiënt volgens richtlijnen of volgens protocol een medische noodzaak bestaat tot inname van een specifieke samenstelling van nutriënten.

Waarbij voor beide categorieën geldt dat voor de behandeling niet kan worden volstaan met de wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten van bijzondere voeding.

Om een helder beeld te krijgen van de gevolgen en risico's van de voorgestelde aanspraakwijziging verrichtte TNO in opdracht van CVZ onderzoek. De focus van het onderzoek lag op de gevolgen van de wijziging voor de kosten, de uitvoering en de omvang van de patiëntenpopulatie.

Bij de uitvoering van het onderzoek is zoveel mogelijk uitgegaan van secundaire analyse van bestaande kwalitatieve en kwantitatieve gegevensbronnen. Tevens zijn interviews uitgevoerd met inhoudsdeskundigen en is actuele informatie bij diverse betrokken partijen opgevraagd.

Vanuit gezondheidsperspectief bevat de voorgestelde regeling positieve elementen; het belangrijke probleem van ziektegerelateerde ondervoeding kan daardoor beter worden aangepakt. Daar staat tegenover dat op grond van de voorgestelde regeling ook dieetproducten ten laste van de Zorgverzekeringswet kunnen komen, als ze worden aangemeld als DvMG.

Dit heeft te maken met de terminologie wijziging in de voorgestelde regeling. De term dieetpreparaten zal worden vervangen door DvMG. DvMG omvat veel meer producten dan wat gerangschikt wordt onder dieetpreparaten. Er is momenteel geen overzicht beschikbaar met producten die zijn aangemeld als DvMG.

Enkele indicaties die momenteel niet leiden tot een aanspraak en als de voorgestelde wijziging wordt doorgevoerd (wellicht) wel zijn onder meer: typen kanker die gepaard gaan met (risico op) ondervoeding, met uitzondering van maag-darmkanker en

behandelingen die het functioneren van het maag-darmstelsel negatief beïnvloeden (beide laatste groepen vormen nu reeds een indicatie), peri-operatieve patiënten met (risico op) ondervoeding, patiënten met nierziekten, (wellicht) coeliakie, CVA of bij preventie van koemelkallergie.

Andere producten die momenteel niet worden vergoed maar die aangemeld zouden kunnen worden als DvMG en vervolgens tot een aanspraak kunnen leiden:

- eiwitverrijkte, probiotica verrijkte producten
- drankjes met carnitine als spierversterkende, prestatieverhogende en anti-verouderingswerking
- vermageringsproducten (energiebeperkte diëten)
- orthomoleculaire producten.

De omvang van de huidige kosten van dieetpreparaten is niet precies bekend, maar we schatten dat deze in 2006 in de buurt van € 50 miljoen lagen.

Invoering van de voorgestelde regeling houdt in dat de kosten van DvMG aanzienlijk kunnen gaan stijgen. De vergrijzing van de bevolking betekent een toename van € 1 miljoen per jaar. Met betrekking tot glutenvrije voeding wordt in dit rapport, uitgaande van de huidige bekende aantallen patiënten, een bedrag genoemd van maximaal € 14 miljoen per jaar. Het is echter onduidelijk of glutenvrije voeding als DvMG gezien zal worden.

Wat betreft ondervoeding wordt een stijging genoemd van € 12 miljoen op jaarbasis, waarbij de kanttekening wordt gemaakt dat niet exact bekend is hoe groot het aantal ondervoede patiënten is en hoeveel van hen binnen een bepaalde termijn bereikt en behandeld kunnen worden. Deze stijging heeft deels te maken met de voorgestelde wijziging, deels niet.

Indien er geen beperking wordt gesteld aan bijvoorbeeld alternatieve producten, zullen ook in die hoek de kosten gaan oplopen. Hetzelfde geldt voor een dieet bij een grote variëteit aan aandoeningen.

Bij verschillende partijen in het veld bestaat behoefte aan inzicht in welke producten van DvMG bij de Voedsel & Waren Autoriteit zijn aangemeld, welke producten op de markt zijn en kunnen worden voorgeschreven. Momenteel bestaat er geen openbaar bestand van DvMG. Daarnaast is door veldpartijen de behoefte uitgesproken aan duidelijkheid over welke producten DvMG wel en welke niet voor vergoeding in aanmerking komen.

De stuurmogelijkheden, in de sfeer van het stellen van nadere toegangsvoorwaarden, voor de uitvoerders van de Zvw, de zorgverzekeraars, worden in de nieuwe regeling beperkt.

Toetsing door de VWA, anders dan de eisen die aan het etiket worden gesteld, of dieetpreparaten voldoen aan de criteria van de Warenwet voor aanmelding van dieetvoeding voor medisch gebruik blijft in de praktijk feitelijk achterwege.

Aanbevelingen in richtlijnen over DvMG zijn doorgaans niet specifiek, en kunnen dat vaak ook niet zijn omdat er geen één op één relatie bestaat tussen aandoeningen en indicaties enerzijds en (het type product van) DvMG anderzijds. Daarmee is het de vraag of het mogelijk is wettelijke aanspraken te baseren op professionele richtlijnen.

Het is aan te bevelen om voor alle partijen, en voor zorgverzekeraars als uitvoerders van de Zvw in het bijzonder, duidelijk te maken welke (bestaande en toekomstige)

producten van DvMG vergoed worden op grond van de Zvw en welke niet. Dat kan bijvoorbeeld door middel van een limitatieve lijst.

Daarnaast is het aan te raden om bij de verdere beleidsontwikkeling op dit gebied behalve naar de kosten ook te kijken naar de relatie tussen kosten (incl. eventuele besparingen) en effecten. Dit is een ontwikkeling die in de zorg steeds meer gebruikelijk wordt.

Tot slot is aan te bevelen om eisen te stellen aan professionele richtlijnen als deze in een wettelijke regeling een prominente plaats krijgen. Te denken valt aan eisen als onafhankelijkheid, transparantie, evidence, draagvlak, implementatie, bijstellingsprocedure en met betrekking tot DvMG ook het opnemen van aanbevelingen over DvMG zodanig dat artsen en diëtisten daar concrete keuzemogelijkheden aan kunnen ontleen.

Inhoudsopgave

	Samenvatting.....	3
1	Inleiding.....	9
1.1	Achtergrond.....	9
1.2	Doel van het onderzoek.....	9
1.3	Onderzoeksvragen.....	9
1.4	Opbouw rapport.....	10
2	Aanpak en methoden.....	11
2.1	Aanpak, opzet van het onderzoek.....	11
2.2	Vorbereiding.....	11
2.3	Uitvoering.....	11
2.4	Conceptueel model.....	12
2.5	Afbakening van het onderzoek.....	13
3	De wettelijke aanspraak.....	15
3.1	Huidige aanspraak.....	15
3.2	Voorgestelde aanspraak.....	15
4	Resultaten.....	17
4.1	Sociaal-technische kaart.....	17
4.2	Richtlijnen, protocollen en meetinstrumenten.....	18
4.3	Onderbouwing van dieetvoeding door fabrikanten.....	23
4.4	Formele aanmelding en beoordeling.....	24
4.5	Zorgproces bij dieetvoeding.....	26
4.6	Indicaties en aanspraak nu.....	28
4.7	Indicaties en aanspraak in toekomst.....	29
4.8	Huidig gebruik en kosten.....	31
4.9	Verwacht gebruik en kosten.....	35
4.10	Uitvoerbaarheid voorgestelde regeling.....	40
4.11	Overige punten.....	40
5	Conclusies en aanbevelingen.....	43
5.1	Conclusies.....	43
5.2	Aanbevelingen.....	44
6	Geraadpleegde bronnen.....	45
	Bijlage(n)	
	A Sociale-technische kaart Dieetvoeding voor medisch gebruik	
	B Vragenlijst	
	C Definities en begrippen	
	D Personen en organisaties die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek	
	E Overzicht dieetpreparaten	
	F Gebruik en kosten dieetpreparaten	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

VWS heeft in 2007 in overleg met belanghebbende partijen een voorstel ontwikkeld voor modernisering van de aanspraak uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) op dieetvoeding.

De aanspraak dieetvoeding behelst ‘*Voedingszorg in de thuissituatie*¹, *omvattende dieetvoeding voor medisch gebruik, de benodigde hulpmiddelen voor het toedienen van de voeding en de benodigde begeleiding*’.

De modernisering van de aanspraak valt te splitsen in twee onderdelen:

- samenvoeging van de aanspraak op dieetpreparaten onder de paragraaf farmacie en die op hulpmiddelen voor het toedienen van voeding onder de paragraaf hulpmiddelen.
- loslaten van de indicatiecriteria uit de Zvw en aansluiten bij de terminologie uit de Warenwet.

Op verzoek van de veldpartijen is afgesproken de volgende verduidelijkingen in de toelichting op de aanspraak mee te nemen:

Er is aanspraak op vergoeding van dieetvoeding voor medisch gebruik (DvMG), indien:

- door middel van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat een patiënt lijdt aan (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding of
- er bij een patiënt volgens richtlijnen of volgens protocol een medische noodzaak bestaat tot inname van een specifieke samenstelling van nutriënten.

Waarbij voor beide categorieën geldt dat voor de behandeling niet kan worden volstaan met de wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten van bijzondere voeding.

Op dit moment is de aanspraak op dieetpreparaten geregeld op basis van een aantal wettelijke indicaties. Met de voorgenomen wijziging van de aanspraak zullen ‘ondervoeding’ en ‘medische noodzaak’ als criteria voorop staan. Deze wijziging brengt mogelijk bepaalde risico’s met zich mee, zoals een sterke omzetting en ‘wildgroei’ van dieetvoeding voor medisch gebruik (DvMG).

1.2 Doel van het onderzoek

Om een helder beeld te krijgen van de gevolgen, risico’s en de grootte hiervan, heeft CVZ onderzoek laten uitvoeren. De focus ligt hierbij op de gevolgen van de wijziging voor de kosten, de uitvoering en de omvang van de patiëntenpopulatie.

1.3 Onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling was:

Wat zijn de gevolgen van de invoering van de voorgestelde wijziging in de aanspraak op dieetvoeding voor de patiënten, de kosten en de uitvoering?

¹ Ten aanzien van de term thuissituatie is afgesproken dat het verblijf in een AWBZ-instelling buiten de regelgeving valt.

Dit leidde tot de volgende deelvragen:

Algemeen

1. Welke actoren zijn betrokken bij het onderwerp dieetvoeding voor medisch gebruik (sociaal-technische kaart)?
2. Welke meetinstrumenten/indicatoren, richtlijnen en protocollen worden gebruikt bij de behandeling van (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding? In welke richtlijnen is (risico op) ondervoeding of het gebruik van ziektespecifieke voeding opgenomen?
3. Hoe onderbouwen leveranciers (fabrikanten) dat sprake is van dieetvoeding voor medisch gebruik (criteria)?
4. Hoe gaat de voedselautoriteit om met de meldingen van dieetvoeding voor medisch gebruik?
5. In hoeverre heeft het CBG, onderdeel bureau nieuwe geneesmiddelen, een taak bij het beoordelen van dieetproducten voor medisch gebruik?

Inzicht in patiëntengroep

6. Welke dieetvoeding voor medisch gebruik is er momenteel op de Nederlandse markt, en bij welke indicaties?
7. Welke dieetvoeding valt nu onder de wettelijke aanspraak inzake de Zvw en na de wijziging niet meer, en voor welke indicaties is deze dieetvoeding bestemd?
8. Welke dieetvoeding wordt nu uitgesloten en in het gewijzigde voorstel niet, en voor welke indicaties is deze dieetvoeding bestemd?
9. Wat is de (omvang van de) potentiële groep patiënten die is geïndiceerd voor dieetvoeding voor medisch gebruik?
10. Welke zorgprocessen doorlopen zij (van screening op ondervoeding tot en met het einde van de behandeling met dieetvoeding)?
11. Welke patiënten krijgen door de wijziging wel en welke patiënten krijgen geen vergoeding?

Gevolgen voor de kosten

12. Wat is het verschil in kosten tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak wat betreft de dieetvoeding (uitgedrukt in prijs product x aantal patiënten x duur van gebruik)?
13. Wat zijn de kosten per indicatie per patiënt?

Gevolgen voor de uitvoering

14. Wat is de uitvoerbaarheid van de voorgestelde aanspraak voor de dagelijkse (zorg)praktijk?
15. Wat is de invloed en wat zijn de gevolgen van de bestaande richtlijnen en protocollen op de voorgestelde aanspraakwijziging?

1.4 Opbouw rapport

In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van het onderzoek beschreven en de gebruikte methoden. In hoofdstuk 3 worden de huidige wettelijke aanspraak en de voorgestelde aanspraak beschreven. In hoofdstuk 4 worden, aan de hand van de onderzoeksvragen, de resultaten beschreven. Tot slot volgen in hoofdstuk 5 de conclusies en aanbevelingen.

2 Aanpak en methoden

2.1 Aanpak, opzet van het onderzoek

Het onderzoek kende een doorlooptijd van twee maanden. Daarbij is zoveel mogelijk uitgegaan van secundaire analyse van bestaande kwalitatieve en kwantitatieve gegevensbronnen. Tevens zijn ‘face-to-face’ en telefonische interviews uitgevoerd met inhoudsdeskundigen en is actuele informatie bij diverse betrokken partijen opgevraagd.

Op drie momenten tijdens het project is met de opdrachtgever afgestemd: na het opstellen van de sociaal-technische kaart, halverwege de uitvoeringsfase en na afronding van de uitvoeringsfase.

2.2 Voorbereiding

Eerst is een sociaal-technische kaart opgesteld met de voor het onderwerp relevante actoren (bijlage A). Op basis van de sociaal-technische kaart zijn afspraken gemaakt voor interviews. Tevens is geïnventariseerd welke informatiebronnen relevante informatie verschaffen en toegankelijk zijn.

2.3 Uitvoering

2.3.1 *Inzicht in patiëntengroep*

Om inzicht te verschaffen in de (potentiële) patiëntengroepen die zijn geïndiceerd voor dieetvoeding, de zorgprocessen die zij doorlopen en de zorgverleners die hierbij zijn betrokken, hebben wij gebruik gemaakt van literatuur, documenten, interviews en databases, zoals het GIP, Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, CBS en informatie van de Stuurgroep ‘Wie beter eet, wordt sneller beter’. De gegevens uit de uiteenlopende bronnen zijn geanalyseerd en bewerkt om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te schetsen.

Ook is in kaart gebracht welke patiënten door de wijziging wel of geen vergoeding krijgen, gekoppeld aan indicaties. Indicaties zijn niet gelijk aan ziektes, maar per categorie zijn voorbeelden van ziektes gegeven.

2.3.2 *Gevolgen voor de kosten*

Om het verschil in kosten te kunnen berekenen in het huidige en toekomstige gebruik, waren de volgende bronnen beschikbaar:

- LPZ-data
- CBS-data
- GIP-data (totale aantal afleveringen en kosten die ten laste komen van de Zvw)
- Vektis-data
- VNFKD-data (totale marktomsatz en volume)
- Data van één zorgverzekeraar. Deze data zijn niet in het rapport opgenomen, om herleidbaarheid naar de individuele zorgverzekeraar te voorkomen. De data zijn gebruikt om een berekening te maken geëxtrapoleerd naar de totale omzet.
- Data van één facilitair bedrijf. Deze data zijn niet in het rapport opgenomen, om herleidbaarheid naar het individuele bedrijf te voorkomen. De data zijn gebruikt om een berekening te maken geëxtrapoleerd naar de totale omzet.

Bij de kostenberekeningen gaat het om schattingen. Er zijn geen databases die het mogelijk maken om dit exact te berekenen. Iedere databron kent zijn eigen voor- en nadelen.

2.3.3 *Gevolgen voor de uitvoering*

De uitvoerbaarheid van de aanspraak en de invloed van richtlijnen en protocollen hierop zijn onderzocht via interviews met de belangrijkste actoren. In tabel 1 is opgenomen met welke actoren interviews hebben plaatsgevonden.

Tabel 1: Overzicht interviews

Partijen	Naam organisatie, functie	Aantal interviews
Patiënten	SPVD	1
Voorschrijvers, zorgverleners	MDL-arts, longarts, kinderarts, huisarts, diëtisten*	6
Fabrikanten	Nutricia, Nestlé, VNFKD	3
Leveranciers	Sorgente, Tefa Portanje	2
Zorgverzekeraars	ZN, Agis, VGZ/IZA/TRIAS	3
Beleidsmakers	CVZ	overleg in het kader van het onderzoek
Onderzoekers, ontwikkelaars		geen
Toezichthouders	Voedsel & Waren Autoriteit, CBG	2
	Totaal	17

*met de leden van de NVD-commissie dieetkostenvergoeding is een groepsinterview gehouden.

Er zijn diepte interviews gehouden met de afzonderlijke partijen. Dit om de gezichtspunten per actor zo specifiek mogelijk te onderzoeken. Daarbij is er ook naar gestreefd om zoveel mogelijk 'face-to-face' interviews te houden. Gezien de korte doorlooptijd van het onderzoek was dit niet altijd mogelijk. Met zeven personen is daarom een telefonisch interview gehouden.

Daarnaast is er contact geweest met de Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt Sneller Beter'. Zij hebben op basis van de onderzoeksvragen informatie verzameld en aan de onderzoekers beschikbaar gesteld.

Ter voorbereiding op de interviews zijn meetinstrumenten, indicatoren, richtlijnen en protocollen geïnventariseerd, die worden gebruikt bij de behandeling van (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding en waarin iets is opgenomen over het gebruik van ziektespecifieke voeding.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, die naast een aantal algemene vragen ook een aantal op de actor toegesneden vragen bevatte. Gaandeweg werden vragen toegevoegd of verwijderd door nieuwe inzichten. In bijlage B worden de belangrijkste vragen genoemd.

2.4 Conceptueel model

Om inzicht te krijgen in de uitvoering van de huidige en de voorgenomen wettelijke aanspraak is het model in figuur 1 ontwikkeld. Het model betreft een combinatie van elementen die in de huidige situatie van belang zijn (de uitvoering) en elementen die

betrekking hebben op de voorgestelde wijziging (de vraag en het aanbod). Het model is onder meer gebruikt als leidraad bij de interviews.

Aan de linkerkant staat de vraagkant van DvMG beschreven. De zorgverlener of voorschrijver stelt aan de hand van een gevalideerd meetinstrument vast, dat sprake is van (risico op) ondervoeding, of stelt de medische noodzaak vast voor het gebruik van DvMG op basis van een richtlijn of protocol. Hieruit volgt de indicatie voor het gebruik van DvMG en wordt een voorschrift gemaakt voor een bepaald product.

Aan de rechterkant in het model staat de aanbodbkant. Hier vindt productontwikkeling plaats voor DvMG door fabrikanten. Zij melden een nieuw product aan bij de Voedsel & Waren Autoriteit, waar tevens toetsing plaatsvindt aan de *Warenwetregeling Dieetvoeding voor medisch gebruik*.

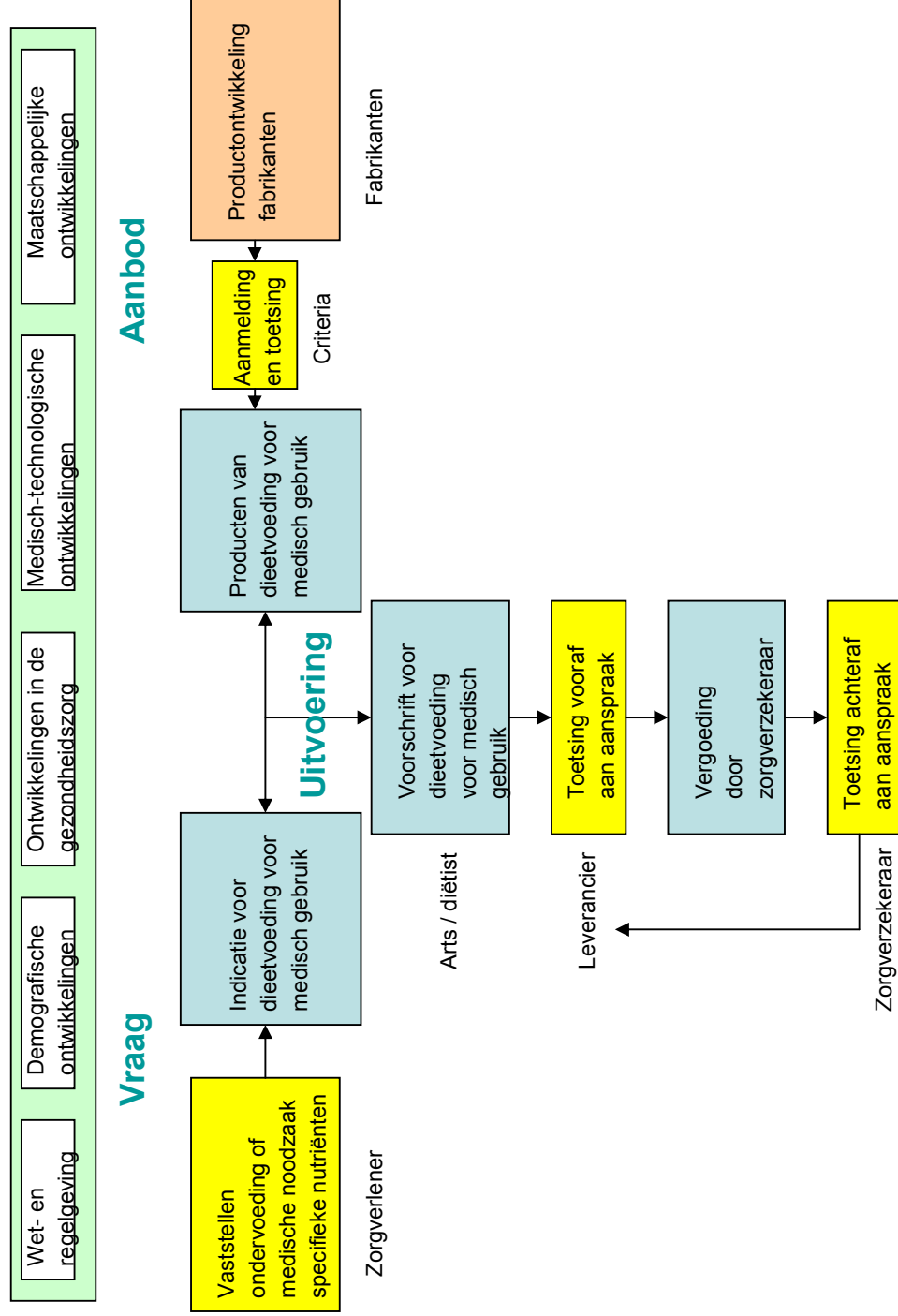
De vraag en het aanbod komen samen bij de uitvoering. Na de indicatiestelling en de keuze voor een product(groep) wordt het voorschrift voor DvMG bij een leverancier ingediend. De leverancier toetst in opdracht van de zorgverzekeraar het voorschrift aan de wettelijke aanspraak. Bij de huidige aanspraak is hiervoor een artsenverklaring ontwikkeld. Op dit formulier verklaart de voorschrijver dat de patiënt het product nodig heeft inzake een wettelijke indicatie. Bij twijfel neemt de leverancier vooraf contact op met de zorgverzekeraar. Indien akkoord dan wordt het product bij de patiënt afgeleverd en wordt het vergoed door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar toetst achteraf steekproefsgewijs bij de leverancier of bij de aflevering is voldaan aan de aanvraag. De indicatie kan niet worden getoetst bij de leverancier.

Bovenaan het model staat een aantal factoren genoemd, dat invloed heeft op het gebruik van dieetvoeding voor medisch gebruik, maar dat onafhankelijk is van de voorgenomen aanspraakwijziging. Te denken valt aan demografische ontwikkelingen, zoals vergrijzing en toename van het aantal mensen met een bepaalde ziekte door betere behandelingsmethoden, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen waardoor mensen eerder naar huis gaan en daar verder herstellen en het invoeren van de prestatie-indicator ondervoeding, waardoor zorgverleners alerter zijn op dit probleem, maatschappelijke ontwikkelingen, zoals meer aandacht voor ondervoeding als maatschappelijk probleem.

2.5 Afbakening van het onderzoek

In dit onderzoek is niet gekeken naar de kosten in relatie tot de effectiviteit. De reden hiervoor is, dat de opdrachtgever behoefte had op korte termijn informatie over de kosten ter beschikking te krijgen.

Conceptueel model dieetvoeding



Figuur 1 Conceptueel model dieetvoeding voor medisch gebruik

3 De wettelijke aanspraak

3.1 Huidige aanspraak

De Zorgverzekeringswet (Zvw), het daaraan gekoppelde Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering geven aanspraak op vergoeding van dieetpreparaten voor een verzekerde:

- a. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
- b. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

Ingevolge een aantal zorgpolissen geldt dat naast deze wettelijke criteria voor vergoeding ook de op de zorgpolis gebaseerde reglementen van iedere individuele zorgverzekeraar nadere toegangsvoorwaarden voor de vergoeding kunnen bevatten (Regelingen Farmaceutische Zorg, Regelingen Dieetpreparaten, Farmaceutisch Reglementen, etc.) Zorgverzekeraars hanteren regelmatig ook nog interne beoordelingsprotocollen (www.spvd.nl).

Er is geen wettelijk vastgelegde lijst met merknamen van preparaten die voor vergoeding in aanmerking komen. De volgende soorten dieetpreparaten komen bij de wettelijk vastgelegde indicaties voor vergoeding in aanmerking: alle in de handel zijnde polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten en *tailor-made* dieetpreparaten die op aanvraag van de arts speciaal voor een individuele cliënt zijn vervaardigd. Ook smaaksachets worden vergoed, als zij worden gebruikt in combinatie met een dieetpreparaat dat voor vergoeding in aanmerking komt. Dieetproducten, zoals glutenvrije en eiwitarme producten, komen niet voor vergoeding in aanmerking (Compendium dieetproducten en voedings supplementen, 2008).

3.2 Voorgestelde aanspraak

Er is aanspraak op vergoeding van dieetvoeding voor medisch gebruik, indien:

- door middel van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat een patiënt lijdt aan of risico heeft op ziektegerelateerde ondervoeding of
- volgens richtlijnen of volgens protocol een medische noodzaak bestaat tot inname van een specifieke samenstelling van nutriënten.

Voor beide categorieën geldt dat voor de behandeling niet kan worden volstaan met de wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten van bijzondere voeding.

In de voorgestelde aanspraak wordt de term dieetpreparaten uit de huidige aanspraak vervangen door de in de Warenwet gehanteerde term ‘dieetvoeding voor medisch gebruik’. Dieetvoeding voor medisch gebruik is een speciale categorie van producten voor bijzondere voeding. Nadere regels hierover zijn verwoord in de Warenwetregeling Dieetvoeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding voor medisch gebruik is een categorie speciaal bewerkte of samengestelde producten voor bijzondere voeding die door patiënten als dieetvoeding onder medisch toezicht gebruikt wordt (art 1).

Dieetvoeding voor medisch gebruik is bestemd voor de volledige of gedeeltelijke voeding van patiënten die:

- een beperkt, aangetast of verstoord vermogen hebben om gewone eet- en drinkwaren, bepaalde nutriënten daarin of bepaalde metabolieten, in te nemen, te verteren, te absorberen, te metaboliseren of uit te scheiden; of
- andere medisch-bepaalde behoeften aan nutriënten hebben;

voor de behandeling waarvan niet louter volstaan kan worden met wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten voor bijzondere voeding (art 2).

In bijlage C staan de belangrijkste definities en begrippen omschreven.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per onderzoeksvraag beschreven. Naast de bevindingen die uit het veld naar voren zijn gekomen, voegen wij zelf ook inzichten toe. Deze worden apart vermeld. Bij de beschrijving zijn we uitgegaan van de volgende perspectieven:

- zorgverleners en patiënten (vraagkant)
- fabrikanten en leveranciers (aanbodkant)
- zorgverzekeraars (uitvoerders van de wet)
- toezichthouders (VWA e.d.)

Het perspectief van de zorgverleners kenmerkt zich als volgt: zij gaan uit van aandoeningen, de ernst daarvan, *evidence based* interventies, de relatie tussen kosten en effectiviteit. Bij dit laatste punt zijn niet de absolute kosten doorslaggevend, maar de kosten afgezet tegen de gezondheidswinst of de winst in kwaliteit van leven.

Het perspectief van de fabrikanten en leveranciers wordt beschreven vanuit de meer ‘gevestigde’ bedrijven op het gebied van dieetvoeding voor medisch gebruik. In de opzetfase van het onderzoek is dit met CVZ zo overlegd. Het kan zijn dat de wijziging van de wettelijke regeling tot gevolg heeft dat er nieuwe toetreders komen. Daarmee worden andere bedrijven dan de gevestigde bedrijven bedoeld. In dit project kon aan dit aspect minder aandacht worden geschonken.

Het perspectief van zorgverzekeraars kenmerkt zich als volgt: zij voeren de wettelijke regeling uit en hebben behoefte aan concrete beleidsinstrumenten waarmee zij de rechtmatigheid en doelmatigheid van de verstrekking kunnen vaststellen. Ook hebben zij behoefte aan duidelijke informatie, onder meer over wat wel en wat niet vergoed wordt op grond van de Zvw.

Het perspectief van de toezichthouders kenmerkt zich door de mogelijkheden voor toezicht op naleving van wet- en regelgeving en de beoordeling van risico's en komt apart aan bod in paragraaf 4.4.

4.1 Sociaal-technische kaart

Welke actoren zijn betrokken bij het onderwerp dieetvoeding?

Er is een sociaal-technische kaart samengesteld, uitgaande van de verschillende fasen in een verstrekkingenproces. Hiermee wordt een overzicht gegeven van de actoren die direct of indirect bij het onderwerp dieetvoeding betrokken zijn.

De volgende acht partijen zijn te onderscheiden die in meer of mindere mate bij dit proces betrokken zijn.

- Patiënten, voor wie dieetvoeding mogelijk baat heeft;
- Voorschrijvers en zorgverleners, die op grond van de indicatie en de eigenschappen dieetvoeding aan de patiënt voorschrijven en de patiënt bij het gebruik ervan begeleiden;
- Fabrikanten, die dieetvoeding op de markt brengen en verkopen;
- Leveranciers, die dieetvoeding bij de patiënt afleveren en de patiënt over het gebruik ervan informeren;

- Zorgverzekeraars, die dieetvoeding voor medisch gebruik vergoeden binnen de wettelijke afspraken;
- Beleidsmakers, die beleid ontwikkelen op het toepassingsgebied van dieetvoeding;
- Onderzoekers en ontwikkelaars, die diverse soorten onderzoek uitvoeren, onder andere richtlijnontwikkeling en het ontwikkelen van meetinstrumenten voor het meten van (risico op) ondervoeding.
- Toezichthouders, die toezicht houden op de naleving van wet- en regelgeving.

In bijlage A worden per betrokken partij de belangrijkste organisaties, hun primaire functie en contactpersonen weergegeven. Uit de aanduiding van de primaire functie valt ook een eerste indruk over de onderlinge relaties tussen de verschillende partijen te destilleren.

Met een op deze sociale kaart gebaseerde selectie van personen zijn 17 interviews gehouden (bijlage D). Een vooraf samengestelde semi-gestructureerde vragenlijst vormde het uitgangspunt voor deze gesprekken (bijlage B).

4.2 Richtlijnen, protocollen en meetinstrumenten

- *Welke meetinstrumenten, indicatoren, richtlijnen en protocollen worden gebruikt bij de behandeling van (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding?*
- *In welke richtlijnen is (risico op) ondervoeding of het gebruik van ziektespecifieke voeding opgenomen?*

In de voorgestelde aanspraak streeft het Ministerie van VWS naar een functiegerichte aanspraak, waarin richtlijnen leidend zijn. Er wordt in deze visie vanuit gegaan, dat de behandelaar handelt in overeenstemming met bestaande richtlijnen. In geval van toetsing zal de behandelaar gevraagd worden volgens welke richtlijn hij DvMG heeft geadviseerd.

De Stuurgroep ‘Wie beter eet, wordt Sneller Beter’ gaf aan, dat in de huidige wetgeving op dit punt een tegenstrijdigheid bestaat, namelijk dat DvMG volgens richtlijnen is aanbevolen, maar dat door ontbrekende vergoeding van deze DvMG een juiste advisering door de behandelaar in de weg staat, bijvoorbeeld bij de peri-operatieve patiënt.

Aangezien sprake is van een functiegerichte aanspraak is het niet noodzakelijk om een uitputtende opsomming te geven van de bestaande richtlijnen. Wij hebben geen nadere analyse gedaan van deze richtlijnen. Van organisaties als het CBO en het NHG is het bekend op welke wijze richtlijnen en Standaarden tot stand komen, dat ze evidence based zijn en dat de betreffende beroepsgroep er formeel mee in stemt. Van andere richtlijnen is dat niet duidelijk.

Voor zover bekend bevatten richtlijnen over het algemeen aanbevelingen over dieetvoeding die waar het (risico op) ondervoeding betreft niet erg specifiek is. Dat is ook erg moeilijk of vaak onmogelijk omdat er geen één-op-één-relatie tussen aandoeningen/indicaties enerzijds en het product van DvMG anderzijds. Bij geneesmiddelen ligt dat vaak anders en is de relatie wel exclusief. Met andere woorden, het is moeilijk of zelfs onmogelijk bij (risico op) ondervoeding op grond van richtlijnen te bepalen welk product van DvMG een bepaalde patiënt zou moeten krijgen. Behalve het punt van de specificiteit is er het praktische punt dat richtlijnen niet continu worden herzien en dus in de praktijk (vaak) niet *up-to-date* zullen zijn.

Uit de inventarisatie kwamen in ieder geval de volgende richtlijnen naar voren.

4.2.1 *Inventarisatie algemene richtlijnen voor behandeling van ondervoeding*

Dit betreft de volgende richtlijnen:

- Richtlijn ondervoeding - behandeling van de ondervoede patiënt in de thuisituatie Concept januari 2008. Deze richtlijn is in 2007 ontwikkeld door de Stuurgroep op basis van de door IGZ verplichte prestatie-indicator ondervoeding in het basispakket ziekenhuizen. De Stuurgroep heeft eveneens deze prestatie-indicator ontwikkeld. De conceptrichtlijn is voorgelegd aan de NHG.
- Multidisciplinaire transmurale richtlijn behandeling ondervoeding – In ontwikkeling. De aanvraag ligt bij ZonMw, januari 2008. De Stuurgroep heeft deze aanvraag ingediend, ondersteund door NVGE (maag lever darmartsen), NVKG (klinische geriatrie), NESPEN, NVD, NVO en prof. J van Binsbergen, afgevaardigde NHG in de Stuurgroep.
- Richtlijn voor thuisbehandeling met sondevoeding en parenterale voeding – J. van Reeuwijk-Werkhorst, ABWM Quak, HEF Vos, Leiden 2003.
- Dieetbehandelingsrichtlijn Depletie, ontwikkeld onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) gebaseerd op het raamwerk van het CBO, uitgegeven door Elsevier gezondheidszorg. Deze richtlijn dient als leidraad voor de diëtist. Binnen de diëtetiek is breed draagvlak voor de richtlijn.

4.2.2 *Voorbeelden van ziektespecifieke richtlijnen*

Voor verschillende ziekten zijn richtlijnen ontwikkeld. Hieronder worden de belangrijkste vermeld.

PKU

- Richtlijn diagnose en behandeling PKU (Dutch advisory committee of PKU 2005): Medische voeding is de enige behandeling van PKU. De beroepsgroep bestaat uit metabole kinderartsen, en wordt tevens gevolgd door diëtisten in Academische ziekenhuizen, waar behandeling plaatsvindt. Richtlijn wordt 100% nageleefd.
- Non PKU (metabole ziekten). Dit betreft een grote groep aandoeningen, die worden behandeld door een selecte gespecialiseerde groep van onder andere 20 diëtisten en 16 metabole kinderartsen voor heel Nederland. In die groep vindt regelmatig overleg plaats en wordt consensus bereikt op basis van literatuur. De behandeling zoals beschreven in Shaw 2001, Fernandes 2000) en het Vademecum metabolicum, manual of metabolics, J. Zschocke, G.F. Hoffman worden als richtlijn gebruikt.
- Werkboek voeding bij metabole ziekten (2008) (in ontwikkeling). Dr G. Visser, metabole kinderarts in het WKZ, is eerste auteur. Verder zijn werkgroepen geformeerd die bestaan uit artsen en diëtisten uit het werkveld betreffende verschillende aspecten van de vele metabole aandoeningen.

Epilepsie bij kinderen

- Dieetbehandelingsrichtlijn ketogeen dieet voor kinderen met refractaire epilepsie; Evidence-based handleiding voor een multidisciplinaire behandeling. (Van den Hurk en Van der Louw 2008)

Koemelkeiwitallergie

- Landelijke standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau (Kneepkens 2005): deze richtlijn wordt als leidraad gebruikt op het consultatiebureau.
- Dieetbehandelingsprotocol Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen (Drongelen 2001): dit protocol dient als leidraad voor de diëtist.
- Diagnostisch onderzoek door diëtisten bij vermeende voedselovergevoeligheid (Voedingscentrum 2002): dit protocol dient als leidraad voor de diëtist.
- NHG-standaard Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen (Lucassen 1995): richtlijn voor huisartsen.
- Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy (Host et al 1999): Joint statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
- Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants (Vandenplas, 2007): Europese richtlijn voor eerstelijns gezondheidszorg en algemeen kinderartsen.

COPD

- Richtlijn Voeding en COPD (NVALT 2002): richtlijn voor longartsen.
- GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease) (Gold 2005): richtlijn voor longartsen.
- Richtlijn Ketenzorg COPD (CBO 2005): multidisciplinaire richtlijn.
- NHG-Standaard COPD: Behandeling (Geijer 2001): richtlijn voor huisartsen.
- Landelijk Transmurale afspraak COPD (Folmer 2001): Afspraken tussen longartsen en huisartsen.
- Dieetbehandelingsprotocol Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Vermeeren 2000): voor diëtisten.
- Richtlijn COPD (KNFG 2005): voor fysiotherapeuten.

Oncologie

- (landelijke) Richtlijn voedings- en dieetbehandeling (LWDO 2005)
- Dieetbehandelingsrichtlijn kanker van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (Vogel-Boezeman 2003): richtlijn voor diëtisten
- Dieetbehandelingsrichtlijn Kanker, ontwikkeld onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) gebaseerd op het raamwerk van het CBO, uitgegeven door Elsevier gezondheidszorg. Deze richtlijn dient als leidraad voor de diëtist. Binnen de diëtetiek is breed draagvlak voor de richtlijn.
- Richtlijn Voedingstekort voor verpleegkundigen (VvOV 2001): richtlijn voor verpleegkundigen.
Overleg bij voedingsproblemen met diëtist/arts over supplementen en/of sondevoeding.
- LDWO: Relevantie van voeding verrijkt met visolie (EPA) bij kanker. Afwegingen van de patiënt en de hulpverlener, maart 2005.

Perioperatief

- Richtlijn perioperatief voedingsbeleid, CBO, september 2007.

Decubitus

- Dieetbehandelingsrichtlijn Decubitus, ontwikkeld onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) gebaseerd op het raamwerk van het

CBO, uitgegeven door Elsevier gezondheidszorg. Deze richtlijn dient als leidraad voor de diëtist. Binnen de diëtetiek is breed draagvlak voor de richtlijn.

4.2.3 *Meetinstrumenten voor ondervoeding*

Om in de praktijk patiënten met (risico op) ondervoeding op een eenvoudige en snelle manier te screenen, zijn nationaal en internationaal diverse (ziektespecifieke) screeningslijsten ontwikkeld. Een screeningslijst bestaat veelal uit een combinatie van subjectieve en objectieve parameters. Het moet een snel, eenvoudig, valide en reproduceerbaar instrument zijn, dat ingevuld kan worden door diverse hulpverleners (verpleegkundigen, huisartsen e.d.) (Kondrup, 2003; Guidelines ASPEN, 2002).

- SNAQ: Short Nutritional Assessment Questionnaire Dit is een snel en eenvoudig screeningsinstrument en is gevalideerd voor de klinische patiënt (Kruizenga, 2005). De SNAQ is een voorspeller van ondervoeding.
- MUST: The Malnutrition Universal Screening Tool geeft informatie over zowel de BMI als ongewenst gewichtsverlies (Elia, 2005; Kondrup, 2002) en is geschikt als diagnostisch instrument.
- NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) (Kondrup, 2002 en 2003)
- MNA (Mini Nutritional Assessment) (Kondrup, 2003)

Voor kinderen:

- Aan de hand van de volgende parameters wordt de voedingstoestand van kinderen in eerste instantie bepaald:
 - groeidiagram gewicht naar lengte;
 - groeidiagram lengte naar leeftijd;
 - groeidiagram hoofdomtrek naar leeftijd (standaardmeting tot de leeftijd van 1 jaar);
 - groeiverloop (groeicurven en standaarddeviatiescores).

Een afwijking van de groeicurve van < -2 SDS wijst op ondervoeding.

Hoewel de basisprincipes voor het bepalen van de voedingstoestand voor volwassenen en kinderen hetzelfde zijn, is een belangrijk verschil dat bij kinderen ook de groei als factor mee moet worden gewogen bij de bepaling van de voedingstoestand.

De MUST, NRS-2002 en de MNA worden door ESPEN voor patiënten in de thuissituatie, gedurende ziekenhuisopname en bij ouderen geadviseerd (Kondrup, 2002). Op 1 januari 2006 is het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen' van start gegaan, en valt onder het Sneller Beter programma van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De projectgroep beveelt minimaal het gebruik van de SNAQ aan, maar bij voorkeur de MUST.

4.2.4 *Gesprekken met artsen, diëtisten en patiëntenvertegenwoordigers*

Uit de gesprekken met artsen en diëtisten en de SPVD kwamen de volgende aspecten naar voren over het gebruik van richtlijnen en protocollen ter ondersteuning van de aanspraak.

- Bij de nieuwe aanspraak is bij een aandoening anders dan (risico op) ondervoeding een richtlijn of protocol vereist. Voor een aantal ernstige aandoeningen bestaat (nog) geen richtlijn of protocol. Genoemd zijn: lactase-deficiëntie, longfibrose. “Het moet niet zo zijn, dat als er geen richtlijn voor jouw ziektebeeld is, terwijl er wel dieetvoeding nodig is, je buiten de vergoeding valt”.

- Ook is gepleit voor het duidelijk in richtlijnen opnemen van een (her)evaluatie; ‘heeft deze patiënt nu nog DvMG nodig?’ en van tijdslimieten. Wat dit laatste betreft wordt erop gewezen dat peri-operatieve DvMG aan een termijn wordt gebonden (Richtlijn perioperatief voedingsbeleid, 2007). Vaak toegepaste bestaande meetinstrumenten als de SNAQ zijn alleen geschikt voor de eerste beoordeling, omdat het hebben van DvMG onderdeel is van het instrument. De vraag is of en hoe herevaluatie onderdeel zou moeten zijn van een machtigingsprocedure.
- Er is binnen de kindergeneeskunde nog geen gevalideerd meetinstrument waarmee het *risico* op ondervoeding kan worden vastgesteld. Dat kan dan ook niet gebruikt worden bij de indicatiestelling noch bij toetsing door de zorgverzekeraar.
- Binnen de diëtetiek geldt als *good practice*, dat eerst wordt gekeken of een patiënt met normale voeding kan uitkomen. Pas als een patiënt met minder dan 75% van zijn voeding kan uitkomen is sprake van een indicatie voor dieetvoeding. “Als professional geef je altijd een voedingsadvies op maat. Dat betekent ook dat je gemotiveerd moet kunnen afwijken van een richtlijn”.
- In de richtlijnen worden in de regel geen specifieke producten genoemd. De zorgverlener heeft de vrijheid om een keuze te maken welke voeding geschikt is voor een bepaalde patiënt. Deze keuze hangt naast de samenstelling ook af van de smaak van een product. Dat in de richtlijnen geen voorkeur voor bepaalde producten wordt uitgesproken, kan echter ook ruimte voor interpretatie geven, wat kan leiden tot het experimenteren met nieuwe producten waar (nog) onvoldoende evidentie voor is. Zorgverleners zien het echter mede als hun taak om kritisch naar nieuwe producten te kijken.
- Het gebruik van richtlijnen of protocollen wordt door verschillende zorgverleners als een geschikt instrument gezien bij het toekennen van dieetvoeding. Als aandachtspunten voor de richtlijnen, protocollen worden genoemd dat borging ervan door de beroepsgroep van belang is en ook dat implementatie van de richtlijn aandacht verdient. Eén van de artsen gaf aan “Het aantal richtlijnen neemt toe. Je moet geen situatie krijgen dat de richtlijnen ongebruikt op de plank blijven liggen. Elektronische toegang van richtlijnen in een EPD zou uitkomst kunnen bieden”.
- Ten aanzien van het werken met meetinstrumenten om (het risico op) ondervoeding vast te stellen, werd opgemerkt dat huisartsen nog niet met zo’n instrument werken en de vraag is of dit in de toekomst wel het geval zal zijn. De praktijkondersteuner zou hierin een rol kunnen spelen. Een andere arts noemde dat de meetinstrumenten voor ondervoeding onderdeel moeten zijn van de richtlijnen. “Als dit niet het geval is, gaat dit niet werken”.
- De SPVD is positief over een koppeling van vergoeding aan richtlijnen: “het verhoogt de transparantie van handelen. Aan deze richtlijnen moeten wel voorwaarden worden gesteld, zoals evidence-based, onafhankelijk tot stand gekomen”

4.2.5 *Gesprekken met fabrikanten en leveranciers*

Uit de gesprekken met fabrikanten en leveranciers kwamen de volgende aspecten naar voren.

- Wat betreft evidence wordt er van deze zijde op gewezen dat DvMG niet hetzelfde is als geneesmiddelen. Het veiligheidsaspect van geneesmiddelen speelt bij DvMG veel minder of zelfs niet. Bovendien zijn bij producten als sonde- en drinkvoeding algemeen geldende voedingsprincipes van toepassing. Bij specifieke aandoeningen als stofwisselingsziekten is de noodzaak van gebruik van DvMG ook evident. Daar voegen wij aan toe dat er ziektespecifieke voeding is, waarbij het werken met evidence wel nuttig zou kunnen zijn (bijvoorbeeld bij decubitus).

- Het gebruik van richtlijnen in de omschrijving van de nieuwe aanspraak biedt de mogelijkheid om de aanspraak toekomstbestendig te formuleren. Richtlijnen dienen duidelijke parameters te bevatten en onderbouwd te zijn met onderzoek. Daarnaast is therapietrouw een belangrijk aspect van de behandeling met DvMG. “Het gebruik van DvMG is voor patiënten moeilijk vol te houden. Er moet keuzevrijheid blijven als het gaat om smaak van producten en specifieke verschijningsvormen (bijv. een reep in plaats van een pakje drinkvoeding). Het zou jammer zijn als dit beperkt wordt. Het vormt een essentieel onderdeel van de interventie.”

4.2.6 *Gesprekken met zorgverzekeraars*

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars kwamen de volgende aspecten naar voren.

- De voorgestelde regeling stelt helaas geen nadere eisen aan richtlijnen qua evidence-based, onafhankelijkheid en draagvlak binnen hele beroepsgroep. Dat kan inhouden dat er richtlijnen komen die door een subgroep van (para)medici zijn ontwikkeld en die de toets der kritiek niet kunnen doorstaan. Hierdoor kan er in feite ten onrechte een aanspraak ontstaan.
- Voor zorgverzekeraars is het nodig dat richtlijnen/protocollen concrete aanbevelingen bevatten zodat zij precies weten waar ze aan toe zijn. Voorts is het voor zorgverzekeraars van belang te weten wat de status is van richtlijnen/protocollen. Gaat het om onafhankelijke, evidence-based richtlijnen die formeel zijn vastgesteld door een bepaalde beroepsgroep of niet?
- De vraag is wat zorgverzekeraars moeten doen als er verschillende richtlijnen van beroepsgroepen bestaan of komen die op bepaalde punten van elkaar afwijken? Welke moet dan toegepast worden?
- Een aandachtspunt is het bekende gegeven dat richtlijnen/protocollen lang niet altijd opgevolgd worden. Daar komt de verwachting bij dat nieuwe ziektespecifieke dieetproducten niet altijd snel in (evidence based) richtlijnen zullen worden opgenomen. Het is voor zorgverzekeraars lastig om hier mee om te gaan.

4.3 **Onderbouwing van dieetvoeding door fabrikanten**

Hoe onderbouwen fabrikanten dat sprake is van dieetvoeding voor medisch gebruik?

Fabrikanten melden een product aan bij de VWA (notificatie), waarbij wordt aangetoond dat het product voldoet aan de eisen uit het Warenwetbesluit Dieetvoeding voor medisch gebruik. Het gaat daarbij om een onderbouwing van de samenstelling van het product (een nutritionele rationale). Tevens dienen fabrikanten informatie aan te leveren over het etiket van het product, de middels het etiket gemaakte claims en de volledige samenstelling (art. 4, 8 en 9 Warenwetbesluit Dieetvoeding voor medisch gebruik).

Eén van de fabrikanten gaf aan “Als we een claim maken, moeten we die kunnen onderbouwen met behulp van studies die onder de producten liggen. Wij kunnen niet claimen dat je met DvMG een ziekte kunt *behandelen*. Dat mag gewoon niet. Het blijft voeding.” De VWA gaf aan dat in de Warenwet staat dat de werking van DvMG onderbouwd moet worden, maar dat zij nooit eisen hebben gesteld aan hoe die onderbouwing eruit moet zien (wel of niet RCT’s e.d.).” Zie verder bij 4.4.1. Een andere fabrikant formuleerde het als volgt: “Er zijn twee groepen producten: de algemene, energie- en eiwitverrijkte dieetvoeding en de ziektespecifieke dieetvoeding. De eerste groep is gebaseerd op algemeen geldende voedingskundige kennis over welke

voedingsbehoeften nodig zijn. Onderzoek door de industrie vindt vooral plaats met de tweede groep, de ziektespecifieke voedingen.”

4.4 Formele aanmelding en beoordeling

4.4.1 *Aanmelding bij Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)*

Hoe gaat de Voedsel en Waren Autoriteit om met de meldingen van dieetvoeding voor medisch gebruik?

In de Warenwet wordt onderscheid gemaakt in producten voor bijzondere voeding, waarvan dieetvoeding voor medisch gebruik één categorie is. De definitie van dieetvoeding voor medisch gebruik zoals in art. 2 van de Warenwet omschreven is breed. Fabrikanten zijn verplicht om bij het op de markt brengen van DvMG een specimen van het etiket aan de VWA te zenden, de notificatieplicht. De VWA beoordeelt de notificatie op volledigheid en correctheid.

De VWA toetst het product aan de eisen van de Warenwetregeling Dieetvoeding voor medisch gebruik (staat op het etiket ‘gebruik onder medisch toezicht’ en de term DvMG). Indien een van beide niet het geval is, wordt het dossier opgevraagd. Of een product DvMG is wordt bepaald door EU-regels. Als het daaraan voldoet valt het product in deze categorie. Deze categorie is ruim omschreven (zie hoofdstuk 3).

De VWA heeft momenteel niet de expertise en de capaciteit om dit dossier goed te kunnen beoordelen. Zij hebben niet de expertise om te kunnen beoordelen of een product geschikt is voor de groep patiënten die op het etiket staat vermeld. De expertise van de VWA ligt op het terrein van voedselveiligheid, zoals de veiligheid van het productieproces. De prioriteiten van de VWA liggen op dit moment dan ook bij de voedselveiligheid. Er vindt momenteel dus geen inhoudelijke toetsing plaats. De VWA gaat af op wat het bedrijf aan indicatie opgeeft. Juridische acties komen dan ook nauwelijks tot niet voor in de praktijk. Onduidelijk is, of het feit dat de bewijslast bij de VWA ligt, hier ook invloed op heeft.

Fabrikanten ontvangen een schriftelijke bevestiging van notificatie. Hierin staat dat aanmelding geen automatische goedkeuring inhoudt. De fabrikant wordt gewezen op zijn eigen verantwoordelijkheid voor het product en of het product voldoet aan de wet. De VWA weet niet wanneer het product op de markt komt en ook niet of het product op enig moment weer van de markt wordt afgehaald. Er is geen afmeldingsplicht. Ook is er op dit moment geen openbaar bestand van aangemelde en afgemelde producten. Van de zijde van de VWA wordt gesteld dat men voorheen een lijst met aangemelde producten verstrekke aan het College van Zorgverzekeringen. Wegens capaciteitsgebrek is de VWA hiermee gestopt.

De VWA gaf aan dat DvMG een vluchtroute dreigt te worden voor producten met gezondheidsclaims, omdat voor deze laatste groep sinds juli 2007 strengere eisen gesteld worden aan de onderbouwing door fabrikanten. Het wordt dus voor fabrikanten gemakkelijker om de route via de DvMG te kiezen dan de route voor producten met een gezondheidsclaim. Volgens de VWA “lijkt het erop alsof dit steeds vaker gebeurt. Het is nu een tijdje rustig geweest, maar nu komt het weer.”

Eén van de fabrikanten zag dit niet zo snel gebeuren, want deze bedrijven moeten ook investeren om hun producten vervolgens aan de man te brengen bij de professionals. Deze professionals moeten overtuigd worden van het nut van deze producten. Een omzetsijging door een toename van het aantal producten met het label DvMG zag deze fabrikant dan ook niet gebeuren. Maar om te anticiperen op deze mogelijke ontwikkeling is de VNFKD bezig met de ontwikkeling van een beslisboom, waarmee beoogd wordt de juiste producten onder DvMG te krijgen. De beslisboom is gebaseerd op de wetsartikelen uit de Warenwetregeling (o.a. moet het product onder medisch toezicht worden gebruikt?). Wij weten niet hoe deze beslisboom er precies komt uit te zien, of deze door de VWA geaccepteerd wordt en dus ook niet of en hoe deze in de praktijk gebruikt gaat worden.

Tegelijkertijd is de VWA in samenwerking met het RIVM bezig met de ontwikkeling van een toetsingskader voor DvMG. Het gaat daarbij om criteria waarmee producten DvMG op hun merites kunnen worden beoordeeld en waarbij een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen producten. Hoe deze criteria eruit gaan zien is op dit moment nog niet bekend. Eén van de aandachtspunten die is genoemd betreft de regels die aan onderzoek worden gesteld op basis waarvan een claim gemaakt kan worden.

4.4.2 Rol CBG

In hoeverre heeft het CBG, onderdeel bureau nieuwe geneesmiddelen, een taak bij het beoordelen van dieetvoeding voor medisch gebruik?

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) beoordeelt de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen (www.cbg-meb.nl/cbg/nl). Gezondheidsclaims maken geen onderdeel uit van de beoordeling.

Nieuwe voedingsmiddelen zijn voedingsmiddelen of voedselingrediënten die vóór 15 mei 1997 niet in significante mate in de Europese gemeenschap voor de menselijke voeding zijn gebruikt en die vallen onder de volgende categorieën:

- voedingsmiddelen en voedselingrediënten met een nieuwe of doelbewust gemodificeerde primaire molecuulstructuur;
- voedingsmiddelen en voedselingrediënten bestaande of geïsoleerd uit micro-organismen, schimmels of algen;
- voedingsmiddelen en voedselingrediënten bestaande of geïsoleerd uit planten, alsmede voedselingrediënten die uit dieren zijn geïsoleerd, met uitzondering van voedingsmiddelen en voedselingrediënten die volgens traditionele vermeerderings- of teeltmethodes zijn verkregen en die sinds lang voor voedingsdoeleinden worden gebruikt;
- voedingsmiddelen en voedselingrediënten waarop een weinig gebruikt productieprocédé is toegepast, voor zover dit procédé wijzigingen in de samenstelling of de structuur van de voedingsmiddelen en voedselingrediënten veroorzaakt die significant zijn voor hun voedingswaarde, hun metabolisme of hun gehalte aan ongewenste stoffen.

Producten die als additief of aroma worden gebruikt in voedingsmiddelen, of als extractiemiddelen bij de productie, worden niet als nieuwe voedingsmiddelen beschouwd. Hetzelfde geldt voor levensmiddelen bestaande uit of geproduceerd met genetisch gemodificeerde organismen.

DvMG zal vrijwel nooit een nieuw voedingsmiddel zijn omdat men gebruik maakt van bestaande componenten. Alleen als er in een nieuw DvMG een echt nieuwe ingrediënt zit, valt het formeel wel onder de definitie.

Waar de aanmelding bij de VWA eindproducten betreft, heeft de beoordeling door het CBG betrekking op het begin van de keten. Beoordeling is een voorwaarde voor toelating tot de markt (de EU). Bij de toelating wordt een lijst met toepassingen gepubliceerd. Dat kan ook zijn DvMG. Het kan (en zal in de toekomst wellicht) voorkomen dat het CBG een beoordeling doet van een ingrediënt dat vervolgens in DvMG wordt verwerkt en aangemeld bij de VWA.

Fabrikanten bepalen zelf of een ingrediënt nieuw is of niet. Nieuwe voedingsmiddelen die zijn toegelaten zijn te vinden op:
http://ec.europa.eu/food/food/biotechnology/novelfood/authorisations_en.htm .

4.5 Zorgproces bij dieetvoeding

Welke zorgprocessen doorlopen patiënten die geïndiceerd zijn voor dieetvoeding voor medisch gebruik (van screening op ondervoeding tot en met het einde van de behandeling met dieetvoeding?)

De zorgprocessen worden beschreven voor de twee te onderscheiden groepen in de voorgestelde regeling: het zorgproces bij ziektegerelateerde ondervoeding en het zorgproces bij ziektespecifieke voeding.

4.5.1 *Zorgproces bij ziektegerelateerde ondervoeding*

Bij dit proces zijn minimaal de volgende partijen betrokken: een arts (huisarts of medisch specialist), diëtist en een leverancier (facilitair bedrijf of apotheek). Daarnaast zal bij een deel van de patiënten eveneens een verpleegkundige van de thuiszorg zijn betrokken.

– Arts (huisartsenpraktijk of medisch specialist):

Screening op ondervoeding en het inzetten van de juiste dieetvoeding voor medisch gebruik, eventueel vindt doorverwijzing plaats naar de diëtist. De start van de behandeling met dieetvoeding voor medisch gebruik vindt momenteel veelal pas plaats in de instelling (ziekenhuis), waar de prestatie-indicator screenen en behandelen van ondervoeding van kracht is.

– Diëtist:

Nadere bepaling en controle van de exacte voedingsbehoefte en de voedingsintake van de patiënt; bepaling en advies aan arts en/of patiënt over gebruik van (aanvullende) en eventueel welke dieetvoeding voor medisch gebruik. Evaluatie van de behandeling en bepalen van de duur van het gebruik van DvMG.

– Facilitair bedrijf / apotheek:

Leveren de voorgeschreven dieetvoeding voor medisch gebruik aan de patiënt en geven informatie over de producten.

Ondervoeding is als thema lange tijd onderbelicht gebleven in de huisartsenpraktijk. De aandacht ging en gaat vooral uit naar voeding in relatie tot patiënten met chronische aandoeningen, zoals diabetes en COPD. Deze patiënten komen regelmatig voor controle in de praktijk, in toenemende mate bij de praktijkondersteuner. Bij andere patiënten met ondervoeding heeft de huisarts een signalerende functie. De indruk is dat dit nog veel te weinig op systematische wijze gebeurt. De samenwerking tussen huisartsen en diëtisten

in de eerste lijn breidt zich geleidelijk uit. Voor patiënten die zijn ‘uitbehandeld’ in het ziekenhuis en naar huis gaan, wordt dieetvoeding in de palliatieve fase wel voorgeschreven door diëtist van de thuiszorg of de huisarts.

4.5.2 *Zorgproces bij ziektespecifieke voeding (medische noodzaak)*

Het zorgproces bij ziektespecifieke voeding wordt beschreven aan de hand van twee voorbeelden: metabole ziekten en koemelkallergie.

Metabole ziekten

Bij metabole ziekten is speciale dieetvoeding voor medisch gebruik de enige mogelijke behandeling. Bij dit proces zijn minimaal de volgende partijen betrokken:

– Huisarts:

Via de hielprik (in het ziekenhuis of door de verloskundige thuis) wordt gescreend op de aanwezigheid van zestien metabole ziekten. Indien de uitslag positief is, wordt de patiënt door de huisarts geïnformeerd en direct doorverwezen naar een metabool centrum in een academisch centrum.

– Medisch specialist:

De medisch specialist diagnosticeert de exacte aandoening. Er wordt direct gestart met specifieke dieetvoeding voor medisch gebruik.

– Diëtist:

De diëtist voert een nadere bepaling en controle uit van de juiste dieetvoeding voor medisch gebruik. De diëtist en de medisch specialist werken hierin nauw samen.

– Facilitair bedrijf / apotheek:

Leveren de voorgeschreven dieetvoeding voor medisch gebruik aan de patiënt en geven informatie over de producten.

Koemelkallergie

Het zorgproces bij diagnose en behandeling van koemelkallergie loopt als volgt.

– Huisarts en/of consultatiebureau arts:

Stellen de diagnose door middel van een open eliminatie op basis van dieetvoeding voor medisch gebruik (gedurende 4 weken). Bij zeer ernstige klachten wordt de patiënt doorverwezen naar de medisch specialist. Indien geen doorverwijzing naar de specialist nodig is, wordt gestart met een dieetvoeding voor medisch gebruik (gehydrolyseerde zuigelingenvoeding). Als de patiënt de leeftijd van 1 jaar bereikt wordt een provocatie met koemelk ingezet om te bekijken of er nog steeds sprake is van koemelkeiwitallergie. Bij een positieve uitslag, wordt de dieetvoeding voor medisch gebruik gecontinueerd tot de leeftijd van 2 jaar. Na de leeftijd van 2 jaar wordt de provocatie herhaald en/of het kind doorverwezen naar de specialist. Bij een negatieve uitslag wordt overgegaan op een voeding met koemelk.

– Medisch specialist (kinderarts of allergoloog):

De medisch specialist wordt in consult geroepen bij een kind met zeer ernstige klachten. De diagnostiek komt overeen met de diagnostiek bij de huisarts of consultatiebureau-arts.

- Diëtist:

De diëtist wordt in consult geroepen bij kinderen > 6 maanden om het starten van de bijvoeding te begeleiden.

- Facilitair bedrijf / apotheek:

Leveren de voorgeschreven dieetvoeding voor medisch gebruik aan de patiënt en geven informatie over de producten.

4.6 Indicaties en aanspraak nu

Sinds april 2007 is er een landelijke, uniforme machtigingsprocedure. Hier werken alle (grote) zorgverzekeraars aan mee (www.znformulieren.nl). Voorheen was toestemming vooraf van de zorgverzekeraar nodig. Nu verklaart de arts/diëtist dat de patiënt een van de wettelijke indicaties heeft en niet kan toekomen met wijziging van het normale voedingspatroon (doelmatigheidsvereiste). De leverancier (apotheek of facilitair bedrijf) toetst marginaal namens de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars controleren achteraf bij artsen en/of diëtisten. Dat gebeurt doorgaans steekproefsgewijs, naar aanleiding van bepaalde aanvragen (hypoallergene voeding, waarbij nadere informatie wordt gevraagd over de eliminatie-provocatietest (E/P test), of zeer dure of bijzondere dieetpreparaten). Een andere reden om navraag te doen is als wordt betwijfeld of aan het doelmatigheids criterium is voldaan (kan de patiënt echt niet uit met aangepaste dieetmaatregelen?).

4.6.1 Bestaande producten

Welke dieetvoeding voor medisch gebruik is er momenteel op de Nederlandse markt en bij welke indicaties?

Er is momenteel geen openbaar bestand van dieetvoeding voor medisch gebruik (DvMG). Wel is in de Z-index een lijst met *dieetpreparaten* opgenomen. Op dit moment zouden alle producten die in de Z-index voorkomen met de aanduiding 'D' in principe voor vergoeding in aanmerking komen. De fabrikant meldt zijn product(informatie) aan bij de Z-index als zijnde dieetpreparaat. De Z-index controleert zelf niet of de aangemelde producten dieetpreparaten zijn, maar neemt het standpunt van de fabrikant over. Het is mogelijk dat bedrijven producten als dieetpreparaat in de Z-index laten zetten terwijl er geen sprake is van een dieetpreparaat.

Daarnaast heeft het facilitair bedrijf Sorgente het Sorgente Voedingskompas samengesteld. Dit digitale kompas bevat een overzicht van alle dieetpreparaten die voor vergoeding in aanmerking komen. Het aanbod van dieetpreparaten is groot en breidt zich bovendien steeds uit. De digitale vorm van het voedingkompas wordt actueel gehouden en is via de website, na het verkrijgen van een inlogcode, te bekijken (www.sorgente.nl). In bijlage E is deze lijst opgenomen. De lijst is geënt op de lijst uit de Z-index, waarin alle dieetpreparaten staan die op de Nederlandse markt verkrijgbaar zijn. In afwijking van de Z-index bevat het Sorgente voedingskompas de producten die in hun ogen terecht voor vergoeding in aanmerking komen. Met andere woorden: de Z-index bevat een (beperkt) aantal producten dat hier in wezen niet in thuis hoort (zie volgende paragraaf).

Bij het producten overzicht is geen indicatie vermeld waarvoor het product wordt voorgeschreven. Uit de ziektespecifieke voedingen is wel af te leiden voor welke indicatie het product is ontwikkeld (bijv. voor decubitus, COPD, diabetes, oncologie).

4.6.2 *Indicaties en aanspraken nu*

Welke dieetvoeding valt nu onder de wettelijke aanspraak inzake de Zvw en na de wijziging niet meer en voor welke indicaties is deze dieetvoeding bestemd?

In de huidige wettelijke regeling wordt de term dieetpreparaten gehanteerd. Dit is voeding die zowel chemisch als fysisch is gewijzigd. In principe geldt een vergoeding voor alle in de handel zijnde dieetpreparaten (zie hoofdstuk 3 en bijlage E). Echter, er zijn in het huidige assortiment producten aanwezig die niet voldoen aan de definitie dieetpreparaten, maar die wel worden vergoed omdat ze zijn opgenomen in de lijst van de Z-index. Voorbeelden: MCT chococreame, MCT margarine, Boermarke eiwit en energie verrijkte vla, shake en dergelijke.

Voorheen beoordeelde het CVZ jaarlijks de lijst met dieetpreparaten en informeerde de Z-index welke producten voor vergoeding in aanmerking kwamen. Deze lijst werd gepubliceerd in het Farmacotherapeutisch Kompas. Wegens tekort aan capaciteit is CVZ hiermee gestopt. Dit betekent dat er op dit punt een vacuüm is ontstaan. De Z-index kan zich niet meer tot een onafhankelijke instantie richten die aangeeft of iets in principe voor vergoeding in aanmerking komt. Fabrikanten melden hun producten zelf aan via de website van Z-index. Als zij hun product aanmelden in de categorie 'voedingsmiddel volgens aanbieder', dan krijgt dit product een aanduiding 'D' van dieetpreparaten. Bij twijfel of een product een dieetpreparaat is, neemt Z-index contact op met de fabrikant om dit te bespreken.

4.7 **Indicaties en aanspraak in toekomst**

- *Welke dieetvoeding wordt nu uitgesloten en in het gewijzigde voorstel niet, en voor welke indicaties is deze dieetvoeding bestemd?*
- *Welke patiënten krijgen door de wijziging wel en welke patiënten krijgen geen vergoeding?*

In deze paragraaf wordt ingegaan op nieuwe indicaties en bijhorende DvMG. Daarnaast is de terminologie gewijzigd in de voorgestelde regeling. De term dieetpreparaten is namelijk vervangen door DvMG. DvMG omvat veel meer producten dan wat gerangschikt wordt onder dieetpreparaten. Het criterium van voedingskundig en chemisch en fysisch gewijzigd, zie paragraaf 4.6, is komen te vervallen. Dit betekent dat bijvoorbeeld de al genoemde MCT chococreame, MCT margarine, Boermarke eiwit en energie verrijkte vla, shake en dergelijke, maar ook glutenvrije en natriumarme producten onder DvMG gerangschikt zouden kunnen worden. De fabrikant moet ze dan wel eerst als DvMG laten notificeren. De Warenwetregeling biedt deze mogelijkheid. Andere producten die momenteel niet worden vergoed maar die aangemeld zouden kunnen worden als DvMG en vervolgens tot een aanspraak kunnen leiden:

- eiwitverrijkte, probiotica² verrijkte producten

² Een voorbeeld van een product dat in de handel is als DvMG is VSM puur Mama darmflorapoeder. Dit product beoogt het risico op de ontwikkeling van (koemelkeiwit)allergie en eczeem bij kinderen te verminderen..

- drankjes met carnitine als spierversterkende, prestatieverhogende en anti-verouderingswerking
- vermageringsproducten (energiebeperkte diëten)
- orthomoleculaire producten.³

Indicaties die momenteel niet leiden tot een aanspraak en als de voorgestelde wijziging wordt doorgevoerd (wellicht) wel zijn:

- een in potentie grote groep betreft patiënten met één van de volgende aandoeningen, waarbij (een risico op) ondervoeding een rol speelt:
 - alle typen kanker die gepaard gaan met (risico op) ondervoeding, met uitzondering van maag-darmkanker en behandelingen die het functioneren van het maag-darmstelsel negatief beïnvloeden (beide laatste groepen vormen nu reeds een indicatie). Te denken valt aan borstkanker, prostaatkanker, longkanker, baarmoederhalskanker, blaaskanker, non-hodgkin, hersentumoren en nierkanker.
 - peri-operatieve patiënten met (risico op) ondervoeding
 - HIV/AIDS-patiënten
- systemische longaandoeningen, anders dan CF en COPD
- patiënten met coeliakie en andere vormen van voedselovergevoeligheid⁴
- CVA
- neurologische aandoeningen
- preventie van koemelkallergie⁵; dit betreft een veel grotere groep dan kinderen bij wie de aandoening is gediagnosticeerd
- dementerenden die onvoldoende voeding binnen krijgen
- decubitus, preventie en in het kader van behandeling
- anorexia nervosa deze worden momenteel niet vergoed maar kunnen ook tot een aanspraak leiden
- psychische stoornissen
- de combinatie ziekte en veroudering, waarbij slikklachten optreden
- groeiachterstand bij kinderen
- hypertensie
- diabetes
- hypercholesterolemie
- nierziekten, waaronder nefrotisch syndroom en chronische nierinsufficiëntie met hemodialyse

Door het gebruik van een gevalideerd meetinstrument voor het meten van (het risico op) ondervoeding kunnen ook patiënten buiten de vergoeding vallen, die nu wel onder de

³ Enkele voorbeelden van orthomoleculaire producten die in Duitsland zijn genotificeerd als dieetvoeding voor medisch gebruik zijn 'Orthomol Vital F Granulat voor de behandeling van vrouwen met chronische vermoeidheid, burn-out e.d.', 'Orthomol Vital M Trinkfl.' voor de behandeling van mannen met chronische vermoeidheid, burn-out e.d., 'Orthomol Immun Pro' voor de behandeling van storingen in de darmflora etc.

⁴ De VWA beschouwt glutenvrije levensmiddelen (en ook natrium-arme producten) niet als producten voor bijzondere voeding en dus ook niet als DvMG omdat deze zich qua samenstelling of bereidingswijze niet duidelijk onderscheiden van gewone levensmiddelen (VWA 2007). In de betreffende notitie wordt gewag gemaakt van een concept-rapport over implementatie van artikel 9 van de Richtlijn 89/398/EEG. Uit dit concept-rapport blijkt dat in veel EU-lidstaten glutenvrije levensmiddelen wel genotificeerd zijn als bijzondere voeding. Hier wordt dus in de EU verschillend over gedacht. Van de zijde van de VWA wordt gesteld dat het mogelijk is dat dit ook gevolgen zal hebben voor Nederland. Kortom, of glutenvrije voeding in Nederland als producten voor bijzondere voeding beschouwd zal worden en vervolgens als DvMG is momenteel nog onduidelijk.

⁵ Zie voetnoot 2.

huidige wettelijke indicaties vallen en dus een vergoeding krijgen. Patiënten met een risico op ondervoeding en/of waarbij geen medische noodzaak bestaat kunnen worden behandeld met aanpassing van de dagelijkse voeding. Bij de nieuwe regeling zullen zij geen drinkvoeding meer vergoed krijgen.

In een aantal gevallen kan een discrepantie ontstaan in situaties waarin nu een wettelijke indicatie voor vergoeding bestaat, bijvoorbeeld bij malabsorptie, en straks niet meer omdat er bijvoorbeeld geen richtlijn voor dat specifieke ziektebeeld is. Genoemd is het voorbeeld van ernstige lactase deficiëntie. Mogelijk kan deze indicatie dan worden ondergebracht bij 'risico op ondervoeding'.

Over het algemeen is de reactie bij de veldpartijen dat bij de nieuwe regeling geen groepen patiënten ten onrechte buiten worden gesloten. Behalve bij de groep kinderen die een risico op ondervoeding hebben. Een van de artsen gaf aan "...zolang er geen gevalideerd meetinstrument is waarmee dit risico kan worden gemeten, zouden er groepen kinderen buiten de aanspraak kunnen vallen. Dit kunnen allerlei groepen patiënten zijn, onder andere kinderen die voor een operatie aan moeten sterken."

4.8 Huidig gebruik en kosten

Wat is het verschil in kosten tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak wat betreft de dieetvoeding (uitgedrukt in prijs product x aantal patiënten x duur van gebruik)?

Om deze vraag te beantwoorden wordt eerst in deze paragraaf de beschikbare informatie gepresenteerd over de huidige kosten. De invloed van de voorgestelde aanspraak komt in de volgende paragraaf aan de orde.

Gegevens over het gebruik en de daarmee samenhangende kosten zijn verkregen uit verschillende bronnen:

- Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het CVZ
- Vektis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars
- De VNFKD, de branche-organisatie van fabrikanten van dieetpreparaten/DvMG
- Een grote zorgverzekeraar
- Eén van de facilitaire bedrijven die dieetpreparaten/DvMG leveren

Een deel van de gegevens is ten behoeve van dit rapport verstrekt onder voorwaarde van anonimiteit. Daarom worden voornamelijk gegevens op een hoog aggregatieniveau vermeld.

De onderzoekers hebben bij geen enkele bron de kwaliteit en volledigheid van de gegevens gecontroleerd.

4.8.1 GIP

De databank van het GIP bevat gegevens over dieetpreparaten die (extramuraal) worden vergoed op grond van de Ziekenfondswet (tot en met 2005) en de Zorgverzekeringswet (vanaf 2006). Deze gegevens worden door een aantal zorgverzekeraars aan het GIP ter beschikking gesteld. Het betreft bij hen gedeclareerde kosten, ongeacht de leverancier (apotheek, facilitaire bedrijf).

Ophoging vindt plaats naar de totale populatie. Zoals vermeld worden de gegevens geleverd door de zorgverzekeraars. Met betrekking tot dieetpreparaten zijn die gegevens in ieder geval tot en met 2005 niet volledig. Dat heeft te maken met de wijze van declareren. Apothekers doen dat al sinds jaren met vermelding van het betreffende taxe

nummer. Facilitaire bedrijven doen dit laatste pas sinds 2006. Daarvoor hanteerden zij een andere manier van factureren. Een en ander leidde er toe dat tot en met 2005 niet bekend is in welke mate de declaraties van de facilitaire bedrijven in de bestanden van de zorgverzekeraars zijn opgenomen. Daardoor ontstaat een onbekende mate van onvolledigheid van deze bestanden en daarmee ook van de GIP-gegevens (onderrapportage). Kortom, het verdient aanbeveling met enige terughoudendheid naar de cijfers uit 2004 en 2005 te kijken. De cijfers uit 2006 zijn zeer waarschijnlijk vollediger, ook al is de mate van volledigheid van de gegevens uit 2006 ook niet bekend.

De totale kosten van dieetpreparaten bedroegen volgens het GIP-bestand (in miljoen euro):

2004:	45,1
2005:	43,5
2006:	43,5
2007 (schatting):	49,1

Volgens de GIP-database ging het in 2006 om 74.000 gebruikers van dieetpreparaten. Voor 2007 is een stijging voorzien tot een kleine 84.000.

In bijlage F wordt een meer gedetailleerd overzicht gegevens van de GIP-gegevens. Daarin wordt ook een schatting gegeven van de kosten per indicatie (vraag 13 uit hoofdstuk 1).

In de onderverdeling van gebruikers naar indicatie komen dubbeltellingen voor (mensen die tegelijkertijd meer dan één indicatie hebben). In 2007 worden 62.200 mensen verwacht met dieetpreparaten vanwege ondervoeding: slik- en passagestoornissen + resorptiestoornissen + COPD. Dezelfde groep vermeerderd met voedselallergie en stofwisselingsstoornis levert in totaal 88.900 mensen op. De ondervoedingsgroep maakt dus 70% uit van de grotere groep.⁶

Als we op dezelfde manier naar de kosten kijken kost de ondervoedingsgroep € 30.449.000 en deze groep vermeerderd met voedselallergie en stofwisselingsstoornis € 46.034.000. De ondervoedingsgroep is dus 66% van de grotere groep. Het relatieve aandeel van de kosten en de gebruikers ligt dus vlak bij elkaar.

4.8.2 *Vektis*

Het centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars Vektis krijgt ook gegevens van de zorgverzekeraars. Bij Vektis worden de cijfers opgehoogd tot het niveau van Nederland totaal. Dit bestand heeft wat betreft dieetpreparaten hetzelfde nadeel als dat van het GIP, namelijk dat de gegevens tot en met 2005 niet volledig zijn en dat de mate van onderrapportage in 2006 ook niet precies bekend is.

De totale kosten van dieetpreparaten volgens dit bestand zijn als volgt (in miljoen euro):

2004:	27,2
2005:	27,8
2006:	33,8
2007 (eerste half jaar):	20,2 miljoen euro

De bedragen wijken fors af van die in het GIP-bestand. Wellicht heeft het verschil te maken met het feit dat de gegevens in beide bestanden afkomstig zijn van een selectie van zorgverzekeraars. De mate van volledigheid van de gegevens, zeker die uit de jaren

⁶ De overige groepen (combinaties en een restgroep) blijven hier buiten beschouwing omdat de verdeling binnen die groepen niet bekend is.

2004 en 2005, kan per zorgverzekeraar variëren. De verschillen in 2007 lijken overigens kleiner te worden.

4.8.3 *VNFKD*

De VNFKD heeft een schatting gemaakt van de kosten van extramuraal gebruikte dieetpreparaten die ten laste komen van de zorgverzekeraars en van het volume hiervan. Het betreft dieetpreparaten die door de ‘gevestigde’ bedrijven worden geleverd (inclusief één bedrijf dat geen lid is van de VNFKD).

De totale kosten van dieetpreparaten bedragen volgens deze opgave (in miljoen euro):

2004:	54,6
2005:	50,6
2006:	47,9
2007 (schatting):	46,0

De bedragen die voor 2007 geschat zijn liggen tussen die uit de twee hiervoor beschreven databestanden in. Opvallend is dat de door de VNFKD opgegeven kosten een dalende trend laten zien, terwijl er bij het GIP en Vektis juist een stijgende lijn is in de geregistreerde kosten. Een logische verklaring hiervoor is de (afnemende) mate van onvolledigheid van de data in het GIP- en Vektisbestand.

Het totale volume van dieetpreparaten bedraagt volgens deze opgave (in 1000 liter en voor volwassenen):

2004:	3453
2005:	3623
2006:	3764
2007 (schatting):	3940

In bijlage F wordt van de kosten en het volume een onderverdeling gegeven

Het volume (bij volwassenen) is gestegen met 14%, terwijl de totale kosten zijn gedaald met 16%. Als belangrijkste reden hiervoor kan de toegenomen concurrentie worden aangemerkt die samenhangt met de zorginkoop door zorgverzekeraars. De laatste jaren geven een verschuiving te zien van levering via de apotheek naar levering door facilitaire bedrijven.

4.8.4 *Grote zorgverzekeraar*

Bij één van de grote zorgverzekeraars is in de eigen databestanden specifiek gezocht naar de kosten van dieetpreparaten. De cijfers zijn geëxtrapoleerd naar Nederland totaal, op grond van het marktaandeel van de betreffende zorgverzekeraar.

De totale kosten van dieetpreparaten bedragen volgens deze opgave in 2006 52.7 miljoen euro.

Bij de extrapolatie doen zich twee onzekerheden voor. Ten eerste is, ondanks het feit dat het een grote zorgverzekeraar betreft, niet zeker dat het verzekerdenbestand volledig representatief is voor de totale Nederlandse bevolking. In de tweede plaats kunnen de aantallen patiënten en dus de kosten beïnvloed zijn door het machtigingsbeleid van de betreffende zorgverzekeraar. En dat beleid was niet voor alle zorgverzekeraars hetzelfde.

Op verzoek van TNO KvL heeft deze zorgverzekeraar de in 2007 gemaakte kosten voor dieetpreparaten berekend. Deze zijn in 2007 met 30% gestegen. Voor Nederland totaal zou dit betekenen een stijging van de kosten tot 68,7 miljoen euro. Bij de betreffende zorgverzekeraar denkt men dat de belangrijkste oorzaak hiervan ligt in de nieuwe landelijke en uniforme machtigingsprocedure die sinds april 2007 wordt toegepast. Deze procedure wordt in het veld positief beoordeeld. De indruk van verschillende partijen is dat in het bijzonder met betrekking tot ondervoeding het nu beter mogelijk is dieetpreparaten te krijgen. Deze indruk wordt van de zijde van de zorgverzekeraars bevestigd. Het lijkt er op dat in de praktijk al een voorschot is genomen op de situatie na wijziging van de aanspraak. Hoewel het de zorgverzekeraars zelf zijn die de nieuwe landelijke machtigingsprocedure hebben ingevoerd, wordt de huidige situatie vanuit hun perspectief niet louter positief beoordeeld. Zo denkt men dat in de praktijk te vaak niet aan het doelmatigheidscriterium wordt voldaan en dus te snel op dieetpreparaten wordt overgestapt, een mening die ook in het veld wordt aangetroffen. Door de nieuwe procedure zijn de feitelijke mogelijkheden voor zorgverzekeraars om invloed uit te oefenen beperkter dan voorheen. Onbekend is of deze stijging al een deel is van de te verwachten stijging bij invoering van de voorgenomen wijziging.

4.8.5 *Facilitair bedrijf*

Van één van de grote facilitaire bedrijven is een opgave van kosten verkregen. Uitgaande van het door het betreffende bedrijf zelf geschatte marktaandeel zijn deze geëxtrapoleerd naar Nederland totaal. Wij weten niet hoe nauwkeurig de schatting van het marktaandeel is.

De totale kosten van dieetpreparaten bedragen volgens deze opgave in 2007 49,8 miljoen euro.

In onderstaande tabel worden de opgegeven, gemaakte kosten in 2006 gepresenteerd, samen met die in 2007 (deels schatting, deels werkelijke kosten)

Tabel 2: Kosten van dieetpreparaten, opgegeven door verschillende organisaties (in miljoen euro)

	2006	2007
GIP	43,5	49,1
Vektis	33,8	40,4
VNFKD	47,9	46,0
Zorgverzekeraar	52,7	68,7
Facilitair bedrijf	-	49,8

Tijdens de gesprekken is ook nagegaan of informatie over de gemiddelde duur beschikbaar is. Conclusie was dat duur een onbruikbare maat is omdat de spreiding zeer groot is. Wel zijn tijdens gesprekken opmerkingen gemaakt over richtlijnen en een daarin eventueel op te nemen behandelduur.

4.9 Verwacht gebruik en kosten

- *Wat is de (omvang van de) potentiële groep patiënten die is geïndiceerd voor dieetvoeding voor medisch gebruik?*
- *Wat is het verschil in kosten tussen de huidige en de voorgestelde aanspraak wat betreft de dieetvoeding (uitgedrukt in prijs product x aantal patiënten x duur van gebruik)?*
- *Wat zijn de kosten per indicatie per patiënt?*

Het toekomstige gebruik van DvMG en daaraan gerelateerde kosten wordt beïnvloed door een aantal factoren waarvan een deel wel en een ander deel niet samenhangt met de voorgestelde wijziging van de aanspraak.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven.

Tabel 3: Factoren die samenhangen met het gebruik en de kosten van DvMG

Factoren	Toelichting	Richting
<i>Relatie met wijziging aanspraak</i>		
Nieuwe toetreders (producenten)	De wijziging kan tot gevolg hebben dat meer fabrikanten met hun producten toetreden tot de markt voor dieetvoeding voor medisch gebruik. Uitgaande van het marktprincipe aanbod schept vraag kan dit leiden tot een stijging van het gebruik van DvMG	stijging
Wijziging terminologie	Het begrip DvMG is ruimer dan het begrip dieetpreparaten in de huidige wettelijke regeling; het kan ook dieetproducten en voedingssupplementen gaan bevatten.	stijging
Verbreiding indicatiegebied	Door de behandeling van patiënten die nu buiten de wettelijke indicaties vallen, maar bij de nieuwe aanspraak wel een behandeling met dieetvoeding krijgen, zal het gebruik toenemen.	stijging
Richtlijnen en protocollen als instrument voor toekenning van DvMG	Richtlijnen en protocollen kunnen een doelmatig gebruik van dieetvoeding bevorderen, waardoor ondoelmatig voorschrijven afneemt Het gebruik van richtlijnen kan tot gevolg hebben dat bij ziektes waarvoor geen richtlijn bestaat ten onrechte geen DvMG wordt voorgeschreven.	daling of stijging daling

Tabel 3: Vervolg

Stuurmogelijkheden zorgverzekeraars	De zorgverzekeraar heeft bij de nieuwe aanspraak minder mogelijkheden om te toetsen of een aanvraag voor DvMG rechtmatig en doelmatig is.	stijging
<i>Geen relatie met wijziging aanspraak</i>		
Nieuwe landelijke, uniforme machtigingsprocedure sinds april 2007	Door verschillende partijen in de zorg wordt aangegeven dat deze een verbetering is en dat het daardoor relatief minder moeilijk is geworden dieetpreparaten vergoed te krijgen	stijging
Demografische ontwikkelingen	Geleidelijke toename van het aantal chronisch zieken, mede door de dubbele vergrijzing.	stijging
Medisch-technologische ontwikkelingen	Door betere diagnose- en behandelingsmethoden neemt het aantal ziektegevallen af of juist toe, afhankelijk van de soort aandoening ⁷	daling of stijging
Productontwikkeling	Er zullen productinnovaties plaatsvinden. Voor een deel zullen nieuwe producten bestaande producten vervangen.	neutraal of stijging
Maatschappelijke ontwikkelingen	Maatschappelijk gezien wordt in toenemende mate aandacht gevraagd voor het probleem van ondervoeding.	stijging
Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	Door een kortere opnameduur zullen mensen eerder naar huis gaan en daar verder herstellen (incl gebruik van DvMG).	stijging
	Door de invoering van de prestatie-indicator ondervoeding zullen zorgverleners alerter zijn op de screening en behandeling van ondervoeding.	stijging
Beter dieetadvies	Niet langer slechts één pakje per dag drinkvoeding geven (dat heeft geen zin).	daling

Van de meeste van deze factoren valt niet aan te geven in welke mate zij het gebruik en de kosten van DvMG zullen beïnvloeden omdat daarover geen enkele informatie bestaat. Over de invloed van de nieuwe landelijke machtigingsprocedure is in paragraaf 4.7 een indicatie gegeven (gegevens van een grote zorgverzekeraar). Of deze stijging ook te zien zal zijn in andere gegevensbestanden valt nu nog niet te zeggen.

4.9.1 Koemelkallergie

De omvang van de indicatie koemelkallergie zal in de voorgestelde wijziging niet veranderen. Momenteel wordt de diagnose vaak onterecht gesteld en wordt in de praktijk dus ook onterecht aanspraak gedaan op vergoeding. Voor koemelkallergie, en

⁷ Bij een betere diagnostiek van koemelkallergie is een daling te verwachten van het gebruik van dieetvoeding. Op dit moment wordt de diagnose in een aantal gevallen onterecht gesteld (Gezondheidsraadrapport voedselallergie, 2007)

de juiste wijze van diagnosticeren, ontstaat meer belangstelling, getuige onder andere een recent rapport van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraadrapport voedselallergie, 2007). De E/P test wordt nu om praktische redenen vaak niet uitgevoerd. Als de diagnostiek in de komende jaren verbetert zal dat leiden tot een afname van het gebruik van DvMG in deze groep. Overigens wordt van de kant van de zorgverzekeraars naar voren gebracht dat juist met betrekking tot deze aandoening lang niet altijd aan het doelmatigheidsvereiste wordt voldaan, een mening die ook uit andere hoek is vernomen. Het is moeilijk aan te geven in welke mate het gebruik van DvMG in deze categorie omlaag kan en met welke snelheid. Een nieuwe ontwikkeling betreft de preventie van koemelkallergie (zie ook paragraaf 4.7). Dit zal leiden tot een stijging van het gebruik en de kosten van dieetvoeding.

De enige factoren in de tabel waar in relatie tot de wijziging van de voorgestelde regeling wel iets over valt te zeggen in kwantitatieve zin is de verbreding van de indicaties. Daarnaast is er informatie over de algemene factor demografische ontwikkeling.

4.9.2 *Verbreiding indicatiegebieden*

Belangrijk is of het begrip DvMG in relatie tot aanspraak op vergoeding op basis van de Zvw nader kan worden omschreven dan wel dat er uit een nieuwe lijst van te vergoeden dieetvoeding of een nadere invulling van richtlijnen duidelijk blijkt wat wel en wat niet vergoed gaat worden in de toekomst. Gebeurt dat niet, dan zal er aanspraak ontstaan op producten die momenteel (nog) niet als DvMG wordt beschouwd binnen de reguliere gezondheidszorg. In Duitsland zijn reeds alternatieve producten als orthomoleculaire preparaten aangemerkt als DvMG. Wanneer dat in Nederland ook gaat gebeuren en een (subgroep van) medici of diëtisten ontwikkelt een eigen richtlijn, ontstaat er snel een wettelijke aanspraak. Het is momenteel onmogelijk in te schatten om welke aantallen en kosten het hierbij zou gaan. Het lijkt niet gewaagd ervan uit te gaan dat deze aanzienlijk zullen zijn.

Over toekomstige indicaties valt momenteel ook weinig tot niets te zeggen. Er wordt onderzoek gedaan naar DvMG bij beginnende dementie. In dit verband kan ook ADHD genoemd worden. Het is niet bekend wat de uitkomsten daarvan zullen zijn in termen van het aanbevelen van DvMG in (nog op te stellen) richtlijnen.

Een belangrijke mogelijke verbreding betreft dieetproducten die worden gebruikt bij ernstige aandoeningen, zoals coeliakie en andere vormen van voedselovergevoeligheid, of nierziekten. Een dieet is hier medisch noodzakelijk. Indien fabrikanten deze producten aanmelden als DvMG ontstaat wellicht/misschien een aanspraak (zie voetnoot 4 in paragraaf 4.7). Onderstaand wordt nader ingegaan op het voorbeeld van coeliakie. Er zijn in Nederland naar schatting 75.000 coeliakie-patiënten (www.kiesbeter.nl). Hiervan is echter maar een klein deel gediagnosticeerd, ca 11.000 patiënten. De meerkosten van een glutenvrij dieet zijn aanzienlijk, mede afhankelijk van de vraag of het dieet ook lactosebeperkt moet zijn en ook afhankelijk van de leeftijd (<http://www.glutenvrij.nl/finance.htm>). In 2007 bestond er een fiscale aftrek van 1274 euro voor het glutenvrij dieet. Als we dit bedrag betrekken op het aantal bekende patiënten gaat het om een bedrag van ongeveer 14 miljoen euro per jaar.

Een andere belangrijke groep betreft patiënten met ondervoeding die momenteel niet voldoen aan de wettelijke criteria. Onderstaande tekst heeft deels wel betrekking op de verruiming van het indicatiegebied die het gevolg is van de voorgestelde wijziging,

maar deels ook niet. Ook bij voortzetting van de huidige regeling van de aanspraak valt er naar verwachting als gevolg van de toegenomen belangstelling voor het thema ondervoeding een toename van het gebruik van DvMG te verwachten.

Het is niet duidelijk om hoeveel extramurale patiënten het precies gaat. Dat blijkt niet uit de LPZ-gegevens (Halfens, 2007). Van de zijde van de VNFKD is, mede op grond van de LPZ-cijfers, een schatting gemaakt van aantallen in de extramurale setting.

Die levert de volgende aantallen op:

- Totale aantal gevallen van ondervoeding
in extramurale situatie: 350.000 personen
- Geen behandeling 193.000
- Aanpassing normale voeding 42.100
- Dieetpreparaten 116.000

Uitgaande van deze cijfers zijn er bijna 200.000 mensen met ondervoeding in de extramurale setting. Wij hebben geprobeerd de hiervoor vermelde cijfers te reproduceren, maar bij gebrek aan betrouwbare informatie is dat maar ten dele gelukt.

Het CBS voert periodiek gezondheidsenquêtes uit waarin ook de BMI wordt meegenomen. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat er sprake is van aan ziekte gerelateerde ondervoeding wanneer er bij ziekte een onbedoeld gewichtsverlies optreedt van meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste maand. Verder is ook sprake van ondervoeding bij een Body Mass Index (BMI) van kleiner dan 18,5 (ondergewicht). In Nederland is er bij 1,6% van de niet-geïstitutionaliseerde volwassen bevolking van 20 jaar en ouder sprake van BMI kleiner dan 18,5 (CBS, 2008). Dit betekent dat er in Nederland 200.000 zelfstandig wonende volwassenen met ondergewicht voorkomen, die dus een hoge kans hebben ondervoed te zijn.

De prevalentie van ondervoeding in zorginstellingen is hoger dan in de algemene bevolking en is geschat op ca 20% (Halfens, 2007).

In 2005 maakten 433.000 mensen gebruik van de diensten van de thuiszorg. Als we, bij gebrek aan andere informatie, het genoemde percentage van 20% toepassen op de groep mensen met thuiszorg, levert dat een aantal op van ca. 87.000 mensen met thuiszorg die ondervoed zijn. Hiervan wordt een deel behandeld; 19% krijgt een energie (eiwit)-verrijkt dieet, 21% orale bijvoeding en 4% sondevoeding (Halfens, 2007). In absolute aantallen gaat het dan om 16.500 respectievelijk 18.000 mensen respectievelijk 3.500 mensen. In totaal zijn dit 38.000 mensen. Enige voorzichtigheid is geboden omdat mensen meer dan een soort dieetvoeding kunnen krijgen. Resteren een aantal van niet behandelde mensen met ondervoeding in de orde van grootte van 50.000 mensen. Dit aantal is hoogstwaarschijnlijk een onderschatting, omdat er ook extramuraal verblijvende mensen met ondervoeding zijn die geen thuiszorg krijgen.

De precieze prevalentie van (risico op) ondervoeding in de extramurale zorg is dus niet bekend. Zeker lijkt het echter dat het om een grote groep gaat. Ook als we aannemen dat deze patiënten relatief meer dan opgenomen patiënten toe kunnen met een aanpassing van de normale voeding, blijft er een zeer aanzienlijke groep patiënten over die aangewezen is op DvMG. Waarschijnlijk gaat het om vele tienduizenden tot (aanzienlijk) meer dan 100.000 patiënten.

De vraag is welk deel van deze groep de komende jaren DvMG zal krijgen, met andere woorden welke de snelheid van bereik van deze doelgroep zal zijn. De toegenomen belangstelling voor ondervoeding is tot nu toe vooral te zien in de ziekenhuizen.

Verwacht mag worden dat ook in de eerste lijn er meer belangstelling komt, maar dat

dit geleidelijk zal gaan. Dat heeft niet alleen te maken met de – nog geringe - belangstelling van huisartsen, die (risico op) ondervoeding moeten signaleren, maar ook met het feit dat de mogelijkheden van diëtisten in de eerste lijn lang niet voldoende (systematisch) worden benut. En dat zal wel moeten gebeuren, want zij zijn beter toegerust voor praktische werkzaamheden als het toepassen van meetinstrumenten en het geven van gericht voedingsadvies aan patiënten dan huisartsen.

Het noemen van aantallen en percentages is zuiver speculatief. Stel dat de doelgroep 100.000 personen telt en dat na een periode van enkele jaren 25% van deze groep DvMG krijgt, dan betekent dat 25.000 personen meer dan nu. Volgens de GIP-databank worden in 2007 ca 85.000 gebruikers verwacht. Ook als dit een onderrapportage is en het werkelijke aantal richting de 100.000 gaat, betekent 25.000 personen een forse toename van ca. een kwart. Als dit ook een kwart meer kosten zou inhouden, en op grond van de in paragraaf 4.8.1. gepresenteerde cijfers uit het GIP-bestand kan daarvan worden uitgegaan, gaat het om een bedrag van meer dan 12 miljoen euro per jaar. Gezien het voorgaande kan niet genoeg worden benadrukt dat dit getal met grote voorzichtigheid gehanteerd dient te worden.

Zoals reeds vermeld is deze stijging slechts gedeeltelijk het gevolg van introductie van de voorgestelde wijziging van de aanspraak. Welk deel op het conto van de voorgestelde wijziging komt valt niet te zeggen; informatie daarover ontbreekt.

In paragraaf 4.7 wordt een aantal indicaties genoemd waarbij in de toekomst een aanspraak op vergoeding van DvMG kan ontstaan. Het betreft een heterogene groep aandoeningen. Van een aantal van deze aandoeningen bestaan wel prevalentiegegevens. In het kader van dit onderzoek was het niet mogelijk nader inzicht te krijgen in het deel van de betreffende populaties dat behandeld wordt met dieet(maatregelen). Evenals bij glutenvrij dieet kan men fiscale aftrek krijgen (<http://www.voedselallergie.nl/aftrek-dieetkosten-2006-amp-2007>). Aandoeningen als hypertensie, diabetes en hypercholesterolemie hebben een hoge prevalentie. Het lijkt evident dat het in potentie gaat om een zeer aanzienlijke groep patiënten met DvMG die momenteel niet wordt vergoed.

4.9.3 *Demografische ontwikkelingen*

Het aantal ouderen zal de komende decennia sterk blijven toenemen, vanaf ongeveer 2010 zelfs in versnelde mate. Het aantal 65-plussers zal toenemen van 2,4 miljoen in 2007 tot 3,9 miljoen in 2050. In 2050 is naar schatting 24% van de bevolking 65-plusser ten opzichte van 14% in 2007. Van de 65-plussers zal in 2050 38% 80 jaar en ouder zijn, terwijl dit in 2007 25% was. Daarmee neemt ook de zogeheten dubbele vergrijzing toe. Mede als gevolg van de vergrijzing van de bevolking zal ook het aantal mensen met een chronische ziekte de komende 20 jaar flink toenemen met naar schatting 25-55%, hetgeen een stijging van 1,25%-2,75% per jaar inhoudt.

Aannemende dat de toename in ziektegerelateerde ondervoeding gelijke tred houdt met de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, neemt het aantal mensen met ondervoeding jaarlijks toe met gemiddeld zo'n 2%. Over een periode van 20 jaar houdt de vergrijzing dus een forse stijging in; op jaarbasis is de toename vrij gering maar bedraagt, als we uitgaan van een huidig totaal bedrag in de orde van grootte van € 50 miljoen ca. € 1 miljoen per jaar.⁸

⁸ Dit gaat uit van het huidige vermelde bedrag. Als het totale bedrag gaat stijgen dan zal ook het bedrag van de demografische ontwikkelingen toenemen.

4.10 Uitvoerbaarheid voorgestelde regeling

- *Wat is de uitvoerbaarheid van de voorgestelde aanspraak voor de dagelijkse (zorg)praktijk?*
- *Wat is de invloed en wat zijn de gevolgen van de bestaande richtlijnen en protocollen op de voorgestelde aanspraakwijziging?*

Voor het aspect van de uitvoerbaarheid zijn in het bijzonder twee vragen van belang. Ten eerste welke consequenties de voorgestelde regeling heeft voor de eerste lijn en ten tweede op welke wijze de zorgverzekeraars de voorgestelde regeling kunnen uitvoeren.

4.10.1 Eerstelijns

Ondervoeding leeft momenteel nog niet erg in de eerstelijns (huisartsen). De komende tijd is een proces van bewustwording nodig. Daarna kunnen daadwerkelijk activiteiten worden ontplooid (signalering/case finding/screening en aansluitend behandeling). De vraag is hoe dit proces zich zal gaan voltrekken. Met name is de vraag aan de orde of en hoe het meetinstrument toegepast gaat worden.

Wellicht zullen huisartsen dat aan anderen willen overlaten (praktijkondersteuning, diëtisten). Momenteel wordt er te weinig (systematisch) gebruik gemaakt van de mogelijkheden van diëtisten in de eerstelijns.

4.10.2 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben als uitvoerders van de Zvw (inclusief de regeling zorgverzekering) behoefte aan duidelijke wettelijke normen. De voorgestelde regeling biedt deze niet voldoende. In de eerste plaats is het onduidelijk welke DvMG in de toekomst vergoed dient te worden op grond van de Zvw. In het verleden was dat wel duidelijk en werkbaar; toen stelde het CVZ jaarlijks een lijst op van te vergoeden preparaten. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan duidelijkheid op dit punt.

Het begrip DvMG is zo ruim het aantal producten, bestaand en te ontwikkelen, dat daaronder valt sterk kan toenemen. Dat hangt af, en dat is een tweede punt, van het bestaan van richtlijnen/protocollen en het aanwezig zijn van medische noodzaak.

Richtlijnen/protocollen kunnen, als daar geen nadere eisen aan worden gesteld, voor verwarring zorgen (zie paragraaf 4.2). Het al dan niet aanwezig zijn van een medische noodzaak is iets dat door zorgverzekeraars moeilijk valt te toetsen.

Daarbij komt nog dat in de huidige situatie het moeilijk is het doelmatigheidsvereiste te toetsen. Door de ruimere formulering van de indicaties zal dat in de toekomst zeker niet gemakkelijker worden.

4.11 Overige punten

Tijdens de gesprekken zijn opmerkingen gemaakt die niet of niet goed bij de onderzoeksvragen pasten, maar die niet onbelangrijk zijn.

In de eerste plaats de tevredenheid van patiënten. In het verleden, toen zorgverzekeraars ieder hun eigen (machtigings)beleid voerden, is een aantal bezwaarprocedures bij zorgverzekeraars gevoerd. Dat aantal ligt momenteel veel lager. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat mensen nu minder klachten hebben. Van de zijde van de patiënten werd opgemerkt dat het in het nieuwe stelsel moeilijker is geworden een inhoudelijke beoordeling te laten verrichten. Voorheen moesten zorgverzekeraars een afwijzing motiveren en dat meedelen aan de betreffende verzekerde. In het nieuwe stelsel waarin zorgverzekeraars private organisaties zijn hebben zorgverzekeraars niet

meer die plicht en moeten verzekeren voor een inhoudelijke beoordeling een civiele procedure starten. Deze heeft een veel hogere drempel dan de bestuursrechtelijke procedure in het kader van de oude Ziekenfondswet.

Een ander punt betreft de 'toedieningsvorm' van DvMG. Er is voor gepleit om bij de inkoop niet alleen naar de prijs kijken maar ook naar bijvoorbeeld de smaak. Het laatste is niet louter een kostenzaak, maar raakt ook de therapietrouw. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld een reep in plaats van drinkvoeding bij pubers met metabole stoornissen.

Een belangrijk onderscheid is dat tussen DvMG die medisch noodzakelijk is en die welke dat niet is. Het is mogelijk dat (ook) de laatste categorie toe gaat nemen als gevolg van de voorgestelde regeling. De opdrachtgever heeft niet gevraagd dat onderscheid aan te brengen. In de praktijk kan dat ook in een aantal gevallen moeilijk zijn. Dat neemt niet weg dat dit punt belangrijk is. Gegarandeerd zou moeten worden dat patiënten die DvMG om medische redenen echt nodig hebben, het ook vergoed krijgen.

Tenslotte een punt dat in paragraaf 2.5 over de afbakening van het onderzoek al genoemd werd. Er is bij de kosten alleen gekeken naar directe kosten en niet naar opbrengsten, in geld of in gezondheid of kwaliteit van leven. Dat laatste is in de zorg wel gebruikelijk geworden. Nieuwe interventies worden beoordeeld in termen van (1) effectiviteit en (2) kosten in relatie tot effectiviteit of utiliteit.

Kosteneffectiviteitsstudies (k-e studies) worden in de hele zorg uitgevoerd, vooral met betrekking tot geneesmiddelen. In de hulpmiddelenbranche is het vaak moeilijk of soms zelfs onmogelijk om k-e studies te doen, om redenen van methodologie (placebogecontroleerd is meestal onmogelijk), de producten zelf (het betreft geen nieuwe stof maar doorontwikkeling van op zich al bestaande producten) en patentrecht (van Boxsel 2007). Hetzelfde lijkt te gelden voor DvMG. Dat neemt niet weg dat het wenselijk is meer informatie beschikbaar te krijgen over effecten en baten van DvMG.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

- 1 Vanuit gezondheidsperspectief bevat de voorgestelde regeling positieve elementen; het belangrijke probleem van ziektegerelateerde ondervoeding kan daardoor beter worden aangepakt.
- 2 Daar staat tegenover dat op grond van de voorgestelde regeling ook dieetproducten ten laste van de Zorgverzekeringswet kunnen komen die voor de gezondheid geen meerwaarde hebben of die wel meerwaarde hebben maar in feite gewone dagelijkse voedingsmiddelen zijn.
- 3 De omvang van de huidige kosten van dieetpreparaten is niet precies bekend, maar we schatten dat deze in 2006 in de buurt van € 50 miljoen lagen.
- 4 Invoering van de voorgestelde regeling houdt in dat de kosten van DvMG aanzienlijk kunnen gaan stijgen. De vergrijzing van de bevolking betekent een toename van € 1 miljoen per jaar. Met betrekking tot glutenvrije voeding wordt in dit rapport, uitgaande van de huidige bekende aantallen patiënten, een bedrag genoemd van maximaal € 14 miljoen per jaar. Het is echter onduidelijk of glutenvrije voeding als DvMG gezien zal worden.
Wat betreft ondervoeding wordt een stijging genoemd van € 12 miljoen op jaarbasis, waarbij de kanttekening wordt gemaakt dat niet exact bekend is hoe groot het aantal ondervoede patiënten is en hoeveel van hen binnen een bepaalde termijn bereikt en behandeld kunnen worden. Deze stijging heeft deels te maken met de voorgestelde wijziging, deels niet.
Indien er geen beperking wordt gesteld aan bijvoorbeeld alternatieve producten, zullen ook in die hoek de kosten gaan oplopen. Hetzelfde geldt voor een dieet bij een grote variëteit aan aandoeningen, waaronder diabetes en hypertensie.
- 5 Bij verschillende partijen in het veld bestaat behoefte aan inzicht in welke producten DvMG bij de Voedsel & Waren Autoriteit zijn aangemeld, welke producten op de markt zijn en kunnen worden voorgeschreven. Momenteel bestaat er geen openbaar bestand van DvMG. Daarnaast is de behoefte uitgesproken aan duidelijkheid over welke DvMG wel en welke niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 6 De stuurmogelijkheden, in de sfeer van het stellen van nadere toegangsvoorwaarden, voor de uitvoerders van de Zvw, de zorgverzekeraars, worden in de nieuwe regeling beperkt.
- 7 Toetsing door de VWA, anders dan de eisen die aan het etiket worden gesteld, of dieetpreparaten voldoen aan de criteria van de Warenwet voor aanmelding van dieetvoeding voor medisch gebruik blijft in de praktijk feitelijk achterwege.
- 8 Aanbevelingen in richtlijnen over DvMG zijn doorgaans niet specifiek, en kunnen dat vaak ook niet zijn omdat er geen één-op-één-relatie bestaat tussen aandoeningen en indicaties enerzijds en (het type product van) DvMG anderzijds. Daarmee is het

de vraag of het mogelijk is wettelijke aanspraken te baseren op professionele richtlijnen.

5.2 Aanbevelingen

1. Maak voor alle partijen, en voor de zorgverzekeraars als uitvoerders van de Zvw en daarbij horende regelingen in het bijzonder, duidelijk welke (bestaande en toekomstige) producten van DvMG vergoed worden op grond van de Zvw en welke niet. Dat kan bijvoorbeeld door middel van een limitatieve lijst.
2. Kijk bij de verdere beleidsontwikkeling op dit gebied behalve naar de kosten, zoals dat in de zorg steeds meer gebruikelijk wordt, vooral ook naar de relatie tussen kosten (inclusief eventuele besparingen) en effecten.
3. Als in een wettelijke regeling professionele richtlijnen een prominente plaats krijgen, dienen daaraan eisen gesteld te worden qua onafhankelijkheid, transparantie, evidence, draagvlak, implementatie, bijstellingsprocedure en met betrekking tot DvMG ook het opnemen van aanbevelingen over DvMG zodanig dat artsen en diëtisten daar concrete keuzemogelijkheden aan kunnen ontleen.

6 Geraadpleegde bronnen

Boxsel JAM van, Davidse W, Perenboom RJM. Maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen. Nefemed, 2007

Chorus AMJ, Reeuwijk-Werkhorst J van. Omvang en determinanten van ondervoeding en bewegingsarmoede bij risicogroepen, Stand van zaken onderzoek, Leiden: TNO-rapport PG\B&G 2003.159, 2003.

Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2008, redactie Genuchten S van, Heijden G van der. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

CVZ rapport. Wijziging aanspraak op dieetvoeding, Amstelveen, 31 mei 2001

Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition? Clin Nutr 2005 Dec;24(6):867-84.

Gezondheidsraadrapport Voedselallergie, Den Haag, 21 maart 2007.

Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. ASPEN, J Parenter Enteral Nutr 2002 Jan;26(1 Suppl):1SA-138SA.

Halfens, RJG et al. LPZ, Rapportage Resultaten 2007. Universiteit Maastricht, november 2007.

Kondrup J, Johansen N, Plum LM, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002 Dec;21(6):461-8.

Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr 2003;22:321-36.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003 Aug;22(4):415-21.

Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HC, Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). Clin Nutr 2005, Feb;24(1):75-82.

Reeuwijk-Werkhorst J. van. Enterale en parenterale voeding thuis. Knelpunten in de transmurale zorg. Ned Tijdschr Diëtisten 2001;56(10): 207-213.

Reeuwijk-Werkhorst J van, ABWM Quak Thuisbehandeling met sondevoeding en parenterale voeding. In: Informatorium voor Voeding & Diëtetiek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, Dieetleer VI b-1 t/m VI b-11, 2003.

Reeuwijk-Werkhorst J van, Quak ABWM, Vos HEF. Richtlijnen voor thuisbehandeling met sondevoeding en parenterale voeding. Eisen aan organisatie, zorgproces en

hulpmiddelen. Stichting RET/LUMC, TNO Preventie en Gezondheid, IBMG-EUR, KITZ. Februari 2003.

Reeuwijk-Werkhorst J van, Verlaan ML. Sondevoeding en parenterale voeding in de thuissituatie. Ned Tijdschr Diëtisten 2006;61(2):45-7.

Stuurgroep 'Wie Beter eet, wordt Sneller Beter', schriftelijke informatie en website www.snellerbeter.nl/ondervoeding.

Voedingskompas van Sorgente (www.sorgente.nl).

Voedsel en Waren Autoriteit. Beleid VWA t.a.v. PARNUTS, 28 augustus 2007

www.cbo.nl/product/richtlijnen

A Sociale-technische kaart Dieetvoeding voor medisch gebruik

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
Patiënten	Stichting Patiëntenbelang Vergoeding Dieetpreparaten (SPVD)	Belangenbehartiging voor patiënten die hun dieetpreparaten niet of moeizaam vergoed krijgen	N. Kien, advocate/adviseur A. Evertse, bestuurslid en huisarts in Oud-Beijerland	Zijn goed op de hoogte van de knelpunten bij verstreking van dieetvoeding
	Nee-eten!	Lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging	A. Ton	Vereniging voor Ouders van Kinderen met Chronische Voedselweigering en Sondevoeding
	Maag Lever Darm Stichting	Fondsenwerver, kennisbron, facilitator van wetenschappelijk onderzoek, voorlichting en zorg		
	Chronisch zieken en gehandicapten Raad (CG-raad)	Collectieve belangenbehartiging en ondersteunen van lidorganisaties.	P. Vreeswijk	Informeren over dit onderzoek, creëren draagvlak, ook te benaderen i.v.m. omvang groep gehandicapten met dieetvoeding
	Categoriale patiëntenverenigingen van diverse aandoeningen (o.a. crohn & colitis ulcerosa vereniging)	Lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging		In het 'Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2008' staat een uitgebreid overzicht van patiëntenverenigingen en organisaties
Voorschrijvers en Zorgverleners				
Diëtisten	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)	Beroeps- en belangenvereniging van diëtisten	N. Bakker, beleidsadviseur	<ul style="list-style-type: none"> - Werkgroep Diëtisten Ondervoeding Nederland (DON) - Commissie dieetkostenvergoeding

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
Artsen	<p>Medisch specialisten, vertegenwoordigd door de Orde van Medisch Specialisten en verschillende wetenschappelijke verenigingen, zoals NVK, Nederlands Genootschap van Maag-, Darm- en Leverartsen, NVALT, Ned Ver voor Klinische Geriatrie Huisartsen, vertegenwoordigd door de NHG, LHV</p>	<p>Collectieve belangenbehartiging, Individuele dienstverlening, professionele kwaliteit, bevorderen van de wetenschappelijk onderbouwde beroepsuitoefening.</p>		NHG-Standaarden: wat staat hierin over ondervoeding en verwijzing naar een diëtist.
Verpleegkundigen	<p>Jeugdartsen, vertegenwoordigd door AJN V&VN Vereniging van MDL-verpleegkundigen</p>	<p>Beroeps- en belangenvereniging van artsen in de jeugdgezondheidszorg Beroeps- en belangenvereniging van verpleegkundigen Beroeps- en belangenvereniging van MDL-verpleegkundigen</p>	E. van der Heijden, projectcoördinator	Bevat onder andere een afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen
Multidisciplinaire verbanden	Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt sneller beter' en kenniscentrum ondervoeding	Bevorderen van aandacht voor en preventie en behandeling van ondervoeding bij ziekte	E. van der Heijden, projectcoördinator	Project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen'

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
	NESPEN	het bevorderen van kennis en de toepassing van deze kennis betreffende klinische voeding en metabole ziekten	C. Jonkers	Zelfstandig werkende sectie van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE)
	Home Artificial Nutrition Group (HAN) werkgroep van ESPEN (internationaal)	Uitvoeren van wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek op het terrein van enterale voeding thuis, richtlijnontwikkeling, educatie		Dit is een <i>Special Interest Group</i> van ESPEN (Europese Vereniging voor enterale en parenterale voeding)
Fabrikanten	VNFKD	De VNFKD behartigt de gemeenschappelijke belangen van de bij haar aangesloten fabrikanten van kinder- en dieetvoedingsmiddelen	M. Mellema	Hebben een werkgroep medische voeding
	Nutricia	Producent van dieetvoeding	P. Timmerman R. Hoozemans	
	Abbott	Producent van dieetvoeding	E. van Leeuwen	
	Fresenius Kabi	Producent van dieetvoeding		
	Nestlé HealthCare Nutrition	Producent van dieetvoeding	A. Ruizendaal M. Koenders	
	Hero	Producent van dieetvoeding		
	Mead Johnson	Producent van dieetvoeding		
	Overige firma's die dieetvoeding voor medisch gebruik produceren	Producent van dieetvoeding		

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
	NPN, Natuur- & gezondheidsProducten Nederland	Branchevereniging voor producenten, groothandelaren, importeur en distributeurs van gezondheidsproducten, zoals voedingssupplementen, vitamine- en kruidenpreparaten e.d.		
Leveranciers	FHI	Branchevertegenwoordiger voor facilitaire bedrijven		
	KNMP	Branchevertegenwoordiger voor apotheken		
<i>Facilitaire bedrijven</i>	Sorgente	Leveren van dieetvoeding	M. Klepke M. van der Looij	Is samensteller van een actuele lijst met producten: het voedingskompas Is het enige facilitair bedrijf dat uitsluitend voeding levert.
	Tefa-Portanje	Leveren van dieetvoeding	F. van der Vuurst	
	FarmaDomo	Leveren van dieetvoeding		
	Provema	Leveren van dieetvoeding		
	Medizorg	Leveren van dieetvoeding		
	Huisman	Leveren van dieetvoeding		
<i>Apotheken</i>	Individuele apotheken en ketenapotheken	Leveren van dieetvoeding		

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Branchevertegenwoordiging voor zorgverzekeraars	A. Prenger	
	VGZ, CZ, OZ	Financier van zorg, zorginkoop	R. Leenders, adviserend geneeskundige, lid Farmaceutische adviesgroep (FAG) van CVZ A. Pisters, medisch adviseur CZ M. Heider	
	Agis	Financier van zorg, zorginkoop	H. Eleveld	
	Menzis	Financier van zorg, zorginkoop		
Beleidsmakers	Overige zorgverzekeraars	Financier van zorg, zorginkoop		
	Ministerie VWS	Wetgevend, Beleidsvoorbereiding en uitvoering op het terrein van de gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en sport	M. Stoutmeijer	opdrachtgever voor dit onderzoek
	CVZ	Pakketbeheerder zorgverzekering	J. van Eijkel	
	NZa	Toezichthouder op alle zorgmarkten, waaronder de verzekeringsmarkt		Komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ)
	Centraal Beoordelingsorgaan Geneesmiddelen (CBG)	Beoordeelt de veiligheid van geneesmiddelen, maar ook van nieuwe voedingsmiddelen en voedselingsrediënten	E. van Galen	

Actoren	Organisaties	Functie(s)	Contactpersonen	Opmerkingen
Onderzoekers en Ontwikkelaars	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)	Voert jaarlijkse prevalentiemeting naar zorgproblemen uit	Onderzoeksassistenten: S. Wansink S. Rijken, lpz@zw.unimaas.nl	Geeft inzicht in het voorkomen, de preventie en de behandeling van specifieke zorgproblemen
	LASA studie, groot aantal mensen (via VU Medisch Centrum)	Onderzoek, nl. Longitudinal Aging Study Amsterdam	L. de Groot (Universiteit Wageningen), M. Visser (VU)	Bevat informatie over voedingsfactoren.
	CBO	Richtlijnontwikkeling		o.a. concept-richtlijn peri-operatieve voeding
	RIVM	Kennisontwikkeling		Werken met VWA aan beslissingsondersteunend instrument voor de beoordeling van DvMG
Toezichthouders	Voedsel & Waren Autoriteit	Risicobeoordeling en – onderzoek, Toezicht op en het naleven van wet- en regelgeving, Risicocommunicatie	Y. Huigen	

B Vragenlijst

Algemene vragen aan actoren

Huidig gebruik

- 1 Welke meetinstrumenten, indicatoren, richtlijnen en protocollen worden gebruikt bij de behandeling van (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding?
- 2 In welke richtlijnen is (risico op) ondervoeding of het gebruik van ziektespecifieke voeding opgenomen?
- 3 In welke mate wordt volgens u ondervoeding niet onderkend?
- 4 Werken zorgverzekeraars nog met een lijst met te verzekeren dieetvoeding?
- 5 Hoe vaak komt het nu voor dat een zorgverzekeraar dieetvoeding voor medisch gebruik niet wil vergoeden?
- 6 Bij welke indicaties is dat het geval?
- 7 En om welke producten gaat het daarbij?
- 8 Verschillen de vergoedingsvoorwaarden tussen zorgverzekeraars?
- 9 Is de situatie veranderd, c.q. verbeterd sinds april 2007 (nieuwe machtigingsprocedure)?

Toekomstig gebruik

- 1 Wat ziet u als voor- en nadelen van deze voorgestelde regeling?
- 2 Wat schat u de uitvoerbaarheid in van de voorgestelde regeling voor uw dagelijkse praktijk?
 - 2.1 Hoe denkt u dat het werken met een meetinstrument voor (risico op) ondervoeding in de praktijk zal gaan? Hoe snel zal één en ander doordringen in de praktijk?
 - 2.2 Hoe kijkt u aan tegen het gebruik van richtlijnen en protocollen als instrument bij het toekennen van dieetvoeding?
- 3 Wat is het effect van de voorgestelde regeling op het toekomstig gebruik, in de groep (risico op) ondervoeding?
- 4 Hoe schat u het percentage toename van gebruik in voor de tweede groep (medische noodzaak tot inname specifieke samenstelling van nutriënten)?
- 5 Zullen er met deze wijziging nog groepen patiënten buiten de vergoeding vallen?
- 6 Hoe schat u in dat de fabrikanten van dieetvoeding zullen reageren op de voorgestelde wijziging?

Specifieke vragen per actor

Huisarts

- 1 Wat is momenteel de rol van huisartsen bij dieetvoeding voor medisch gebruik?
- 2 Welke aandacht krijgt het thema ondervoeding in de huisartsenzorg? Is dat veranderd in de afgelopen jaren? Denk bijv. aan nascholing e.d.
- 3 Is het in de eerste lijn altijd de huisarts die ondervoeding moet signaleren?
- 4 Relatie met diëtisten?
- 5 Aandacht huisartsen voor andere producten dan m.b.t. ondervoeding (metabole aandoeningen, koemelkallergie e.d.)?
- 6 Verschil in werkwijze tussen huisartsen en diëtisten (bijv. onder invloed van tijdgebrek)

- 7 Hoe gaan huisartsen om met nieuwe producten (marketing)?
- 8 Zouden er in richtlijnen ook evaluatiemomenten moeten worden ingebouwd en tijdslimieten (bijv. bij perioperatief na 2 weken in beginsel stoppen tenzij er opnieuw een indicatie bestaat, kankerpatiënten alleen als er nog een behandeling is)

Longarts

- 1 Welke producten vallen bij de huidige wettelijke regeling onder dieetvoeding bij de behandeling van COPD en CF en wat zal er bij de nieuwe aanspraak onder vallen?

Fabrikanten

- 1 Hoe onderbouwt u als fabrikant dat sprake is van dieetvoeding voor medisch gebruik? (voorbeeld product in de behandeling bij de vroege fase van Alzheimer):
 - 1.1 Hoe toont u de werkzaamheid van een product aan?
 - 1.2 Welke onderzoeken lopen er bijvoorbeeld?
- 2 Hoe verloopt de aanmelding van nieuwe producten in de categorie ‘dieetvoeding voor medisch gebruik’?
- 3 Bent u bij richtlijnontwikkeling betrokken? Zo ja, op welke wijze?

VNFKD

1. Waar ligt volgens u de grens tussen dieetvoeding voor medisch gebruik en consumentenproducten?
2. Hoe zou deze grens volgens u bewaakt moeten worden en door wie?
3. Heeft u voor ons de volgende cijfers, waarmee wij de huidige omzet van dieetvoeding kunnen berekenen? Wij zouden de cijfers graag per huidige wettelijke indicatie willen hebben.
 - 3.1 Totale omzet van dieetpreparaten/ dieetvoeding voor medisch gebruik in de extramurale markt
 - 3.2 Over de jaren 2005, 2006, 2007
 - 3.3 Die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet
 - 3.4 Totaal aantal patiënten
 - 3.5 Gemiddelde gebruiksduur per patiënt

Leveranciers (facilitaire bedrijven)

1. Welke producten vallen bij de huidige wettelijke regeling onder dieetvoeding voor medisch gebruik?
2. Wat zal er bij de nieuwe aanspraak onder vallen?
3. Heeft u een overzicht met producten die nu worden vergoed door de zorgverzekeraar?
4. Waar ligt volgens u de grens tussen dieetvoeding voor medisch gebruik en consumentenproducten?
5. Wat is er op de markt aan producten dieetvoeding voor medisch gebruik?
6. Heeft u voor ons de volgende cijfers, waarmee wij de huidige omzet van dieetvoeding kunnen berekenen? Wij zouden de cijfers graag per huidige wettelijke indicatie willen hebben.
 - a. Totale omzet van dieetpreparaten/ dieetvoeding voor medisch gebruik in de extramurale markt
 - a. Over de jaren 2005, 2006, 2007
 - b. Die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet
 - c. Totaal aantal patiënten
 - d. Gemiddelde gebruiksduur per patiënt

Voedsel & Waren Autoriteit

- 1 Hoe verloopt de aanmelding van nieuwe producten in de categorie ‘dieetvoeding voor medisch gebruik’?
- 2 Hoe vindt goedkeuring plaats van dieetvoeding voor medisch gebruik?
- 3 Wat zijn hun ervaringen hiermee?
- 4 Zouden bijvoorbeeld glutenvrije producten onder de nieuwe aanspraak kunnen vallen? M.a.w. is de Warenwetregeling voor dieetvoeding voor medisch gebruik ook van toepassing op deze producten?
- 5 Wat is de invloed van de nieuwe aanspraak op de nog te ontwikkelen producten dieetvoeding voor medisch gebruik?
- 6 Vindt toetsing plaats van producten die in de taxen staan?

CBG

- 1 In hoeverre heeft het CBG, onderdeel bureau nieuwe geneesmiddelen, een taak bij het beoordelen van dieetproducten voor medisch gebruik?

C Definities en begrippen

Dieetpreparaat	<p>een voedingsmiddel met een andere voedingskundige en een andere fysische samenstelling (vloeibaar of poedervormig) dan normale voeding.</p> <p>een voedingsmiddel dat geschikt is voor enteraal gebruik en ten opzichte van normale voeding zowel een gewijzigde chemische als een gewijzigde fysische samenstelling heeft en gebruikt wordt als onderdeel van een dieet.</p>
Dieetvoeding voor medisch gebruik	<p>een categorie bewerkte of samengestelde producten voor bijzondere voeding die door patiënten als dieetvoeding onder medisch toezicht gebruikt wordt.</p> <p>Dieetvoeding voor medisch gebruik is bestemd voor de volledige of gedeeltelijke voeding van patiënten die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een beperkt, aangetast of verstoord vermogen hebben om gewone eet- of drinkwaren, bepaalde nutriënten daarin of bepaalde metabolieten, in te nemen, te verteren, te absorberen, te metaboliseren of uit te scheiden; of - andere medisch-bepaalde behoeften aan nutriënten hebben; <p>voor de behandeling waarvan niet louter volstaan kan worden met wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten voor bijzondere voeding.</p> <p>Dieetvoeding voor medisch gebruik wordt ingedeeld in drie categorieën:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. qua voedingswaarde volledige eet- of drinkwaren met een gestandaardiseerde samenstelling, die bij gebruik volgens de aanwijzingen van de fabrikant de enige voedingsbron kunnen zijn voor de personen waarvoor zij bestemd zijn; b. qua voedingswaarde volledige eet- of drinkwaren met een aan een specifieke ziekte, aandoening of kwaal aangepaste samenstelling, die bij gebruik volgens de aanwijzingen van de fabrikant de enige voedingsbron kunnen zijn voor de personen waarvoor zij bestemd zijn; c. qua voedingswaarde onvolledige eet- of drinkwaren met een gestandaardiseerde of aan een specifieke ziekte, aandoening of kwaal aangepaste samenstelling, die ongeschikt zijn om als enige voedingsbron te dienen.
Dieetproduct	<p>een voedingsmiddel met een andere voedingskundige samenstelling dan normale voeding (zoals natriumarme pindakaas of glutenvrije pasta).</p>

Nutriceuticals	Dit woord is een samentrekking van nutrition (voeding) en pharmaceuticals (geneesmiddelen). Het betreft verbindingen in de voeding met een gezondheidsbevorderende werking. Sterolen zoals die aan Becel Pro-Active worden toegevoegd, resulteren bijvoorbeeld in een verlaagde cholesterolspiegel. Nutriceuticals zijn voornamelijk bedoeld voor gezonde mensen.
Product voor bijzondere voeding	eet- of drinkwaar die in de handel gebracht wordt voorzien van een vermelding, aangevende de geschiktheid voor een bijzonder voedingsdoel.
	<p>Een product voor bijzondere voeding moet voldoen aan de bijzondere voedingsbehoeften:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. van bepaalde categorieën personen wier assimilatieproces of stofwisseling is verstoord; b. van bepaalde categorieën personen die zich in bijzondere fysiologische omstandigheden bevinden en die daarom bijzonder gebaat kunnen zijn bij een gecontroleerde inname van bepaalde stoffen in eet- en drinkwaren; c. van zuigelingen, peuters of kleuters, in goede gezondheid
Orthomoleculaire ⁹ Voedingssupplementen	Orthomoleculaire voedingssupplementen zijn aanvullingen op de normale voeding in de vorm van capsules, tabletten e.d. met daarin opgenomen werkzame hoeveelheden belangrijke micro-voedingsstoffen (vitamines, mineralen, spoorelementen, aminozuren). Samenstelling en dosering zijn erop gericht om de lichaamcellen de door hen benodigde voedingsstoffen in optimale hoeveelheden aan te bieden.

⁹ Het begrip orthomoleculair is een samentrekking van de woorden orthos en moleculair. Orthos is grieks voor goed/juist, moleculair staat voor 'samenstel van moleculen'. Orthomoleculair betekent dus: juiste hoeveelheid en structuur van moleculen, oftewel optimale voeding.

D Personen en organisaties die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek

Patiënten

- Mw. N. Kien, advocate/adviseur, Stichting Patiëntenbelang Vergoeding Dieetpreparaten (SPVD)

Voorschrijvers, zorgverleners

- Drs. A. Evertse, huisarts en voorzitter van de SPVD
- Dr. K. Joosten, kinderarts-kinderintensivist, Erasmus Medisch Centrum, lid van de Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt Sneller Beter'
- Mw. M. Klein Jäger, diëtist Medisch Spectrum Twente, lid van de commissie dieetkostenvergoeding van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Prof. Dr. L. Mathus-Vliegen, maag-lever-darmarts, hoogleraar klinische voeding AMC Amsterdam, lid van de Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt Sneller Beter'
- Dr. H.J. Pennings, longarts, St. Jans Gasthuis in Weert, lid van de werkgroep voor de richtlijn 'Voeding en COPD'

Leden van de commissie dieetkostenvergoeding van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten:

- Mw. E.J. Bakker, beleidsadviseur NVD
- Mw. V. ten Brinke, diëtist Thuiszorg Vèrian
- Mw. E. Oosterheert, hoofd diëtetik AMC
- Mw. C. Panis, diëtist VU Medisch Centrum
- Mw. M. van Zandvoort, diëtist LUMC
- Mw. S. van Bennekom, hoofd diëtetik Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn
- Mw. H. Franchimont, diëtist Thuiszorg Amsterdam

De Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt sneller beter', schriftelijke informatie ontvangen via Mw. E. van der Heijden, projectcoördinator.

Fabrikanten

- Mw. P. Timmerman-Gerritzen, Manager Healthcare Development, Nutricia, bestuurslid VNFKD
- De heer R.E. Hoozemans, Managing Director, Nutricia
- Mw. ir. M. Mellema, secretaris VNFKD
- De heer E. van Leeuwen, Regional Manager Benelux, Abbott Nutrition, bestuurslid VNFKD
- Mw. A. Ruizendaal, Field Sales Manager, Nestlé HealthCare Nutrition
- De heer M. Koenders, Business Unit Manager Medical Nutrition Nederland, Nestlé HealthCare Nutrition

Leveranciers

- Mw. M. Klepke, directeur, Sorgente
- Mw. M. van der Looij, Marketing & Salesmanager, Sorgente

- Mw. F. van der Vuurst, Productmanager Voeding, Tefa-Portanje

Zorgverzekeraars

- Mw. A. Prenger, coördinator farmacie Zorgverzekeraars Nederland
- Mw. M. Helder, medisch adviseur, Agis
- Mw. drs. B. Vermeer, medisch adviseur VGZ/IZA/TRIAS
- Drs. R. Leenders, medisch adviseur VGZ/IZA/TRIAS
- De heer H. Eleveld, contractmanager farmacie Menzis
- De heer W. de Boer, onderzoeker Vektis

Toezichthouders

- Mw. dr. Y.M. Huigen, Programmamanager, Voedsel en Waren Autoriteit
- Drs. E. van Galen, arts, Hoofd van de afdeling Botanicals & Nieuwe voedingsmiddelen, CBG

E Overzicht dieetpreparaten

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
ALITRAQ POEDER SACHET 76G	506300	24	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS AARDBEI	P59000	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS ANANAS	P59600	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS APPEL	P59700	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS CITROEN	P59300	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS GRAPEFRUIT	P59200	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS PERZIK	P59500	220	ABBOTT BV
ENLIVE PLUS SINAASAPPEL	P59400	220	ABBOTT BV
ENRICH PLUS BANAANSMAAK	M70200	200	ABBOTT BV
ENRICH PLUS CHOCOLADESMAAK	M70000	200	ABBOTT BV
ENRICH PLUS FRAMBOZENSMAAK	M70100	200	ABBOTT BV
ENRICH PLUS VANILLESMAAK	M69900	200	ABBOTT BV
ENSURE DRINK/SONDE VOEDING VANILLE 250ML	E70904	250	ABBOTT BV
ENSURE HP AARDBEI	M81900	240	ABBOTT BV
ENSURE HP CHOCOLADE	M98900	240	ABBOTT BV
ENSURE HP VANILLE	M81800	240	ABBOTT BV
ENSURE PLUS AARDBEI	M42100	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS BANAAN	M42600	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS BOSVRUCHTEN	M42800	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS CASSIS	M42900	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS CHOCOLADE	M42000	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS DRINK/SONDE VOEDING VANIL 250ML	E71004	250	ABBOTT BV
ENSURE PLUS FRESH AARDBEI	M85100	220	ABBOTT BV
ENSURE PLUS FRESH PERZIK	M87000	220	ABBOTT BV
ENSURE PLUS FRESH PINA COLADA	M87200	220	ABBOTT BV
ENSURE PLUS FRESH SINAASAPPEL	M87100	220	ABBOTT BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
ENSURE PLUS KOFFIE M42200	14247658	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS NEUTRAAL	14654792	200	ABBOTT BV
ENSURE PLUS VANILLE M42400	13889567	200	ABBOTT BV
ENSURE POEDER NEUTRAAL P32701	14808862	380	ABBOTT BV
JEVITY FOS PLUS SONDEVOEDING M63500	14670070	500	ABBOTT BV
JEVITY FOS PLUS SONDEVOEDING 544780	14709376	1000	ABBOTT BV
JEVITY FOS SONDEVOEDING M35500	14296209	500	ABBOTT BV
JEVITY FOS SONDEVOEDING 545160	14296217	1000	ABBOTT BV
JEVITY HICAL SONDEVOEDING P34000	14895498	500	ABBOTT BV
JEVITY HICAL SONDEVOEDING P34001	15271315	8000	ABBOTT BV
NEPRO DRINK/SONDE VOEDING 237ML 506320	13902911	237	ABBOTT BV
NEPRO DRINK/SONDE VOEDING 500ML M96500	14808846	500	ABBOTT BV
NEPRO DRINKVOEDING AARDBEI TETRA P91900	15313026	200	ABBOTT BV
NEPRO DRINKVOEDING VANILLE TETRA M96501	15313034	200	ABBOTT BV
OSMOLITE HICAL 50340	15094480	1000	ABBOTT BV
OSMOLITE HICAL E71005	15094472	500	ABBOTT BV
OSMOLITE RTOF SONDEVOEDING E71105	13240102	500	ABBOTT BV
OSMOLITE RTOF SONDEVOEDING 052090	14247690	1000	ABBOTT BV
OXEPA SONDEVOEDING M64800	14713810	500	ABBOTT BV
PAEDIASURE AARDBEI TETRA BRIKS M691000	14607689	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE BANAAN TETRA BRIKS M69000	14607697	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE CHOCOLADE TETRA BRIKS M69200	14607700	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE DRINK/SONDE VOEDING VEZEL AARDB M70800	14809036	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE DRINK/SONDE VOEDING VEZEL BANAAN	14810069	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE DRINK/SONDE VOEDING VEZEL VANIL M61001	14809028	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE FIBRE PLUS VANILLE DR/SO VOEDING M78100	14814471	500	ABBOTT BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
PAEDIASURE PLUS AARDBEI DRINK/SONDE VOEDING M92700	14809001	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE PLUS BANAAN DRINK/SONDE VOEDING P28900	14810077	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE PLUS VANILLE DRINK/SONDE VOEDING M78000	14709368	500	ABBOTT BV
PAEDIASURE PLUS VANILLE DRINK/SONDE VOEDING M92600	14808994	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE VANILLE SONDEVOEDING FLAC 500ML M50001	14607727	500	ABBOTT BV
PAEDIASURE VANILLE TETRA BRIKS M50000	14607735	200	ABBOTT BV
PAEDIASURE VANILLE+VEZEL SONDEVOE FL 500ML M61000	14607719	500	ABBOTT BV
PERATIVE SONDE DRINKVOEDING	14247747	1000	ABBOTT BV
POLYCOSE ENERGIEPOEDER 000746	14247720	350	ABBOTT BV
PROMOTE G98000	14670054	500	ABBOTT BV
PROMOTE FIBER M05300	14670062	500	ABBOTT BV
PROSURE BANAAN M91000	14737795	240	ABBOTT BV
PROSURE SINAASAPPEL M91100	14737809	240	ABBOTT BV
PROSURE VANILLE M90900	14737787	240	ABBOTT BV
PROSURE VANILLE M90901	14895471	500	ABBOTT BV
PULMOCARE VLOEIBARE VOEDING G86001	13651870	500	ABBOTT BV
SUPLENA DRINK/SONDE VOEDING	13902903	237	ABBOTT BV
ENFAMIL HA DIGEST	15198472	400	ABBOTT BV
FLEXICAL HYPO ALLERGENE DIEETVOEDING VOOR KINDEREN	14068133	425	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
NUTRAMIGEN HYPO ALLERGENE ZUIGELINGENVOEDING	13178970	425	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
NUTRAMIGEN 1 + LGG	14909316	425	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
NUTRAMIGEN 1 + LGG	15245349	400	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
NUTRAMIGEN 2 + LGG	14812347	425	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
NUTRAMIGEN 2 + LGG	15245357	400	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
PREGESTIMIL DIEETVOEDING VOOR ZUIGELINGEN	14047349	425	BRISTOL-MYERS SQUIBB BV
CALSHAKE AARDBEI SACHET 87G	14650770	7	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
CALSHAKE BANAAN SACHET 87G	14650789	7	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
CALSHAKE CHOCOLADE SACHET 90G	14650800	7	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
CALSHAKE VANILLE SACHET 87G	14650797	7	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING BOSVRUCHT	15094839	30	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING BOSVRUCHT	15111008	1	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING CAPPUCCINO	15094820	30	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING CAPPUCCINO	15110990	1	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING CARAMEL	15094847	30	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN DRINK VLOEIBARE VOEDING CARAMEL	15111016	1	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN EASYBAG SONDEVOEDING	15094855	7500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN EASYBAG SONDEVOEDING	15094863	8000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN EASYBAG SONDEVOEDING	15113000	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
DIBEN EASYBAG SONDEVOEDING	15113019	1000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7468221	14920360	7500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7468221	15013324	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7467221	14920352	7500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7467221	15013316	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ORIGINAL FIBRE SONDEVOED 747022Y	14920387	7500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ORIGINAL FIBRE SONDEVOED 747022Y	15112993	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7469221	14920247	7500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7469221	15013308	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI ENERGY DRINK AARDBEI 7256001	14813254	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI ENERGY DRINK AARDBEI 7256001	15013111	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI ENERGY DRINK BANAAN 7254001	14813262	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI ENERGY DRINK BANAAN 7254001	15013138	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FREBINI ENERGY FIBRE DRINK CHOCOLATE 7258001	14813270	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
FREBINI ENERGY FIBRE DRINK CHOCOLATE 7258001	15013146	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7526221	14708159	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7526231	14638991	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7526231	14678098	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY FIBRE SONDEVOEDING 7532221	14638983	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY HP SONDEVOEDING 7348221	14677954	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY HP SONDEVOEDING 7348221	14677970	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY HP SONDEVOEDING 7348231	14813173	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY HP SONDEVOEDING 7348231	15013073	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7368221	14316501	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7368221	14678071	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7368231	14243768	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ENERGY SONDEVOEDING 7368231	14316528	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGIN FIBRE SONDEVOEDING 7527221	14639017	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGIN FIBRE SONDEVOEDING 7527221	14678055	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGIN FIBRE SONDEVOEDING 7527231	14639025	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGIN FIBRE SONDEVOEDING 7527231	14678063	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL FIBRE SONDEVOEDING	14913917	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL FIBRE SONDEVOEDING	15013065	1500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING	14913909	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING	15013057	1500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7577221	14639033	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7577221	14678039	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7577231	14639041	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG ORIGINAL SONDEVOEDING 7577231	14678047	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG SOYA FIBRE SONDEVOEDING 7130231	15294285	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
FRESUBIN EASYBAG SOYA FIBRE SONDEVOEDING 7130231	15294331	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG 1000 SONDEVOEDING	14274647	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG 1000 SONDEVOEDING	14316498	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG 1200 COMPL SONDEVOEDING	15268756	1000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG 1200 COMPL SONDEVOEDING	15268764	5000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN EASYBAG 1200 COMPL SONDEVOEDING	15294277	8000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK AARDBEI	14667525	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK AARDBEI	14667533	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK ANANAS	14668262	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK ANANAS	14668270	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK BANAAN	14697238	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK BANAAN	14697246	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CAPPUCCINO	15281531	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CAPPUCCINO	15281558	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CAMEL	14667541	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CAMEL	14667568	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CASSIS	14667576	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CASSIS	14667584	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CHOCOLADE	15281450	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK CHOCOLADE	15281469	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK LEMON	15281493	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK LEMON	15281507	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK NEUTRAAL	15281477	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK NEUTRAAL	15281485	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK SINAASAPPEL	14696630	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK SINAASAPPEL	14696649	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
FRESUBIN ENERGY DRINK TROPISCHE VRUCHTEN	15281515	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK TROPISCHE VRUCHTEN	15281523	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK VANILLE	14667592	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY DRINK VANILLE	14667606	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK AARDBEI	14301873	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK AARDBEI	14310384	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK BANAAN	14696657	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK BANAAN	14696665	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CAPPUCCINO	14301946	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CAPPUCCINO	14310457	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CAMEL	15300056	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CAMEL	15300064	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CHOCOLA	14301989	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK CHOCOLA	14310481	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK KERS	15300072	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK KERS	15300080	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK LEMON	14342081	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK LEMON	14673088	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK VANILLE	14673118	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK VANILLE	14673126	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK CASSIS	14668424	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK CASSIS	14668440	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK CHOCOLA	14668300	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK CHOCOLA	14668319	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK NOOTJES	14668408	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK NOOTJES	14668416	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
FRESUBIN ORIGINAL DRINK PERZIK	14668386	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK PERZIK	14668394	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK VANILLE	14668289	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN ORIGINAL DRINK VANILLE	14668297	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK BOSAARDBEI	14991748	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK BOSAARDBEI	14996677	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK CAPPUCCINO	15294293	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK CAPPUCCINO	15294307	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK CAPPUCCINO	14991756	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK CHOCOLADE	14996669	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK CHOCOLADE	14991764	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK NOTEN	14996642	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK TROPISCHE VRUCHTEN	15294315	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK TROPISCHE VRUCHTEN	15294323	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK VANILLE	14991772	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK VANILLE	14996650	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL DRINK BOSVRUCHT	7865001	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL DRINK BOSVRUCHT	7865001	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL DRINK VANILLE	7863001	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL DRINK VANILLE	7863001	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL FIBRE DRINK CHOCOLADE	7864001	200	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRESUBIN 2 KCAL FIBRE DRINK CHOCOLADE	7864001	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
IMMUNO G PLUS GLUTAMINEPOEDER NEUTRAAL	15223221	30	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
IMMUNO G PLUS GLUTAMINEPOEDER SINAS	15223248	30	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
INTESTAMIN EASYBAG SONDEVOEDING	15207765	6000	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
INTESTAMIN ENTERAAL SUPPLEMENT	15113078	500	FRESENIUS KABI NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
INTESTAMIN ENTERAAL SUPPLEMENT	15113086	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING APPEL	14142872	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING APPEL	14173506	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING CASSIS	14673134	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING CASSIS	14673142	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING CITRUS COLA	14142880	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING CITRUS COLA	14173514	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING KERS	14552035	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING KERS	14673096	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING LEMON	14696673	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING LEMON	14696681	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING SINAASAPPEL/ANANAS	14142902	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING SINAASAPPEL/ANANAS	14173573	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING TOMAAT	15013030	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
PROVIDE XTRA VLOEBARE VOEDING TOMAAT	15013049	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
RECONVAN EASYBAG SONDEVOEDING	14317257	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
RECONVAN EASYBAG SONDEVOEDING	15013170	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO	14662698	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO	15090914	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK PINEAPPLE-COCONUT	15313840	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK PINEAPPLE-COCONUT	15313859	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK TROPISCHE VRUCHT	14673150	200	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN DRINK TROPISCHE VRUCHT	15090930	6000	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN EASYBAG SONDEVOEDING	14310619	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SUPPORTAN EASYBAG SONDEVOEDING	14697262	7500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
SURVIMED OPD EASYBAG SONDEVOEDING	14216299	500	FRESENTIUS KABI NEDERLAND BV
	7347221		

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
SURVTIMED OPD EASYBAG SONDEVOEDING	7347221	14677997	7500 FRESENIUS KABI NEDERLAND BV
FRISO BMF SACHET 1,75G	14948885	14948885	50 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 ALLERGY CARE	14893630	14893630	700 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 HYPO-ALLERGEEN	15144925	15144925	700 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 HYPO-ALLERGEEN	15144933	15144933	180 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 INTENSIEF H.A.	15102599	15102599	700 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 INTENSIEF H.A.	15127524	15127524	180 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 1 PREMATUUR	14893622	14893622	700 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 2 HYPO-ALLERGEEN	15144941	15144941	700 FRISO KINDERVOEDING
FRISO 2 INTENSIEF H.A.	15102602	15102602	700 FRISO KINDERVOEDING
BICAL 5	15220087	15220087	650 METAX GMBH
NEPHEA	15220095	15220095	600 METAX GMBH
XPHE ADVANCE	15219933	15219933	500 METAX GMBH
XPHE ADVANCE	15219941	15219941	250 METAX GMBH
XPHE ENERGY ADVANCE AARDBEI	15219968	15219968	660 METAX GMBH
XPHE ENERGY ADVANCE CITROEN	15219976	15219976	660 METAX GMBH
XPHE ENERGY JUNIOR AARDBEI	15219984	15219984	660 METAX GMBH
XPHE ENERGY JUNIOR CITROEN	15219992	15219992	660 METAX GMBH
XPHE ENERGY KID AARDBEI	15220001	15220001	330 METAX GMBH
XPHE ENERGY KID CITROEN	15220028	15220028	330 METAX GMBH
XPHE INFANT MIX LCP	15220036	15220036	500 METAX GMBH
XPHE JUMP COLA	15344029	15344029	30 METAX GMBH
XPHE JUMP ORANGE	15344037	15344037	30 METAX GMBH
XPHE JUNIOR	15220044	15220044	500 METAX GMBH
XPHE JUNIOR	15220079	15220079	250 METAX GMBH
XPHE KID	15220052	15220052	500 METAX GMBH

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
XPHE KID	15220060	250	METAX GMBH
ADD-INS COMPLETE SACHET 18,2G	15345785	60	MILUPA BV
ADD-INS SACHET 17G	15260372	60	MILUPA BV
BASIC P ZUIGELINGENVOEDING POEDER	14304635	400	MILUPA BV
HOM 3-ADVANTA POEDER	15260402	500	MILUPA BV
MILUPA BASIC CH ZUIGELINGENVOEDING POEDER	15049000	300	MILUPA BV
MILUPA BASIC F ZUIGELINGENVOEDING POEDER	14849909	600	MILUPA BV
MILUPA GA-1 DIEETPOEDER	14196212	500	MILUPA BV
MILUPA GA-2 DIEETPOEDER	14196220	500	MILUPA BV
MILUPA HOM1 DIEETPOEDER	14162563	500	MILUPA BV
MILUPA HOM1-MIX DIEETPOEDER	14958899	1000	MILUPA BV
MILUPA HOM2 DIEETPOEDER	12814555	500	MILUPA BV
MILUPA ISOLEU 2 DIEETPOEDER	15049019	500	MILUPA BV
MILUPA LEU 1 DIEETPOEDER	13812041	500	MILUPA BV
MILUPA LEU 2 DIEETPOEDER	13812068	500	MILUPA BV
MILUPA LYS-1 DIEETPOEDER	13811363	500	MILUPA BV
MILUPA LYS-2 DIEETPOEDER	13811371	500	MILUPA BV
MILUPA MSUD 1-MIX DIEETPOEDER	14958910	1000	MILUPA BV
MILUPA MSUD1 DIEETPOEDER	12814571	500	MILUPA BV
MILUPA MSUD2 DIEETPOEDER	12814598	500	MILUPA BV
MILUPA OS1 DIEETPOEDER	13112317	500	MILUPA BV
MILUPA OS2 DIEETPOEDER	13811304	500	MILUPA BV
MILUPA PKU1 DIEETPOEDER	12814466	500	MILUPA BV
MILUPA PKU1 MIX	13906224	1000	MILUPA BV
MILUPA PKU2 ACTIVA PROEFPAKKET	15185060	1	MILUPA BV
MILUPA PKU2 ACTIVA TOMATO	15220389	450	MILUPA BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
MILUPA PKU2 MIX	14856441	400	MILUPA BV
MILUPA PKU2 PRIMA	14856468	500	MILUPA BV
MILUPA PKU2 SECUNDA	14856476	500	MILUPA BV
MILUPA PKU2 SHAKE AARDBEI/VANILLE	15008460	600	MILUPA BV
MILUPA PKU2 SHAKE CHOCOLADE	15008479	600	MILUPA BV
MILUPA PKU3 ACTIVA PROEFPAKKET	15185079	1	MILUPA BV
MILUPA PKU3 ACTIVA TOMATO	15220397	450	MILUPA BV
MILUPA PKU3 ADVANTA	15008444	500	MILUPA BV
MILUPA PKU3 SHAKE	15345777	600	MILUPA BV
MILUPA PKU3 SHAKE PINK ORANGE	15008452	600	MILUPA BV
MILUPA PKU3 TABLET	15049035	600	MILUPA BV
MILUPA TYR1 DIEETPOEDER	12402141	500	MILUPA BV
MILUPA TYR1-MIX DIEETPOEDER	14958902	1000	MILUPA BV
MILUPA TYR2 DIEETPOEDER	12402168	500	MILUPA BV
MILUPA UCD1 DIEETPOEDER	14279274	450	MILUPA BV
MILUPA UCD2 DIEETPOEDER	14279282	450	MILUPA BV
MSUD 3-ADVANTA POEDER	15260380	500	MILUPA BV
OS 3-ADVANTA POEDER	15260399	500	MILUPA BV
PKU 3-TEMPORA SACHET 45G	15260364	10	MILUPA BV
PREGOMIN	13851411	400	MILUPA BV
PROEFPAKKET PKU 2 SHAKE	15123464	1	MILUPA BV
PROEFPAKKET PKU 3 SHAKE	15123472	1	MILUPA BV
PROEFPAKKET PKU 3 TABLET	15123480	1	MILUPA BV
TYR 3-ADVANTA POEDER	15260410	500	MILUPA BV
CLINUTREN ISO CHOCOLADE	14937662	800	NESTLE CLINICAL NUTRITION
CLINUTREN ISO VANILLE	14937654	800	NESTLE CLINICAL NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
CLINUTREN PRO MANGO-APPELSIEN	15206971	500	NESTLE CLINICAL NUTRITION
CLINUTREN PRO VANILLE-BANAAN	15206998	500	NESTLE CLINICAL NUTRITION
SONDALIS 0,75 PLUS	14717891	500	NESTLE CLINICAL NUTRITION
SONDALIS 0,75 PLUS	14717905	1000	NESTLE CLINICAL NUTRITION
CALOREEN NEUTRAAL	14717581	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN DESSERT CHOCOLADE	14937883	4	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN DESSERT KARMEL	14937891	4	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN DESSERT PERZIK	14937905	4	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN DESSERT VANILLE	14937875	4	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN FRUIT FRAMBOOS-ZWARTE BES	14937948	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN FRUIT PEER-KERS	14937921	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN FRUIT POMPELMOES	14937956	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN FRUIT SINAASAPPEL	14937913	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN G CHOCOLADE	15336956	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN G VANILLE	14937964	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN HP/HC AARDBEI	14937727	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN HP/HC CHOCOLADE	14937697	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN HP/HC KARMEL	14937700	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN HP/HC PERZIK	14937735	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN HP/HC VANILLE	14937670	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN PROTECT TROPICAL	15289338	450	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN PROTECT VANILLE	15289311	450	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN REPAIR KOFFIE	15028518	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN REPAIR VANILLE	15028496	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 AARDBEI-FRAMBOOS	14937808	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 ABRIKOOS	14937824	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
CLINUTREN 1,5 BANAAN	14937832	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 CHOCOLADE	14937778	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 FIBRE PRUIMEN	14921502	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 FIBRE VANILLE	14921499	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 KOFFIE	14937794	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 SOUP GROENTENCREME	14937859	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 SOUP KIP	14937867	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 SOUP ZOMERGROENTEN	15203948	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CLINUTREN 1,5 VANILLE	14937751	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
CRUCIAL FLEX	14751267	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
IMPACT	14237601	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
IMPACT FLEXIBAG	14554437	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY FLEXIBAG	14554283	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY FLEXIBAG	15003809	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY NEUTRAAL	13239112	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY VEZEL FLES	14773333	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY VEZEL FLEXIBAG	15003817	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE ENERGY VEZEL ZAK	14773341	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE MCT DIEETPOEDER FRAMBOOS SACHET 6X80G	13084496	480	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE MCT DIEETPOEDER VANILLESMAAK SACH 6X80G	13085379	480	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE PROTEIN FLEXIBAG	14554291	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE PROTEIN VEZEL FLEXIBAG	14930803	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE STANDAARD FLEXIBAG	14554305	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE STANDAARD FLEXIBAG	14920050	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE STANDAARD NEUTRAAL	12558613	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE STANDAARD VANILLE	12558621	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
ISOSOURCE VEZEL FLEXIBAG	14554321	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE VEZEL FLEXIBAG	14920069	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ISOSOURCE VEZEL TOFFEE	13758586	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
MODULEN IBD POEDER	14717999	400	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
MODULIS AMINO 5 POEDER	15302652	16	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
MODULIS ANTI OX POEDER	15302660	16	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
NOVASOURCE GI CONTROL FLEXIBAG	14554356	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
NOVASOURCE GI CONTROL FLEXIBAG	14920077	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
NOVASOURCE START FLES	14851377	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
NOVASOURCE START FLEXIBAG	14851369	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ORAL IMPACT CITRUS SACHET 74G	14234076	5	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ORAL IMPACT KOFFIE SACHET 74G	14234084	5	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
ORAL IMPACT TROPIC SACHET 74G	14234068	5	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
PEPTAMEN FLEX	14980193	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
PEPTAMEN HN FLEX	14980096	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
PEPTAMEN JUNIOR FLEX	14717980	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
PEPTAMEN VANILLE	14937646	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE CITROTENE POEDER 25G IN SACHET	12110124	12	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE DEXTRINE MALTOSE	14734737	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY ABRIKOOS	14145146	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY BOSVRUCHTEN	14930854	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY CHOCOLADE	14234017	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY DESSERT CARAMEL	14659026	125	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY DESSERT CHOCOLADE	14659018	125	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY DESSERT VANILLE	14658992	125	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY FRUIT APPEL	15257029	375	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
RESOURCE ENERGY FRUIT APPEL-AARDBEI	15255999	375	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY FRUIT APPEL-PERZIK	15255980	375	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY FRUIT APPEL-PRUIM	15255972	375	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY KOFFIE	14930846	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE AARDBEI	14077302	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE BANAAN	14234033	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE CHOCOLADE	14077310	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE VANILLE	14077329	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE VEZEL VANILLE	14773465	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY SHAKE ZOMERFRUIT	14234041	175	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE ENERGY VANILLE	14145154	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE FRUIT ANANAS	14557258	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE FRUIT APPEL	14209519	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE FRUIT SINAASAPPEL	14209527	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE JUNIOR AARDBEI	14773309	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE JUNIOR CHOCOLADE	14773317	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE JUNIOR VANILLE	14773325	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE MERITENE POEDER AARDBEI	14233886	400	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE MERITENE POEDER CHOCOLADE	14233908	400	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE MERITENE POEDER VANILLE	12311715	1300	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE MERITENE POEDER VANILLE	14233924	400	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE PROTEIN AARDBEI	15184099	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE PROTEIN ABRIKOOS	15184145	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE PROTEIN BOSVRUCHT	15184080	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE PROTEIN CHOCOLADE	15184153	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE PROTEIN VANILLE	15184161	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
RESOURCE SUPPORT CHOCOLADE	15002209	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE SUPPORT KOFFIE	14930838	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE SUPPORT VANILLE	14930811	200	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 AARDBEI	15255964	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 ABRIKOOS	15255956	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE AARDBEI	15255883	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE ABRIKOOS	15255921	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE BOSVRUCHTEN	15255905	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE KOFFIE	15255913	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE NEUTRAAL	15255891	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 FIBRE VANILLE	15255875	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
RESOURCE 2.0 VANILLE	15255948	800	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS G FLEX	14717824	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS G FLEX	14717832	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP FLEX	13764292	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP FLEX	14717603	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP FLEX	14980312	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP/VEZELS FLEX	14717840	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP/VEZELS FLEX	14717859	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS HP/VEZELS FLEX	14980274	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS ISO FLEX	13746324	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS ISO FLEX	14717611	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS ISO FLEX	14980215	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS JUNIOR FLEX	14717883	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS VEZELS FLEX	14717638	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS VEZELS FLEX	14717816	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
SONDALIS VEZELS FLEX	14980258	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5 FLEX	14717913	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5 FLEX	14717921	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5 FLEX	14980290	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5/VEZELS FLEX	15206947	500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5/VEZELS FLEX	15206955	1000	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
SONDALIS 1,5/VEZELS FLEX	15206963	1500	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
VIVONEX DIEETPOEDER TEN ZAKJE 80G	13816330	10	NESTLE HEALTHCARE NUTRITION
NAN HYPO ALLERGEEN 1	14904810	750	NESTLE NEDERLAND BV
NAN HYPO ALLERGEEN 1	15216500	200	NESTLE NEDERLAND BV
NAN HYPO ALLERGEEN 2	14904829	750	NESTLE NEDERLAND BV
ADAMIN-G	14569310	100	NUTRICIA NEDERLAND BV
ANAMIX ANANAS/VANILLE SACHET	14630311	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
ANAMIX CHOCOLADE SACHET	15255859	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
ANAMIX NATUREL SACHET	14630303	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
BRANCHED CHAIN AMINO ACIDS	14873702	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
CALOGEN AARDBEI	15260550	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
CALOGEN NEUTRAAL	15260569	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
CAPRILON FORMULA POEDER	13486381	420	NUTRICIA NEDERLAND BV
CARBOHYDRATE FREE MIXTURE	13863843	225	NUTRICIA NEDERLAND BV
CHOLESTEROL MODULE	14165007	450	NUTRICIA NEDERLAND BV
CUBISON PACK	15125629	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
CUBITAN VLOEIBARE DIEETVOEDING AARDBEI	15220338	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
CUBITAN VLOEIBARE DIEETVOEDING CHOCOLADE	15220346	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
CUBITAN VLOEIBARE DIEETVOEDING VANILLE	15220354	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
DHA/AA MODULE	14269317	400	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
DUOCAL SS	15021858	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
ELEMENTAL 028 EXTRA	14759144	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING AARDBEI	15188620	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING APPEL	15188590	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING BOSVRUCHTEN	15188639	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING CASSIS	15188647	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING CITROEN	15188604	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ENSINI VLOEIBARE DIEETVOEDING SINAASAPPEL	15188612	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
ESSENTIAL AMINO ACIDS MIXTURE	14873680	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
FANTOMALT INSTANT POWDER	12119776	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
FAT FREE MODULE	15051471	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICARE CAPUCCINOSMAAK CLUSTER A 6	14951177	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICARE PERZIK/GEMBERSMAAK CLUSTER A 6	14951185	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICARE SINAASAPPEL/CITROEN CLUSTER A 6	14951193	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICREME BANANA	14748010	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICREME BOSVRUCHTEN	14748029	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICREME CHOCOLADE	14551926	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICREME COFFEE	14551934	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTICREME VANILLE	14551942	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIFY COMPLETE	14716054	816	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING AARDBEISMAAK	15132765	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING ABRIKOOSMAAK	15132773	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING BOSVRUCHTEN	15132781	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING CHOCOLADE	15132811	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING MOKKASMAAK	15132803	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTIMEL VLOEIBARE DIEETVOEDING VANILLESMAAK	15132757	800	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
FORTINI AARDBEI KINDERDRINKVOEDING 65002	15274160	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTINI MULTI FIB BANAAN KINDERDRINKVOEDING 18933	15274179	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTINI MULTI FIB CHOCO KINDERDRINKVOEDING 18942	15274195	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
FORTINI MULTI FIB VANILLE KINDERDRINKVOEDING 18928	15274217	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
FRUCTOSE MODULE 110401	13864254	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
GALACTOMIN 17 FORMULA 1658	13863894	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
GALACTOMIN 19 FORMULA 1656	13863908	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
GTE OIL 9749	13863525	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
GTO OIL MODULE 18679	15215555	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
HEPARON DIEETVOEDING	15336549	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
HEPARON JUNIOR FORMULA 1657	14054450	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
HYDROL WHEY PROT MALTDEX 9863	14162245	250	NUTRICIA NEDERLAND BV
INFATRINI KINDER FLES/SONDEVOEDING 18264	14678748	100	NUTRICIA NEDERLAND BV
INFATRINI KINDER FLES/SONDEVOEDING 65039	15302172	100	NUTRICIA NEDERLAND BV
KETOCAL	14784874	300	NUTRICIA NEDERLAND BV
KETOCAL FLAVOURED	14784882	300	NUTRICIA NEDERLAND BV
KETOCAL VANILLE	15303543	300	NUTRICIA NEDERLAND BV
KINDERGEN	14931532	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
LIQUIGEN VLOEIBAAR 65032	15197220	250	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOCASOL FORMULA 1654	13863916	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX LQ BESSEN	15151948	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX LQ CITROEN	15151905	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX LQ SINAASAPPEL	15151921	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX POEDER BESSENSMAAK SACHET	15074420	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX POEDER NEUTRAAL SACHET	15074439	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
LOPHLEX POEDER SINAASAPPELSMAAK SACHET	15074447	30	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
LOPHLEX PROEFPAKKET	15185052	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
MCT OIL	18685	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
MONOGEN	3420	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
MSUD AID III	3237	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
MSUD ANALOG FORMULE	14269325	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
MSUD MAXAMAID UNFLAVOURED MIXTURE	14269341	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
MSUD MAXAMUM FLAVOURED MIXTURE	14269333	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NENATAL BREAST MILK FORTIFIER	14815311	50	NUTRICIA NEDERLAND BV
NENATAL START	14749025	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
NENATAL 1	21315	900	NUTRICIA NEDERLAND BV
NEOCATE ADVANCE	03263	10	NUTRICIA NEDERLAND BV
NEOCATE DIEETVOEDING	15336557	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
NEOCATE DIEETVOEDING	14288893	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRI JUNIOR	3045	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRICAL NEUTRAAL TETRA	18881	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRICIA PREOP	14703092	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK AARDBEI	18465	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK BANAANSMAAK	18440	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK CARAMELSMAAK	18452	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK CHOCOLADE	18500	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK FRUIT APPEL	65026	450	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK MULTI FIBRE AARDBEI	18531	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK MULTI FIBRE BANAAN	18522	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK MULTI FIBRE CARAMEL	18548	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK MULTI FIBRE CHOCOLADE	18553	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK MULTI FIBRE SINAASAPPEL	18541	800	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
NUTRIDRINK MULTI FIBRE VANILLE	18512	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK NEUTRAAL	18419	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK PROTEIN AARDBEI	65022	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK PROTEIN CHOCOLADE	65023	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK PROTEIN VANILLE	65021	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK SINAASAPPELSMAAK	18476	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK SOUP KIPCREMESMAAK		400	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK TROPICAL	18486	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK VANILLESMAAK	18426	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK YOGHURT FRAMBOZEN	65056	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK YOGHURT PERZIK/SINAASAPPEL	65059	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRIDRINK YOGHURT VANILLE/CITROEN	65062	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON HYPO-ALLERGEEN 1	21310	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON HYPO-ALLERGEEN 2	102014	800	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON PEPTI 1	21308	900	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON PEPTI 2	21309	900	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON SOYA 1 POEDER	102006	900	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRILON SOYA 2 POEDER	102007	900	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI ENERGY KINDERSONDEVOEDING	16823	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI ENERGY MULTI FIBRE KINDERSONDEVOED	16849	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI ENERGY MULTI FIBRE PACK KINDERSONDEV	16803	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI ENERGY PACK KINDERSONDEVOEDING	16441	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI KINDERSONDEVOEDING	16811	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI LOW ENERGY MULTI FIBRE	18274	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI MULTI FIBRE KINDERSONDEVOEDING	16837	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI MULTI FIBRE PACK KINDERSONDEVOEDING	16442	500	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
NUTRINI PACK KINDERSONDEVOEDING 16440	14678667	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRINI PEPTI PACK 18858	15289591	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON CONCENTRATED 16982	13934791	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON ENERGY 16463	12333069	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE 16574	14662809	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON MULTI FIBRE GLAS 16476	14143690	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK CONCENTRATED 16416	14023121	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK ENERGY 16420	14019086	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK ENERGY MULTI FIBRE 16421	14662817	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK ENERGY MULTI FIBRE 65017	14901749	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK LOW ENERGY 16419	14019124	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK LOW ENERGY MULTI FIBRE 16423	14197170	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK MULTI FIBRE 16422	14901722	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK MULTI FIBRE 16418	14143704	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK PRE 16427	14019094	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK PROTEIN PLUS 16428	14197189	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK PROTEIN PLUS MULTI FIBRE 16428	14662795	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK SOYA 16424	14019108	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON PACK STANDARD 16417	14019078	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON POWDER 1653	13515101	860	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON SOYA 16500	12318507	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON STANDARD OP MELKEIWITBASIS 16449	12309249	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON 1000 COMPLETE MULTI FIBRE 18561	15101088	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON 1200 COMPLETE MULTI FIBRE GLAS 16999	14716887	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
NUTRISON 1200 COMPLETE MULTI FIBRE PACK 16998	14716895	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
PEPTI JUNIOR DIEETPOEDER 21316	13619829	450	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
PEPTISORB PACK 16433	14662833	1000	NUTRICIA NEDERLAND BV
PEPTISORB POWDER 26313	14716046	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
PEPTISORB VLOEIBAAR 16507	14662825	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHENYLDON MIXTURE 2 12022	13847279	450	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHENYLDON MIXTURE 3 12023	13847287	450	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXY 10 BAR 107020	14164973	20	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXY 10 DRINK CITROEN SACHET 20G 3367	14995077	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXY 10 DRINK TROPISCHE VRUCHTEN SACHET 20G 3366	14995085	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXY 10 DRINK ZWARTE BESSEN-APPEL SACH 20G 3272	14269635	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXY 10 TABLET 3444	15008428	75	NUTRICIA NEDERLAND BV
PHLEXYVITS MODULE SACHET 7G	14269643	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PK MAX POEDER FRAMBOZENSMAAK SACHET	15074455	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PK MAX POEDER NEUTRAAL SACHET	15074463	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PK MAX POEDER TROPISCHE VRUCHTENSMAAK SACHET	15074471	30	NUTRICIA NEDERLAND BV
PKU PROEFPAKKET ANAMIX	15123383	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
PKU PROEFPAKKET EASIPHEN	15123391	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
PKU PROEFPAKKET PHLEXY-10 SYSTEEM	15123413	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
PKU PROEFPAKKET PK MAX	15123421	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
PKU PROEFPAKKET PK MAX/ANAMIX NEUTRAAL 3628	15123448	1	NUTRICIA NEDERLAND BV
PROTEIN FREE MIXTURE 27639	14582384	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
RENILON POWDER	14163411	850	NUTRICIA NEDERLAND BV
RENILON 4.0 ABRIKOZEN	14749041	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
RENILON 4.0 KARAMEL	14749068	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
RENILON 7.5 ABRIKOZEN	14749076	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
RENILON 7.5 KARAMEL	14749084	750	NUTRICIA NEDERLAND BV
RESPIFOR AARDBEI CLUSTER A6 16193	14615940	750	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
RESPIFOR CHOCOLADE CLUSTER A6	16194	14615959	NUTRICIA NEDERLAND BV
RESPIFOR VANILLE CLUSTER A6	16192	14615924	NUTRICIA NEDERLAND BV
SCANDISHAKE MIX SACHETS 85G AARDBEI	72755	14289024	NUTRICIA NEDERLAND BV
SCANDISHAKE MIX SACHETS 85G CHOCOLADE	72763	14289032	NUTRICIA NEDERLAND BV
SCANDISHAKE MIX SACHETS 85G NATUREL	72751	14663384	NUTRICIA NEDERLAND BV
SCANDISHAKE MIX SACHETS 85G VANILLE	72759	14289040	NUTRICIA NEDERLAND BV
SMAAKSACHET CHERRY VANILLA SACHET 5G	809	14689510	NUTRICIA NEDERLAND BV
SMAAKSACHET GRAPEFRUIT SACHET 5G	811	14689537	NUTRICIA NEDERLAND BV
SMAAKSACHET LEMON/LIME SACHET 5G	810	14689529	NUTRICIA NEDERLAND BV
SOLAGEN VLOEIBAAR	3291	15047334	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI ENERGY KINDERSONDEVOEDING	16876	14678772	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI ENERGY MULTI FIBRE KINDERSONDEVOED 16906		15110486	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI ENERGY MULTI FIBRE PACK KINDERSONDE 16438		14678802	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI ENERGY PACK KINDERSONDEVOEDING 16804		14678780	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI KINDERSONDEVOEDING	16863	14678756	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI MULTI FIBRE KINDERSONDEVOEDING 16889		14678810	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI MULTI FIBRE PACK KINDERSONDEVOEDING 16439		14678829	NUTRICIA NEDERLAND BV
TENTRINI PACK KINDERSONDEVOEDING	16437	14678764	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLEU ANALOG FORMULA		14281341	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLEU FALADON	3259	15036308	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLEU MAXAMAID MIXTURE		14269481	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLEU MAXAMUM	3282	15036294	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLYS ANALOG FORMULA		14269619	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLYS LOW TRY ANALOG FORMULA		14269546	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLYS LOW TRY MAXAMAID MIXTURE		14269554	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLYS LOW TRY MAXAMUM		14568055	NUTRICIA NEDERLAND BV

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
XLYS MAXAMAID MIXTURE	14269627	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XLYS TRY GLUTARIDON	3247	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET ANALOG FORMULA	3887	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET CYS ANALOG	3887	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET CYS ANALOG	3887	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET HOMIDON	3243	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET MAXAMAID MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET MAXAMUM MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMET XCYS MAXAMAID	3270	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMTVI ANALOG FORMULA		400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMTVI ASADON	3253	200	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMTVI MAXAMAID MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XMTVI MAXAMUM MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XP ANALOG LCP	3403	400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPHEN TYR ANALOG		400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPHEN TYR MAXAMAID MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPHEN TYR MAXAMUM MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPTM ANALOG		400	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPTM MAXAMAID MIXTURE		500	NUTRICIA NEDERLAND BV
XPTM TYROSIDON		400	NUTRICIA NEDERLAND BV
MCT BASIS PLUS OLIE	212	500	NUTRICIA NEDERLAND BV
MCT OLIE CERES	8212	500	TEFA-PORTANJE BV
VITAFLO EAA SUPPLEMENT SACHET		500	TEFA-PORTANJE BV
VITAFLO HCU EXPRESS NEUTRAAL SACHET		50	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO HCU GEL NEUTRAAL SACHET		30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO MMA/PA EXPRESS NEUTRAAL SACHET		30	VITAFLO SCANDINAVIA AB

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
VITAFLO MMA/PA NEUTRAAL GEL SACHET	15098214	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO MSUD COOLER SINAASAPPEL	15215768	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO MSUD EXPRESS NEUTRAAL SACHET	15074366	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO MSUD GEL NEUTRAAL SACHET	15074358	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 10 BOSVRUCHTEN	15215725	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 10 SINAASAPPEL	15215717	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 10 STARTER-SET	15223787	12	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 15 BOSVRUCHTEN	15074390	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 15 SINAASAPPEL	15074315	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 15 STARTERSET	15112152	12	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 20 BOSVRUCHTEN	15215741	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 20 SINAASAPPEL	15215733	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU COOLER 20 STARTER-SET	15223779	12	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU EXPRESS CITROEN SACHET	15074269	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU EXPRESS NEUTRAAL SACHET	15074250	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU EXPRESS SINAASAPPEL SACHET	15074293	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU EXPRESS STARTERSET	15112136	18	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU EXPRESS TROPISCHE VRUCHTEN SACHET	15074307	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU GEL FRAMBOOS SACHET	15074242	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU GEL NEUTRAAL SACHET	15074226	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU GEL SINAASAPPEL SACHET	15074234	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO PKU GEL STARTERSET	15112144	14	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO SMAAKPOEDER CITROEN SACHET	15098230	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO SMAAKPOEDER FRAMBOOS SACHET	15113094	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO SMAAKPOEDER SINAASAPPEL SACHET	15098249	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO SMAAKPOEDER TROPISCHE VRUCHTEN SACHET	15098257	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB

Dieetpreparaten op de Nederlandse markt

Dit betreft de dieetpreparaten die op februari 2008 op de markt zijn en worden vergoed

Artikelnaam/ artikelnummer	ZI-nummer	hoeveelheid in ml/ gr/ stuks	Fabrikant/ productverantwoordelijke
VITAFLO SMAAKPOEDER ZWARTE BESSEN SACHET	15098265	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO TYR COOLER SINAASAPPEL	15336964	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO TYR EXPRESS NEUTRAAL SACHET	15074382	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB
VITAFLO TYR GEL NEUTRAAL SACHET	15074374	30	VITAFLO SCANDINAVIA AB

F Gebruik en kosten dieetpreparaten

GIP

Op basis van de GIP-databank zijn in tabel 1 ramingen gepresenteerd van het aantal afleveringen van voedingsmiddelen die vergoed zijn op basis van de zorgverzekeringswet, de totale kosten, de gemiddelde kosten per aflevering en het aantal gebruikers voor de jaren 2004-2007. De gegevens over 2007 zijn ramingen op grond van ontwikkelingen in de eerste zes maanden van 2007. Omdat het aantal gebruikers over dat jaar nog niet konden worden geteld zijn de aantallen gebruikers gebaseerd op verhoudingsgetallen (kosten/gebruiker) voor 2006. De indeling van de voedingsmiddelen naar indicatiecategorie (hoofdindicatie) is gebaseerd op het Farmacotherapeutisch Kompas en/of Compendium dieetproducten en voedingsmiddelen. De ramingen zijn afgerond, zoveel mogelijk op eenheden van 1000.

Op basis van een prognose laat 2007 een stijging zien van het aantal afleveringen. Het totaal aantal afleveringen in 2007 is dan hoger dan in 2004.

In 2004 zijn de kosten geschat op ruim 45 miljoen euro, in 2005 en 2006 op ruim 43 miljoen en in 2007 op basis van een prognose op 49 miljoen euro. Ten opzichte van 2006 betreft dit een stijging van de kosten van 12%.

Gemiddelde kosten per aflevering varieert van 39,40 tot 40,90 euro. De gemiddelde kosten per aflevering zijn in 2007 lager dan in 2006. De gemiddelde kosten per aflevering zijn het hoogst voor de indicatie stofwisselingsstoornis.

Het totaal aantal geschatte gebruikers stijgt over de jaren, met uitzondering van een lichte daling in 2005. De prognose in 2007 is dat er 83700 gebruikers zijn van voedingsmiddelen die door de Zvw vergoed worden. Meest voorkomende indicatie is slik- en passagestoornissen, gevolgd door voedselallergie.

Tabel 1: Gebruik voedingsmiddelen vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet op basis van de GIP databank

Totaal aantal afleveringen		Prognose			
	Macroraming: totale populatie	2004	2005	2006	2007
A	Slik-en passagestoornissen	726000	708000	719000	842000
B	Resorptiestoornissen	21000	19000	16000	17000
C	Voedselallergie	179000	144000	122000	119000
D	Stofwisselingsstoornis	53000	67000	60000	79000
E	COPD	70000	69000	63000	66000
F	A+B+D	10000	8000	7000	7000
G	B+D	80000	86000	76000	92000
H	Rest	2380	1920	2380	3220
Totaal aantal afleveringen		1142000	1103000	1065000	1226000

Totale kosten					
Macroraming: totale populatie				Prognose	
	2004	2005	2006	2007	
A	Slik-en passagestoornissen	20577000	19079000	2281000	25967000
B	Resorptiestoornissen	1270000	1221000	1059000	1163000
C	Voedselallergie	12140000	10768000	8980000	9244000
D	Stofwisselingsstoornis	6527000	7596000	5358000	6341000
E	COPD	2498000	2498000	2679000	3319000
F	A+B+D	356000	281000	306000	278000
G	B+D	1380000	1611000	1924000	2247000
H	Rest	402000	398000	411000	516000
Totale kosten		45148000	43452000	43527000	49074000

Gemiddelde kosten/aflevering					
Macroraming: totale populatie				Prognose	
	2004	2005	2006	2007	
A	Slik-en passagestoornissen	28,30	27,00	31,70	30,80
B	Resorptiestoornissen	60,00	63,20	67,10	69,30
C	Voedselallergie	67,90	74,70	73,60	77,40
D	Stofwisselingsstoornis	123,40	112,60	89,70	80,70
E	COPD	35,60	36,20	42,60	50,20
F	A+B+D	36,40	33,70	41,30	38,20
G	B+D	17,20	18,80	25,50	24,30
H	Rest	820,30	904,40	666,10	600,30
Gemiddelde kosten/aflevering		39,50	39,40	40,90	40,00

Aantallen gebruikers					
Macroraming: totale populatie				Prognose	
	2004	2005	2006	2007	
A	Slik-en passagestoornissen	35700	34200	43600	49600
B	Resorptiestoornissen	4000	3900	4300	4700
C	Voedselallergie	18000	15600	15900	16400
D	Stofwisselingsstoornis	7400	7700	8700	10300
E	COPD	5500	5600	6400	7900
F	A+B+D	2400	2000	2300	2100
G	B+D	8700	9400	10300	12000
H	Rest	310	290	490	870
Totaal aantal gebruikers		65900	62100	74200	83700

VNFKD

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de door de VNFKD opgegeven kosten van de verschillende soorten extramuraal gebruikte dieetpreparaten die ten laste komt van de zorgverzekeraars (in miljoen euro). Het betreft dieetpreparaten die door de leden van de VNFKD (inclusief één bedrijf dat geen lid is van de VNFKD) is geleverd.

Tabel 1: Kosten extramurale dieetpreparaten ten laste van zorgverzekeraars

	Dieetpreparaten (volwassenen)			Dieetpreparaten (baby's)	Totale kosten zorgverzekeraars
	Drinkvoeding	Sondevoeding	Totaal		
2004	23,8	18,8	42,6	12,0	54,6
2005	22,5	18,0	40,5	10,1	50,6
2006	21,7	17,5	39,2	8,7	47,9
2007 (schatting)	21,0	17,2	38,2	7,8	46,0

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het door de VNFKD opgegeven volume van extramuraal gebruikte dieetpreparaten die ten laste komt van de zorgverzekeraars (in 1000 liter en voor volwassenen). Het betreft dieetpreparaten die door de leden van de VNFKD (inclusief één bedrijf dat geen lid is van de VNFKD) zijn geleverd.

Tabel 2: Volume extramurale dieetpreparaten voor volwassenen ten laste van zorgverzekeraars

	Dieetpreparaten (volwassenen)		
	Drinkvoeding	Sondevoeding	Totale kosten zorgverzekeraars
2004	1871	1582	3453
2005	1951	1672	3623
2006	2060	1704	3764
2007 (schatting)	2160	1780	3940