

Rapport

Hulpmiddelenzorg 2010

(Deelrapport van het Pakketadvies 2010)

Op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer 286

Uitgave	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
Volgnummer	29062567
Afdeling	Zorg Advies
Auteur	mw. E.C.M. Visser/mw. drs. A.J. Link/Dhr. drs. E.J.A.A. Abbink
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 87 75
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
3	1. Inleiding
6	2. Signaleren
6	2.a. Signaleringslijst
12	3. Systemadvies: Heroriëntatie hulpmiddelenzorg
14	4. Systemadviezen: Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg
14	4.a. Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie
14	4.a.1. Samenvatting
14	4.a.2. Aanleiding
15	4.a.3. Wettelijk kader
20	4.a.4. Classificatie
22	4.a.5. Functiegerichte omschrijving
23	4.a.6. Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie
33	4.a.7. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren en gebruik van communicatieapparatuur
35	4.a.8. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
37	4.a.9. Advies
41	4.a.10. Financiële gevolgen
47	4.a.11. Bestuurlijke consultatie
49	4.a.12. Adviescommissie Pakket
49	4.a.13. Besluit CVZ
50	4.b. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie
50	4.b.1. Samenvatting
50	4.b.2. Aanleiding
50	4.b.3. Wettelijk kader

53	4.b.4. Classificatie
54	4.b.5. Functiegerichte omschrijving
54	4.b.6. Voorzieningen voor stomapatiënten
56	4.b.7. Hulpmiddelen bij incontinentie
63	4.b.8. Financiële gevolgen
64	4.b.9. Advies
70	4.b.10. Bestuurlijke consultatie
72	4.b.11. Adviescommissie Pakket
72	4.b.12. Besluit CVZ
73	4.c. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem
73	4.c.1. Samenvatting
73	4.c.2. Aanleiding
73	4.c.3. Medische achtergrond
75	4.c.4. Wettelijk kader
76	4.c.5. Classificatie
77	4.c.6. Functiegerichte omschrijving
77	4.c.7. Financiële aspecten
78	4.c.8. Advies
79	4.c.9. Bestuurlijke consultatie
79	4.c.10. Adviescommissie Pakket
79	4.c.11. Besluit CVZ
80	4.d. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel
80	4.d.1. Samenvatting
80	4.d.2. Aanleiding
80	4.d.3. Medische achtergrond
81	4.d.4. Wettelijk kader
83	4.d.5. Classificatie
84	4.d.6. Functiegerichte omschrijving
85	4.d.7. Overige diabeteshulpmiddelen
91	4.d.8. Indicatiecriteria insulinepomp

92	4.d.9. Financiële aspecten
93	4.d.10. Advies
94	4.d.11. Bestuurlijke consultatie
95	4.d.12. Adviescommissie Pakket
95	4.d.13. Besluit CVZ
96	5. Adviezen
96	5.a. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen
96	5.a.1. Samenvatting
96	5.a.2. Inleiding
98	5.a.3. Actualisering advies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen Zorgverzekeringswet
102	5.a.4. Advies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen AWBZ
105	5.a.5. Bestuurlijke consultatie
108	5.a.6. Adviescommissie Pakket
108	5.a.7. Besluit CVZ
109	5.b. Hulpmiddelen voor anticonceptie
109	5.b.1. Samenvatting
109	5.b.2. Inleiding
109	5.b.3. Wettelijk kader
110	5.b.4. Domein Zorgverzekeringswet en voorbehoeding van zwangerschap
110	5.b.5. Pakketbeoordeling medische indicatie
113	5.b.6. Advies
114	5.b.7. Reacties veldpartijen en advies ACP
114	5.b.8. Besluit CVZ
115	6. Standpunten
115	6.a. Inleiding
116	6.b. Afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg'
116	6.b.1. Samenvatting
116	6.b.2. Wet- en regelgeving
117	6.b.3. Standpunt

121	6.b.4. Vaststelling standpunt
122	6.c. Verneveling hypertoon zout bij Cystische Fibrose
122	6.c.1. Inleiding
122	6.c.2. Wet- en regelgeving
125	6.c.3. Standpunt
125	6.c.4. Vaststelling standpunt
126	6.d. Verbandmiddelen
126	6.d.1. Inleiding
127	6.d.2. Wet- en regelgeving
128	6.d.3. Achterliggende adviezen en jurisprudentie
130	6.d.4. Diverse materialen
132	6.d.5. Standpunt
132	6.d.6. Vaststelling standpunt
133	6.e. Compressiekousen bij ulcus cruris venosum
133	6.e.1. Inleiding
134	6.e.2. Wet- en regelgeving
135	6.e.3. Standpunt verbandmiddelen
136	6.e.4. Dubbellaags compressiekousen
137	6.e.5. Standpunt
137	6.e.6. Vaststelling standpunt
138	6.f. Gebitsaanpassing tbv een MRA
138	6.f.1. Inleiding
139	6.f.2. Beoordeling standpunt Zvw
142	6.f.3. Standpunt
142	6.f.4. Consequenties
143	6.f.5. Vaststelling standpunt

Bijlage

1. Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie en reactie CVZ

Het deelrapport hulpmiddelenzorg 2010 is opgesteld door:

Mw. E.C.M. Visser

Mw. drs. A.J. Link

Dhr. drs. E.J.A.A. Abbink

In samenwerking met

Dhr. H.J. Gaasbeek Janzen, arts M&G

Dhr. J.C. de Wit

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) rapporteert jaarlijks over actuele knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Als basis voor dit rapport dient de Signaleringslijst hulpmiddelen. Op deze lijst staan signalen die duiden op knelpunten en lacunes in wet- en regelgeving, waardoor de noodzakelijke zorg en toegankelijkheid van zorg onvoldoende is gewaarborgd. Ook verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel toe te laten tot het te verzekeren pakket komen op deze lijst.

Het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 (voorheen Signaleringsrapport hulpmiddelen) is onderdeel van het Pakketadvies 2010.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het CVZ gevraagd voorstellen te doen om de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te omschrijven vanuit de functiebeperking. Hierbij dient de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) als leidraad. Deze zogenoemde functiegerichte omschrijving van regelgeving beoogt de mogelijkheid te openen dat het zorgaanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd. In dit pakketadvies doet het CVZ voorstellen om te komen tot een functiegerichte omschrijving van:

- hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie;
- hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie;
- hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Om het verandertraject beheersbaar te houden, is het uitgangspunt dat zoveel mogelijk gestreefd wordt naar budgetneutraliteit. Daarom doet het CVZ op sommige punten voorstellen om de aanspraak op basis van de pakketprincipes te beperken. Alleen bij de categorie hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie doet het CVZ – vanuit het

oogpunt van kwalitatief goede zorg - voorstellen voor uitbreiding van het pakket.

Het CVZ stelt voor de indicatiecriteria voor de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie te verruimen en de vergoedingslimieten af te schaffen. Om deze redenen kunnen de kosten voor deze hulpmiddelen mogelijk gaan stijgen. Het CVZ heeft een bandbreedte berekend die neerkomt op een kostenstijging van € 28 tot € 77 miljoen per jaar. Hierbij is geen rekening gehouden met mogelijke inverdieneffecten. Hoewel deze inverdieneffecten moeilijk te kwantificeren zijn, lijkt het erop dat de geraamde meerkosten maximaal zijn en in de praktijk wel eens lager zouden kunnen uitvallen. Voor de overige functiegerichte omschrijvingen gaat het CVZ ervan uit dat deze budgetneutraal kunnen worden doorgevoerd.

Het CVZ adviseert de volgende categorieën hulpmiddelen niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie, dan wel alleen onder bepaalde voorwaarden te vergoeden:

- eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen;
 - hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.
- Het CVZ raamt de besparing van het schrappen van deze te verzekeren prestaties tezamen op € 20,6 miljoen per jaar.

Ook brengt het CVZ in dit rapport verslag uit van de ingenomen standpunten in het kader van de hulpmiddelenzorg. Het gaat om de volgende onderwerpen:

- afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg';
- verneveling hypertoon zout bij Cystische Fibrose;
- verbandmaterialen;
- compressiekousen bij ulcus cruris venosum;
- gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA.

1. Inleiding

Jaarlijkse cyclus

Het CVZ rapporteert jaarlijks over gesignaleerde knelpunten in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Dit deelrapport Hulpmiddelenzorg is onderdeel van het Pakketadvies 2010.

Bundeling adviezen hulpmiddelenzorg

Het CVZ heeft ervoor gekozen de pakketadviezen op het gebied van hulpmiddelenzorg in een apart deelrapport te bundelen. Hiervoor zijn enerzijds praktische redenen aan te voeren; met deze afzonderlijke publicatie komt het CVZ tegemoet aan de wens van bij de hulpmiddelenzorg betrokken partijen om een totaaloverzicht van de adviezen en standpunten op het terrein van de hulpmiddelenzorg te hebben. Anderzijds zorgt de wijze waarop de te verzekeren prestatie is vormgegeven, maar ook de transformatie naar een meer functiegericht omschreven paragraaf hulpmiddelenzorg, verhoudingsgewijs voor veel signalen met ieder een andere dynamiek. Zolang de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg nog niet volledig is gerealiseerd en de heroriëntatie hulpmiddelenzorg nog niet zijn beslag heeft gekregen, zal hierin naar verwachting geen verandering komen.

Signaleren

Het CVZ verzamelt signalen over ontwikkelingen, vragen en knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Hierbij kan het ook gaan om verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel te beoordelen voor toelating tot het pakket. Deze signalen worden geplaatst op de Signaleringslijst hulpmiddelen.

Leeswijzer

Het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 is de *Signaleringslijst hulpmiddelen* opgenomen.

Systeemadviezen

De hoofdstukken 3 en 4 zijn gewijd aan systeemadviezen. Een samenvatting van het rapport 'Heroriëntatie Hulpmiddelenzorg' dat het CVZ het afgelopen jaar heeft uitgebracht, is opgenomen in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 4 bevat voorstellen voor functiegerichte omschrijvingen van vier categorieën hulpmiddelen in de Regeling zorgverzekering (Rzv), te weten:

- Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie;
- Hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie;
- Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- Hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Het gaat hier om systeemadviezen. De minister van VWS streeft naar een zo volledig mogelijk op de functiebeperking gericht omschreven te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' in de Zvw.

Hierbij dient de ICF als leidraad. Deze zogenoemde functiegerichte omschrijving van regelgeving beoogt de mogelijkheid te openen dat het zorgaanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd. De minister heeft het CVZ verzocht daartoe voorstellen te doen.

Een van de randvoorwaarden voor de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg is de beheersbaarheid. Daarom gaat de minister ervan uit dat het CVZ daar waar nodig voorstellen doet om de aanspraak op basis van de pakketprincipes te beperken, zodat een zekere verruiming beheersbaar wordt¹.

Het streven is gericht op budgetneutraliteit maar ook op kwalitatief goede zorg.

¹ Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 16 april 2008: "Ontwikkelingen in hulpmiddelenbeleid"

Uitstroomadviezen In hoofdstuk 5 geeft het CVZ enkele uitstroomadviezen op het gebied van de hulpmiddelenzorg. Het gaat om de volgende problematiek:

- een update van een door het CVZ in het Pakketadvies 2007 uitgebracht advies omtrent de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen;
- de beoordeling van de vraag of anticonceptie tot de te verzekeren zorg moet blijven behoren, wat consequenties heeft voor de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden'.

Standpunten In hoofdstuk 6 besteedt het CVZ aandacht aan ingenomen standpunten op het gebied van de hulpmiddelenzorg. Deze standpunten zijn richtinggevend en hebben tot doel het bevorderen van een eenduidige uitleg van de inhoud en omvang van deze te verzekeren prestaties. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg';
- verneveling hypertoon zout bij Cystische Fibrose;
- verbandmaterialen;
- compressiekousen bij ulcus cruris venosum;
- gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA.

Bestuurlijke consultatie Uit de bestuurlijke consultatie blijkt dat er bij partijen breed draagvlak is voor een functiegericht omschreven hulpmiddelenzorg. De belangrijkste punten uit de bestuurlijke consultatie is per onderdeel samengevat en voorzien van het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) en het besluit van het CVZ. De brieven en e-mails van partijen zijn bijgevoegd bij het rapport (bijlage 1) alsmede een meer uitgebreide reactie van het CVZ op deze brieven.

2. Signaleren

2.a. Signaleringslijst

De Signaleringslijst hulpmiddelen is een overzicht van signalen en onderwerpen die relevant zijn voor de inhoud van en toegang tot het te verzekeren pakket als het gaat om hulpmiddelenzorg. In onderstaand overzicht staan signalen genoemd, met een korte uiteenzetting van de problematiek. De signaleringslijst 2009 is aangevuld met nieuwe signalen die het CVZ sindsdien hebben bereikt. Deze geactualiseerde signaleringslijst vormt de basis voor dit rapport.

Bij verschillende signalen is aangegeven of het gaat om adviezen die in dit pakketadvies aan de orde komen of dat er sprake is van een standpunt dat het CVZ het afgelopen jaar heeft ingenomen. Bij nieuwe signalen is de planning vermeld.

Signaleringslijst hulpmiddelen	
Algemeen	
	<p><u>Func tiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie;○ hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie;○ hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;○ hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel. <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2010</p>

	<p><u>Afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg'</u></p> <p>Er is onduidelijkheid over de vraag wanneer een hulpmiddel onder de zorg valt zoals medisch specialisten die plegen te bieden (bekostiging door middel van DBC's) en wanneer er sprake is van hulpmiddelenzorg (Rzv). Het CVZ heeft hierover een standpunt ingenomen.</p> <p style="text-align: right;">Standpunt augustus 2009</p>
	<p><u>Stroomkosten</u></p> <p>In het algemeen vallen stroomkosten onder de 'kosten van normaal gebruik' die op grond van het Besluit zorgverzekering (Bzv) voor eigen rekening blijven. Voor bepaalde hulpmiddelen is op deze algemene regel een uitzondering gemaakt. Het is de vraag of dit terecht is. Onderzoek moet uitwijzen bij welke hulpmiddelen het redelijk is dergelijke kosten wel of juist niet te vergoeden.</p> <p style="text-align: right;">Nog niet bekend</p>
Specifiek	
	<p><u>Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden</u></p> <p>Pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden vallen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het is de vraag of hier sprake is van geneeskundige zorg en zo ja, of er sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het CVZ beoordeelt of anticonceptie (de pil, spiraaltje en pessarium) tot de te verzekeren zorg moet blijven behoren.</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2010</p>
ISO 04 03	<p><u>MucoClear® 6%</u></p> <p>Verzoek van de fabrikant om een verneveloplossing van hypertoon zout (Mucoclear) werkzaam bij mobilisatie van slijm bij onder meer patiënten met cystische fibrose (CF) toe te laten tot het te verzekeren pakket. Het CVZ heeft hierover een standpunt ingenomen.</p> <p><i>Herkomst: fabrikant</i></p> <p style="text-align: right;">Standpunt juni 2009</p>

ISO 04 03	<p><u>Hulpmiddelen voor airstacken</u></p> <p>De vraag die beantwoord moet worden, is of de behandeling met hulpmiddelen voor airstacken moet worden gezien in het kader van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' of 'hulpmiddelenzorg'. Verder moet worden beoordeeld of de behandeling met hulpmiddelen voor airstacken voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en of het gaat om zorg die 'de beroepsgroep pleegt te bieden'.</p> <p><i>Herkomst:</i> Patiëntenvereniging</p> <p style="text-align: right;">Standpunt 2e kwartaal 2010</p>
ISO 04 03	<p><u>Proefplaatsing CPAP-apparatuur</u></p> <p>De leden van de FHI ervaren problemen bij de vergoeding van de kosten van de proefperiode van CPAP-apparatuur. De vraag is of de proefplaatsing moet worden gezien in het kader van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' of de 'hulpmiddelenzorg'.</p> <p><i>Herkomst:</i> Brancheorganisatie</p> <p style="text-align: right;">Standpunt 2e kwartaal 2010</p>
ISO 04 06	<p><u>Compressiekousen bij <i>ulcus cruris venosum</i></u></p> <p>Het betreft een speciaal type kousen (dubbellaags) die vanwege hun breiwijze de werking hebben van korte rek zwachtels. De vraag is of deze kousen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen.</p> <p style="text-align: right;">Standpunt 1^e kwartaal 2010</p>
ISO 04 24	<p><u>Zelfcontrole bij type 2 diabetes</u></p> <p>Patiënten met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken, hebben geen recht op vergoeding van zelfcontrolematerialen. Omdat de laatste CVZ-beoordeling van zelfcontrole in 2005 heeft plaatsgevonden en er sindsdien verschillende onderzoeken naar de (kosten-)effectiviteit van zelfcontrole gepubliceerd zijn, is een nieuwe beoordeling gewenst.</p> <p><i>Herkomst:</i> Pakketscan diabetes</p> <p style="text-align: right;">Standpunt medio 2010</p>

ISO 04 24	<p><u>Insulinepomp met continue bloedglucosemonitoring (CGM)</u> Er zijn diverse signalen over een nieuwe infuuspomp met continue bloedglucosemonitoring. Inmiddels is een verzoek ontvangen van de fabrikant om deze infuuspomp toe te laten tot het te verzekeren pakket. <i>Herkomst:</i> fabrikant, zorgverzekeraars en Pakketscan diabetes Standpunt 2^e kwartaal 2010</p>
ISO 06 03	<p><u>Redressiehelm</u> Redressiehelmen zijn als te verzekeren prestatie opgenomen in de hulpmiddelenzorg. Het is de vraag of dit terecht is nu het gaat om een tijdelijke behandeling van medisch specialistische aard. De vraag die beantwoord moet worden is of een redressiehelm valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zoals medisch specialisten plegen te bieden. <i>Herkomst:</i> Rapport over afbakening uitgave 280 Pakketadvies 2011</p>
ISO 09 03	<p><u>Allergeenvrije schoenen</u> De eigenbijdrageregeling voor allergenvrije schoenen wijkt af van die van orthopedische schoeisel. De schoenen worden vaak wel door dezelfde leverancier geleverd. Het is in de winkel vaak moeilijk uit te leggen waarom de ene klant meer moet bijbetalen dan de ander. Daartegenover staat dat er – volgens een ander signaal – voldoende confectiemodellen beschikbaar zijn. Een nieuwe toets aan de pakketprincipes zou daarom zijn aangewezen. <i>Herkomst:</i> NVOS/Orthobanda, zorgverzekeraars Planning 2011</p>
ISO 09 21	<p><u>Verbandmaterialen</u> Hoe moet het indicatiecriterium voor verbandmiddelen worden uitgelegd en dan met name de begrippen 'ernstige aandoening' en 'langdurig'? Het CVZ heeft hierover een standpunt ingenomen. <i>Herkomst:</i> OMTA, zorgverzekeraar Standpunt juni 2009</p>

ISO 09 42	<p><u>Gebitsaanpassing tbv een MRA</u></p> <p>De vraag is of een gebitsaanpassing ten behoeve van een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) tot de te verzekeren prestatie behoort. Het CVZ heeft hierover een standpunt ingenomen.</p> <p><i>Herkomst:</i> Zorgverzekeraar</p> <p style="text-align: right;">Standpunt december 2009</p>
ISO 09 42	<p><u>Caphosol (mondspoelmiddel of speekselsubstituut)</u></p> <p>Caphosol is een mondspoelmiddel of speekselsubstituut dat extramuraal wordt ingezet ter voorkoming of behandeling van orale mucositis veroorzaakt door chemo- en/of radiotherapie. De vraag is of mondspoelmiddelen of speekselsubstituten moeten worden toegelaten tot het te verzekeren pakket.</p> <p><i>Herkomst:</i> Fabrikant</p> <p style="text-align: right;">Voorjaar 2010</p>
ISO 12 03 en 12 06	<p><u>Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen</u></p> <p>Het CVZ is van mening dat er bij eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg.</p> <p><i>Herkomst:</i> Pakketadvies 2007</p> <p style="text-align: right;">Update in pakketadvies 2010</p>
ISO 12 30	<p><u>Transferhulpmiddelen</u></p> <p>Er bestaat geen aanspraak op transferhulpmiddelen. Bij de transferhulpmiddelen spelen diverse afbakeningsproblemen (Wmo en AWBZ).</p> <p><i>Herkomst:</i> verstrekkingengeschillen</p> <p style="text-align: right;">Heroriëntatie hulpmiddelenzorg 2009</p>

ISO 21 45	<p><u>Maximum vergoeding hoortoestellen</u></p> <p>Al jaren zijn er signalen dat de maximum vergoedingen voor hoortoestellen niet toereikend zouden zijn. Het CVZ heeft de Stichting PACT gevraagd onderzoek te doen naar de technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties. Op basis van dit onderzoek komt het CVZ met voorstellen voor een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor de hoorfunctie. De vraag of de getrapte vergoedingslimieten gehandhaafd dienen te blijven, zal hierbij worden betrokken.</p> <p><i>Herkomst:</i> diverse signalen</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2010</p>
ISO 24 18	<p><u>Hulphonden</u></p> <p>In het kader van adviesaanvragen en geschillen zijn vragen gerezen over de indicatiestelling van een hulphond. In welke situatie is de inzet van een hulphond doelmatig en wanneer is de inzet van andere hulpmiddelen aangewezen.</p> <p><i>Herkomst;</i> zorgverzekeraars (OMTA), adviesaanvragen en geschillen.</p> <p style="text-align: right;">Planning 2011</p>

3. Systemadvies: Heroriëntatie hulpmiddelenzorg

Systemadvies: Het CVZ adviseert alle hulpmiddelen die betrekking hebben op het thema 'zelfredzaamheid in en om de woning' over te hevelen naar de Wmo. Door de hulpmiddelen rondom dit thema te groeperen, ontstaat voor de burger duidelijkheid tot welk loket hij zich voor een bepaalde voorziening moet wenden.

Logische ordening

Het CVZ is nagegaan of een herschikking van de hulpmiddelenzorg die op grond van de Zvw, de AWBZ-uitleen en de Wmo wordt verstrekt, voor de burger leidt tot een logischer ordening en tot minder regelgeving.

Thematische benadering

Het CVZ heeft geadviseerd alle hulpmiddelen die te maken hebben met het thema 'zelfredzaamheid in en om de woning' onder de werkingssfeer van de Wmo te brengen². Door de hulpmiddelen rondom dit thema te groeperen ontstaat er voor de burger duidelijkheid tot welke loket hij zich moet wenden. Bovendien gaat het veelal om hulpmiddelen die in elkaars verlengde of in samenhang met andere voorzieningen uit de Wmo worden gebruikt. De problematiek rond de transferhulpmiddelen – zoals opgenomen op de Signaleringslijst – is daarmee opgelost. Deze hulpmiddelen zullen – als de heroriëntatie wordt doorgevoerd zoals het CVZ voorstaat – onder de werkingssfeer van de Wmo komen te vallen.

Hulpmiddelen die worden ingezet ter compensatie van één specifieke beperking, bijvoorbeeld een beperking in het horen of zien, vallen onder de Zvw. Het CVZ adviseert verder de AWBZ-uitleen op te heffen en de uitleenhulpmiddelen volgens dezelfde themagewijze benadering onder te brengen in de Wmo en Zvw.

² Rapport Heroriëntatie hulpmiddelen (publicatienummer 279)

**Alternatief
scenario**

Naar aanleiding van het CVZ-rapport over de heroriëntatie, is door ZN, de CG-raad en CSO een plan van aanpak opgesteld voor een ander scenario voor de heroriëntatie. Dat scenario betreft het naar de Zvw overhevelen van alle AWBZ-uitleenhulpmiddelen en van de hulpmiddelen die vanuit de Wmo worden verstrekt (met uitzondering van de scootmobiel en de aard- en nagelvaste woonvoorzieningen).

**Samenhang
voorzieningen**

Het CVZ heeft het scenario van de drie partijen gewogen en heeft besloten zijn advies van juli 2009 te handhaven³. Het CVZ is van mening dat hulpmiddelenzorg niet los moet worden gezien van andere voorzieningen in de directe woonomgeving waarop ouderen en mensen met beperkingen veelal een beroep zullen doen. Het CVZ is van oordeel dat zo lang er een Wmo en een Zvw zijn, het voeren van een consistent beleid van belang is. Het CVZ blijft van oordeel dat zijn eerdere advies voor de cliënt leidt tot de meest logische samenhang in voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening.

Die samenhang, het feit dat de Wmo dicht bij de burger georganiseerd is en de rechtstreekse inbreng die cliënten hebben bij de totstandkoming van het lokale Wmo-beleid, vindt het CVZ belangrijke voordelen van zijn advies.

Evaluatie Wmo

Omdat er geen eenduidig beeld bestaat over de uitvoering van de Wmo door gemeenten, adviseert het CVZ de minister van VWS om zijn besluitvorming over de overheveling van hulpmiddelen naar de Wmo aan te houden totdat de evaluatie van die wet heeft plaatsgevonden. Het evaluatierapport komt begin 2010 beschikbaar. Mocht de minister aan deze evaluatie conclusies verbinden die relevant zijn voor de positionering van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening, heeft dit ook gevolgen voor de heroriëntatie hulpmiddelen.

³ Rapport Heroriëntatie hulpmiddelen 2

4. Stysteemadviezen: Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg

4.a. Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

4.a.1. Samenvatting

Stysteemadvies: Het CVZ adviseert de verschillende hulpmiddelen voor de hoorfunctie functiegericht te omschrijven. Het is wenselijk dat de volledige hooroplossing – zowel hoortoestel als aanvullende hoorhulpmiddelen – gerealiseerd kan worden binnen één wettelijk kader, te weten de Zvw. Bij deze hooroplossing dient te worden uitgegaan van de hoorbehoefte (luistertaken en luisteromgeving). Om dit te realiseren dienen de indicatiecriteria voor hoortoestellen te worden verruimd en de vergoedingslimieten afgeschaft.

4.a.2. Aanleiding

In de paragraaf hulpmiddelenzorg uit de Rzv zijn verschillende hulpmiddelen opgenomen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de hoorfunctie. De omschrijving van de verschillende hulpmiddelen is zeer strikt. Hierdoor kan het voorkomen dat hulpmiddelen met hetzelfde behandel doel maar een ander werkingsmechanisme, niet onder de te verzekeren prestaties vallen. In dit pakketadvies doet het CVZ voorstellen om de categorie hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven.

Kamervragen

De afgelopen jaren zijn er tweemaal kamervragen gesteld over de vergoedingsregeling voor hoortoestellen, met name voor mensen met een ernstig gehoorverlies.

De veronderstelling was dat – bij de huidige vergoedingsregeling met getrapte vergoedingslimieten – de eigen betaling van een verzekerde hoger wordt naarmate het gehoorverlies toeneemt. De vraag aan de minister van VWS was of hij bereid was om de vergoedingen voor hoortoestellen te verhogen.

Onderzoek

De minister heeft daarop geantwoord dat naar zijn mening de aanspraak op gehoorhulpmiddelen in de Zvw met de huidige bepalingen voldoende zeker is gesteld.

Wel verwees de minister daarbij naar de in gang gezette ontwikkelingen richting functiegericht omschreven aanspraken en het voornemen van het CVZ onderzoek te laten doen naar de hoogte van de maximumvergoeding van hoortoestellen. De minister verklaarde dat het CVZ in het voorstel om de aanspraak op auditieve hulpmiddelen functiegericht te omschrijven op basis van dit onderzoek ook zal adviseren over de hoogte van de vergoedingslimiet(en) voor hoortoestellen.

Begin oktober 2009 is het desbetreffende onderzoek 'Compensatie van verminderd horen: Technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties' afgerond. Dit onderzoek is uitgevoerd door de Stichting PACT. De resultaten van dit onderzoek zijn bij de totstandkoming van het voorstel voor een functiegerichte omschrijving betrokken.

4.a.3. Wettelijk kader

Besluit zorgverzekering

Bzv

In artikel 2.1, tweede lid, Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In het derde lid van dit artikel is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Verder is in artikel 2.9, eerste lid, Bzv geregeld dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv	<p>Regeling zorgverzekering</p> <p>In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de verschillende hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de hoorfunctie als te verzekeren prestatie opgenomen.</p>
Hoortoestellen	<p>Artikel 2.6, onderdeel g, en artikel 2.14: Gehoorthulpmiddelen</p> <p>1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, omvatten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing van oorstukjes, indien is voldaan aan een van de zorginhoudelijke criteria vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling; b. Ringleidingen, bestaande uit een snoer en versterker met zonodig een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, met zonodig een tafelmicrofoon, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 5, van deze regeling; c. Een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes. <p>2. Als een bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. een cros-uitvoering; b. een bicros-uitvoering; c. een beengeleider-uitvoering; d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen; e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
Geluidsoverdrachts-systemen	
Oorsuis-maskeerders	

- f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.

In het derde tot en met het vijfde lid van dit artikel zijn de voor hoortoestellen geldende getrapte vergoedingslimieten opgenomen. Het zesde lid regelt de extra vergoeding voor hoortoestellen in een brilmontuur.

**Maximum
vergoedingen**

In 2010 gelden de volgende vergoedingslimieten:

- € 496,50 Bij de eerste aanschaf of bij vervanging van een hoortoestel dat korter dan 6 jaar is gebruikt.
- € 587,50 Bij vervanging van een hoortoestel dat 6 jaar is gebruikt maar nog geen 7 jaar.
- € 678,00 Bij vervanging van een hoortoestel dat 7 jaar is gebruikt.
- € 678,00 Voor verzekerden jonger dan 16 jaar.
- € 64,00 Extra vergoeding voor hoortoestellen die zijn opgenomen in een brilmontuur.

**Artikel 2.6, onderdeel t, en artikel 2.26:
Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening
en signalering**

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel t, omvatten:

Telefoons

- h. Telefoons en telefoneerhulpmiddelen, zijnde
 - 4° Teksttelefoons of beeldtelefoons voor auditief gehandicapten, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdelen 8 en 9, van deze regeling;
- j. Signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - 1° Wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 10, van deze regeling.

**Signalerings-
apparatuur**

**Voorwaarden
solo-apparatuur**

Artikel 2.6, onderdeel aa, en artikel 2.29:

Soloapparatuur

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel aa, omvatten solo-apparatuur met toebehoren, indien sprake is van een indicatie, vermeld in bijlage 3, onderdeel 12, van deze Regeling alsmede indien de verzekerde:

- a. De apparatuur gebruikt voor het volgen van her- of bijscholing, dan wel niet tot het reguliere onderwijs behorende beroepsopleidingen in klassikaal-, of groepsverband;
- b. De apparatuur gebruikt voor het volgen van regulier onderwijs;
- c. De apparatuur gebruikt voor het volgen van speciaal onderwijs in klassikaal-, onderscheidenlijk groepsverband dat niet specifiek gericht is op dove en slechthorende leerlingen of;
- d. De apparatuur gebruikt tijdens het op medische gronden noodzakelijk ondergaan van een groepsgewijze therapeutische behandeling of,
- e. De apparatuur gebruikt bij het in een gestructureerd en georganiseerd verband verrichten van betaalde of niet betaalde werkzaamheden.

BAHA

Artikel 2.6, onderdeel cc, en artikel 2.31

Vervanging van BAHA-hoortoestellen

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onder cc, omvatten vervanging van BAHA-hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling en een luchtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kan worden aangepast.

Artikel 2.6, onderdeel ff, en artikel 2.34

Geleidehonden

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onder ff, omvatten (sub a blindengeleidehonden):

Signaalhonden

- b. Hulphonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van een verzekerde die *volledig doof* is of die als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen aangewezen is op hulp bij die mobiliteit of bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, waardoor zijn zelfstandigheid wordt vergroot en het beroep op zorgondersteuning vermindert.

Voor de functiegericht omschreven aanspraak van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn alleen de hulphonden voor auditief gehandicapten van belang (verder: signaalhond).

Indicatiecriteria

Met uitzondering van de signaalhonden gelden er voor de diverse hulpmiddelen specifieke indicatiecriteria die zijn opgenomen in bijlage 3 bij de Regeling. Grofweg kan worden gesteld dat hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie onder de te verzekeren prestatie vallen als sprake is van een matig gehoorverlies of meer (vanaf 35dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz) gemeten op het beste oor. Alleen voor de te verzekeren prestatie tekst- en beeldtelefoons geldt dat sprake moet zijn van een ernstig gehoorverlies of meer (vanaf 70dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000, Hz) gemeten op het beste oor. Mensen met een lichte slechthorendheid (tot 35dB) en eenzijdig slechthorenden komen niet in aanmerking voor verstrekking van hulpmiddelen.

ISO

4.a.4. Classificatie

In de ISO 9999 zijn bovengenoemde hulpmiddelen opgenomen onder:

ISO 04.27 Stimulatoren

Apparatuur die de perceptie van geluid vanuit het oor zelf maskeert:

- maskeerders tegen oorsuizen.

ISO 22.06 Hulpmiddelen voor horen

Hulpmiddelen voor bundelen en/of versterken en/of veranderen van geluid voor een persoon met een gehoorstoornis:

- luisterhoorns;
- op het lichaam gedragen hulpmiddelen voor het horen;
- hoorbrillen;
- in het oor gedragen hoortoestellen;
- achter het oor gedragen hoortoestellen;
- tactiele hoorhulpmiddelen;
- hulpmiddelen voor horen met geïmplanteerde receptoren.

ISO 22.18 Hulpmiddelen voor omgaan met auditieve en visuele informatie

Hulpmiddelen voor het opslaan, bewerken en weergeven van auditieve en visuele informatie:

- FM-geluidsoverdrachtssystemen;
- IR-geluidsoverdrachtssystemen;
- ringleidinghulpmiddelen;
- wek- en waarschuwingsapparatuur

ISO 22.24 Hulpmiddelen voor telefoneren (en telefonisch berichtenverkeer)

- telefoons, vast netwerk, waaronder beeldtelefoons;
- teksttelefoons.

Signaalhonden komen niet voor in ISO-9999. Kennelijk gaat men er in deze classificatie vanuit dat honden geen hulpmiddelen zijn.

ICF

Uitgaande van de ICF-classificatie kan een splitsing worden gemaakt tussen de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie (classificatie *functies*) en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor de beperkingen die een persoon met een auditieve handicap ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie *activiteiten en participatie*).

Stoornis

Volgens de ICF vallen onder de 'Hoorfunctie' ook 'Gewaarwordingen gepaard gaande met de hoorfunctie' zoals oorsuizen. Hoortoestellen – waaronder BAHA-hoortoestellen – en maskeerders tegen oorsuizen – dienen om de stoornis in de hoorfunctie te verbeteren. Met andere woorden deze hulpmiddelen grijpen in op het stoornisniveau met als doel om de stoornis geheel of gedeeltelijk op te heffen.

Beperking

Indien de stoornis in de hoorfunctie met deze hulpmiddelen (in bepaalde situaties) niet voldoende verbetert, zal de auditief gehandicapte bij bepaalde activiteiten beperkingen ervaren. De overige hulpmiddelen dienen ter compensatie van deze beperkingen (de moeilijkheden die een persoon als gevolg van zijn slechthorendheid heeft met het uitvoeren van activiteiten).

In termen van de ICF gaat het bij deze hulpmiddelen om beperkingen in het:

- Luisteren
"Het doelbewust ervaren van auditieve stimuli, zoals bij luisteren naar radio, muziek of lezing."
De hulpmiddelen die hiervoor compensatie bieden zijn

FM-geluidsoverdrachtssystemen, IR-overdrachtssystemen, ringleidinghulpmiddelen en soloapparatuur.

- Gebruiken van communicatieapparatuur en - technieken
“Het gebruiken van apparatuur, technieken en andere technische middelen om te communiceren, zoals met een vriend telefoneren.”

De hulpmiddelen die hiervoor compensatie bieden zijn teksttelefoons, beeldtelefoons en wek- en waarschuwingsapparatuur.

Overigens zullen slechthorenden in ICF-termen ook beperkingen ervaren in de communicatie (beperkingen in het begrijpen, zich uiten en converseren). Vanuit de hulpmiddelenzorg kunnen dergelijke beperkingen worden gecompenseerd met hulpmiddelen die slechthorenden in staat stellen te horen, doelbewust te luisteren of het gebruik van communicatieapparatuur en -technieken.

4.a.5. Functiegerichte omschrijving

Uitgaande van de ICF zou de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die samenhangen met de gehoorfunctie als volgt kunnen worden gedefinieerd:

1. *hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie en;*
2. *hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren en beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur.*

Indien een dergelijke omschrijving in de Rzv zou worden opgenomen, is de te verzekeren prestatie ruimer dan nu het geval is. Bij hoortoestellen gelden nu maximum vergoedingen en strikte indicatiecriteria. Verder is de te verzekeren prestatie voor wat betreft hoortoestellen met een in- en uitwendig deel beperkt tot de vervanging van BAHA-hoortoestellen. Ook gelden er indicatiecriteria voor geluidsoverdrachtssystemen en teksttelefoons en dient te worden voorkomen dat

de te verzekeren prestatie wordt verruimd met algemeen gebruikelijke voorzieningen.

In de volgende paragrafen gaat het CVZ in op de aspecten waarmee rekening moet worden gehouden als deze functiegerichte omschrijving in de regelgeving wordt opgenomen. Op een aantal punten zal dit leiden tot een voorstel tot aanscherping van de functiegerichte omschrijving.

4.a.6. Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie

o Indicatiecriteria hoortoestellen

PACT studie 2002

Indicatiecriteria

In een PACT studie ten behoeve van het CVZ is in 2002 een systematische review uitgevoerd naar de meerwaarde van een bilaterale aanpassing. Op basis van dit onderzoek heeft het CVZ destijds het rapport 'Vereenvoudiging en verruiming indicatiecriteria hoortoestellen' uitgebracht (publicatienummer 119).

De resultaten van het onderzoek onderbouwen de meerwaarde van een stereofonische aanpassing. Naast de gevonden meerwaarde bleek bovendien dat de restcapaciteit van een slechthorend oor onomkeerbaar achteruit gaat indien het oor onvoldoende geluids aanbod krijgt (deprivatie-effect). Dit verschijnsel pleit voor een beoordeling van de noodzaak tot aanschaf van een hoortoestel *per oor*.

Ook voor eenzijdig slechthorenden werd voor bijna alle uitkomstmaten een significante meerwaarde gevonden bij het dragen van één hoortoestel in vergelijking tot het dragen van geen hoortoestel. Het CVZ stelde destijds voor de aanspraak op een stereofonische aanpassing te verruimen. Ook was het CVZ van mening dat mensen met een eenzijdig gehoorverlies (matig of fors gehoorverlies aan één oor) in aanmerking zouden moeten komen voor vergoeding van een hoortoestel. Om die reden stelde het CVZ voor de indicatiecriteria voor hoortoestellen te vereenvoudigen en te verruimen, met als uitgangspunt een aanpassing *per oor*, als sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000,

2000, en 4000 Hz te middelen). De toenmalige staatssecretaris van VWS heeft het advies van het CVZ om budgettaire redenen destijds niet overgenomen.

PACT studie 2009

In de recent afgeronde PACT studie 'Compensatie van verminderd horen: Technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties' is wederom naar de indicatiecriteria voor hoortoestellen gekeken. Uit de studie blijkt dat er objectieve aanwijzingen zijn voor het verruimen van de indicaties voor twee hoortoestellen dan wel het vergoeden van een hoortoestel op het slechte oor als het andere oor nog (sub)normaal is. Recent onderzoek is geheel in lijn met de aanbevelingen van het CVZ in 2002. Ook binnen de geraadpleegde panels (gebruikerspanels, technisch panel en voorschrijvend panel) en zorgverzekeraars is veel draagvlak voor het veranderen van de huidige indicatie op basis van het verlies van het slechtste oor naar een indicatie per oor.

Indicatiestelling per oor

Gegeven het risico voor een versnelde achteruitgang van het gehoor bij een late revalidatie en de conclusies uit het recente onderzoek handhaaft het CVZ zijn aanbeveling uit 2002 om de indicatiecriteria voor hoortoestellen te vereenvoudigen en te verruimen. Uitgangspunt hierbij is een aanpassing *per oor*, als sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB.

○ ***Maximum vergoedingen hoortoestellen***

Zoals eerder vermeld zijn er de afgelopen jaren tweemaal kamervragen gesteld over de vergoedingsregeling voor hoortoestellen, met name voor mensen met een ernstig gehoorverlies. De veronderstelling was dat de eigen betaling van een verzekerde hoger wordt naarmate het gehoorverlies toeneemt.

PACT studie 2009

In de PACT studie 'Compensatie van verminderd horen: Technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties' is een achttal deelvragen onderzocht die betrekking hebben op:

- de kwaliteitseisen voor hoortoestellen;
- de relatie tussen het soort gehoorverlies en de eigenschappen van het benodigde hoortoestel;
- de relatie tussen de hoortoesteleigenschappen en de aanschafprijs;
- de kwaliteit van het aanmeten van apparatuur, advies en service door de audicien;
- de gemiddelde (mediane gebruikstermijn en gebruikskosten van een hoortoestel);
- de prijzen en vergoedingen voor hoortoestellen in de ons omringende landen;
- de huidige praktijk van de zorgverzekeraars (voorwaarden, inkoop, aanvullende verzekering);
- de wensen van zorgverzekeraars voor een nieuwe regeling.

Aanvullend onderzoek

De steekproefomvang van het gebruikerspanel is achteraf erg klein (40) geweest en mogelijk niet volledig representatief, omdat alle respondenten waren geworven via audiologische centra. Om deze reden heeft de Stichting PACT – op verzoek van het CVZ – nog een aanvullend gebruikersonderzoek gedaan. Hierbij zijn vragenlijsten voorgelegd aan slechthorenden geworven via KNO-artsen en de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). In totaal zijn uiteindelijk reacties van 123 respondenten in het onderzoek betrokken.

Het PACT-rapport is te downloaden via de site van het CVZ. De informatie die van belang is voor de vraag of de vergoedingsregeling voor hoortoestellen moet worden gewijzigd is hieronder samengevat.

Kwaliteit hoortoestellen

De beschikbare signaalbewerkingen in hoortoestellen en daarmee de gebruiksmogelijkheden en de kwaliteit zijn in het laatste decennium sterk verbeterd dankzij een intensieve technologische innovatie. Het lijkt geen twijfel dat de

Praktijkervaring

beschikbaar gekomen nieuwe functionaliteiten door slechthorenden op prijs worden gesteld en tot een verbeterde compensatie van auditieve beperkingen leiden. Dat nuttig effect doet zich echter niet bij alle slechthorenden in gelijke mate voor en het is bovendien niet onder alle geluidsomstandigheden in dezelfde mate aanwezig. Het ontbreekt nog aan gevalideerde instrumenten om bij het aanpassen van de individuele cliënt een gerichte keuze te kunnen maken uit de beschikbare functionaliteiten. De innovatie is blijkbaar sneller verlopen dan het ontwikkelen van methoden om de effecten volgens algemeen geldende normen (objectief) te evalueren en te controleren. Daarom zijn niet alle bereikte verbeteringen evidence-based, en is de overtuiging dat hoortoestellen sterk zijn verbeterd vooral gebaseerd op de ervaringen in de praktijk en op informatie uit literatuur. Voor een aantal functionaliteiten (zoals luisterspoel, ruisonderdrukking, feedbackonderdrukking en hoortoestellen met meer microfoonsrichtinggevoeligheid) geldt dat de effectiviteit is bewezen en veel gebruikers hier baat bij hebben. Daarom horen deze voorzieningen er anno 2010 gewoon bij en zouden zij toegankelijk moeten zijn voor (zo goed als) iedere slechthorende. Hoortoestellen met (de combinatie van) deze functionaliteiten zijn echter niet altijd beschikbaar in het basissegment, zodat vrijwel altijd een eigen bijdrage verschuldigd is.

Ervaren profijt functionaliteiten

Ten aanzien van de verschillende signaalbewerkingen blijkt uit het aanvullend onderzoek dat slechthorenden uit de AC-groep en de NVVS-groep veel profijt ervaren van de volumeregelaar. Dit geldt in mindere mate voor respondenten uit de KNO-groep. Verder zijn het vooral de respondenten uit de NVVS-groep die aangeven veel profijt te hebben van een afstandsbediening. Alle groepen blijken een overeenkomstige mate van profijt te ervaren van meerdere luisterprogramma's en veel baat te hebben bij de automatische programmaregeling. Een groot deel van de respondenten heeft bovendien profijt van een richtinggevoelige microfoon. Bij ruisonderdrukking valt op dat de mate van profijt bij de KNO-groep klein is, mogelijk ten gevolge van het feit dat de

respondenten uit deze groep minder zwaar slechthorend zijn dan in de andere groepen. In de andere groepen werd wel veel profijt ervaren van deze functionaliteit. Ten aanzien van de connectiviteit blijkt het belang van de ringleiding in gelijke mate voor alle groepen en wordt de audio-input en FM vooral door respondenten van de NVVS-groep gebruikt, waarbij deze voorzieningen als nuttig worden ervaren.

***Hoortoestel-
eigenschappen en
gehoorverlies***

De resultaten van het onderzoek bevestigen dat er bij gebruikers behoefte is aan meer functionaliteit in het basissegment (zonder bijbetaling). Anders dan de kamervragen suggereren is het niet eenvoudig om die behoefte te koppelen aan een differentiatie van de vergoeding op basis van de mate van gehoorverlies uitgedrukt in dB's uit het toonaudiogram.

De relatie tussen audiometrische gegevens en hoorproblemen is niet altijd eenduidig. De binnen het onderzoek uitgevoerde literatuurstudie toont aan dat er meestal geen relatie te leggen is tussen soort gehoorverlies en type hoortoestel. Een juiste advisering houdt niet alleen rekening met het gehoorverlies maar ook met de zogenaamde luistertaken en luisteromgeving.

Een dilemma bij de inspraak en keuzevrijheid van de gebruiker is dat dit plaatje voor de meeste slechthorenden te complex is om zonder verdere hulp te overzien. Door gebrek aan goede voorlichting zou eenvoudig de suggestie kunnen ontstaan dat voor het functioneren in een moeilijke luistersituatie altijd een high-end hoortoestel nodig is, ongeacht de complexiteit van het gehoorverlies. In de literatuur is hiervoor echter onvoldoende onderbouwing te vinden.

Ook uit de resultaten van het gebruikersonderzoek blijkt dit niet. Gebleken is dat de respondenten in de AC-groep een ernstiger vorm van slechthorendheid hebben, terwijl er desondanks een beter resultaat wordt behaald met relatief betaalbare hoortoestellen. Anderzijds blijkt dat de respondenten in de NVVS-groep een groter vertrouwen hebben in de audicien en ook tot goede resultaten komen dankzij

gebruik van relatief dure hoortoestellen met vele functionaliteiten. Dit illustreert dat goede resultaten op meerdere manieren kunnen worden bereikt. Wel tekent zich bij de duurdere toestellen een trend af, dat een toenemend aantal respondenten de hoogte van de eigen bijdrage niet in verhouding vindt staan tot de kwaliteit van het hoortoestel.

***Protocol
aanpasproces***

Een gedetailleerd protocol voor het aanpasproces is dan ook gewenst. Daarbij is de intake van belang, omdat niet alleen de aard en mate van het gehoorverlies bepalend zullen zijn voor de uiteindelijke keuze en instelling, maar juist ook de wensen van de gebruiker en zijn leef- en werkomstandigheden.

***Hoortoestel-
eigenschappen
en prijs***

In Nederland lopen de consumentenprijzen van hoortoestellen uiteen van € 485,- tot € 2100,-. Het ontbreekt aan instrumenten om de precieze relatie tussen de prijs van het hoortoestel en de eigenschappen en kwaliteit te beoordelen. Complexe hoortoestellen kosten meer dan eenvoudige en de laatste techniek vervangt voorgaande, wat vaak doorwerkt voor de positie van de toestellen binnen het prijssegment. Door snelle innovatie wordt de oudere soms 'achterhaalde' techniek vaak in een lager prijssegment geïntroduceerd voordat het toestel van de markt verdwijnt.

De merken met een hoog kwaliteitsimago leiden de markt, zowel in marktaandeel als in innovativiteit. Merken met een minder hoog imago volgen de marktleiders en introduceren bepaalde technieken later.

***Hardware en
software***

Op dit moment zijn de prijzen door de audiciens vrij te bepalen en kost een bepaald hoortoestel bij de ene audicien niet zonder meer hetzelfde als bij een andere audicien. De klant koopt niet alleen de hardware (het toestel) maar ook de software (de aanpassing, nazorg en service). De kwaliteit van de hoortoestelaanpassing wordt dan ook niet alleen bepaald door het soort hoortoestel maar ook door de kwaliteit van de aanpassing door de audiciens.

Gebruikstermijn

De gebruikstermijn laat zich binnen de opzet van het onderzoek alleen meten via de gegevens over de vervangingstermijn. Gegevens van één grote zorgverzekeraar laten zien dat het aantal vervangen hoortoestellen binnen vijf jaar gering is en dat ca. 80% van de hoortoestellen vervangen wordt in de periode van vijf tot zeven jaar na aanschaf. De gemiddelde gebruiksduur komt uit op 5,62 jaar.

Het is zeer de vraag of de vervanging na 5 jaar wordt ingegeven door het feit dat het hoortoestel ook daadwerkelijk aan vervanging toe is, of omdat mensen erop worden geattendeerd dat er na vijf jaar weer 'recht' bestaat op een nieuw hoortoestel.

Eigen betaling

Binnen het aanvullende gebruikersonderzoek hebben 105 van de 123 respondenten inzicht gegeven in de kosten die zij gemaakt hebben bij de aanschaf van hoortoestellen. De gemiddelde kosten bedroegen € 1217 per hoortoestel (mediaan € 1200). De zorgverzekeraar vergoedde gemiddeld € 526 (mediaan € 483). De aanvullende vergoeding (aanvullende verzekering of UWV) bedroeg gemiddeld € 164. De eigen bijdrage was daardoor gemiddeld € 521 per hoortoestel (mediaan € 400).

In totaal hebben 101 respondenten aangegeven in hoeverre het betalen van de eigen bijdrage tot problemen heeft geleid. Ongeveer 33% van de respondenten heeft aangegeven geen problemen te hebben met het betalen van de eigen bijdrage. De overige respondenten geven aan in meer of mindere mate problemen te hebben met het betalen van de eigen bijdrage. Meer dan de helft van de respondenten vindt het betalen van een eigen bijdrage niet terecht en bijna alle respondenten vinden dat zorgverzekeraars meer zouden moeten vergoeden voor hoortoestellen. Opvallend is dat de hoogte van de eigen bijdrage vooral problematisch wordt beoordeeld in de groepen met de goedkoopste (budget) en duurste (high-end) hoortoestellen.

Conclusie CVZ	Op basis van de uitkomsten van het onderzoek komt het CVZ tot de volgende conclusie. Uitgangspunt voor het invoeren van maximum vergoedingen was van oudsher dat voor een dergelijk maximumbedrag – zonder eigen betaling – een goed hoortoestel is aan te schaffen. Daarnaast werd verondersteld dat het effect van vergoedingslimieten zou zijn, dat de marktprijzen zich hiernaar zouden richten. Het CVZ constateert dat het aanschaffen zonder bijbetaling van een adequaat hoortoestel (uitgaande van het gehoorverlies maar ook van de zogenaamde luistertaken en luisteromgeving) lang niet in alle gevallen mogelijk is. Bijbetalen is eerder regel dan uitzondering.
Grote spreiding prijzen	Gezien de grote spreiding in consumentenprijzen kan evenmin worden volgehouden dat de maximum vergoedingslimieten van invloed zijn op de prijzen van de hoortoestellen. Eerder lijkt het dat de maximum vergoedingslimieten de gewone marktwerking frustreert. Zorgverzekeraars hebben – door het bestaan van vergoedingslimieten – weinig belang bij het voeren van prijsonderhandelingen met leveranciers van hoortoestellen. Doordat zorgverzekeraars hun inkoopkracht op deze markt onvoldoende benutten en het proces van hoortoestelkeuze onvoldoende transparant is, worden verzekerden geconfronteerd met hoge bijbetalingen die mogelijk niet altijd nodig zijn.
Vergoedingslimieten afschaffen	Het CVZ is er daarom voorstander van de getrapte vergoedingslimieten af te schaffen, omdat deze vergoedingssystematiek de gewone marktwerking frustreert. In paragraaf 4.a.10 gaat het CVZ in op de financiële consequenties.
Differentiatie	Het CVZ is van mening dat een functiegericht omschreven aanspraak alleen goed kan werken bij een gedifferentieerde indicatiestelling gevolgd door een gedifferentieerde verstrekking van gehoorhulpmiddelen. Daarom is het van belang dat er protocollen voor het selectie- en aanpasproces worden ontwikkeld waarin een koppeling wordt gemaakt tussen beoogd functioneren (van de cliënt) en beoogd gebruik

(van het hoorhulpmiddel). In de samenvatting van de PACT-studie wordt aangegeven dat er mogelijkheden zijn om een instrument te ontwikkelen om te komen tot goed controleerbare procedures in het selectie- en aanpasproces. Dit past bovendien binnen de protocolontwikkeling waartoe de CG-raad en ZN in het kader van de functiegerichte aanspraken – met subsidie van het ministerie van VWS – het voortouw hebben genomen.

**Hulpmiddelenzorg
of geneeskundige
zorg?**

o *BAHA-hoortoestel*

De financieringswijze van beengeleiderimplantaten (BAHA) is op dit moment verdeeld over de te verzekeren prestaties ‘hulpmiddelenzorg’ en ‘geneeskundige zorg’.

Bij de BAHA valt de eerste verstrekking onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg’ (zowel implantaat als processor), maar valt de vervanging van de uitwendige processor onder te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’.

Bij andere implanteerbare hoorhulpmiddelen zoals de middenoorimplantaten en cochleaire implantaten wordt zowel de eerste verstrekking als de vervanging beschouwd als geneeskundige zorg.

**Meer eenheid in
financiering**

De reden dat vervanging van de BAHA via de hulpmiddelenzorg loopt, is dat de BAHA processor strikt genomen niet in het ziekenhuis of de polikliniek hoeft plaats te vinden. In de regel is dit echter wel het geval, omdat er bij BAHA patiënten toch sprake is van een jaarlijkse controle bij een KNO-arts. Daarom lijkt het logisch om de financieringswijze te heroverwegen. Gezien de vergoedingsmogelijkheden bij hoorimplantaten ontstaat in dat geval ook een vergoedingspakket met meer eenheid. Het CVZ adviseert daarom alle deels implanteerbare hoortoestellen uit te zonderen van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Ook de kosten van vervanging van de BAHA zou in die optiek in een DBC verdisconteerd kunnen worden (zie ook het CVZ-rapport ‘Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’; publicatienummer 280, jaargang 2009).

Overigens geldt dit niet voor de BAHA met softband, die wordt toegepast bij zeer jonge kinderen. Voor deze kinderen is een BAHA-operatie vaak nog geen optie. In feite kan bij deze toepassing strikt genomen niet worden gesproken van een BAHA (*bone anchored hearing aid*). Er vindt immers (nog) geen operatie plaats. Om deze reden valt de BAHA met softband onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie.

- *Maskeerders tegen oorsuizen*

***Tinnitus-
maskeerder***

Oorsuizen (tinnitus) is in de meeste gevallen niet te genezen. Een maskeerder tegen oorsuizen ofwel een tinnitusmaskeerder/-masker is een hoortoestelachtig apparaat dat zelf (een ruisachtig) geluid maakt. De bedoeling is dat het toestel als het ware 'geluid terug' maakt, zodat de patiënt de eigen tinnitus niet meer hoort.

Hoortoestel

Een hoortoestel kan soms ook helpen. Een hoortoestel heeft in eerste instantie tot doel de slechthorendheid te verminderen. Omdat het geluid uit de omgeving wordt versterkt, maskeert dit het geluid in het hoofd (oorsuizen) dat naar de achtergrond verdwijnt.

***Tinnitus-
instrument***

Ook kunnen mensen op een goede wijze geholpen worden met een zogenoemd tinnitusinstrument: dit is een hoortoestel met maskeermogelijkheden.

Op grond van de Rzv bestaat zowel aanspraak op een tinnitusmaskeerder als op een hoortoestel. Zoals eerder vermeld gelden voor hoortoestellen specifieke indicatiecriteria en getrapte vergoedingslimieten. Een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen komt in aanmerking voor een *volledige* vergoeding.

Door het ontbreken van een vergoedingslimiet voor tinnitusmaskeerders heeft een verzekerde er voordeel bij als het hoortoestel – zonodig met maskeermogelijkheden – wordt aangevraagd als tinnitusmaskeerder.

Het huidige verschil in vergoedingsmogelijkheid tussen hoortoestellen en maskeerders leidt in de uitvoeringspraktijk

**Vershil in
vergoeding
opheffen**

tot onbedoelde verschuivingen bij de toekenning van deze gehoorhulpmiddelen. Het CVZ heeft deze problematiek reeds gesignaleerd in het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2005 (publicatienummer 216).

Het CVZ is van mening dat de geschetste problematiek met de functiegerichte omschrijving van deze hulpmiddelen grotendeels wordt opgelost. Wel is het noodzakelijk het verschil in vergoeding tussen hoortoestellen en tinnitusmaskeerders op te heffen. Dit wordt gerealiseerd met het voorstel van het CVZ om de getrapte vergoedingslimieten voor hoortoestellen af te schaffen.

**Protocol ernstig
oorsuizen**

Overigens is protocollering van het indicatiecriterium 'ernstig oorsuizen' gewenst. De Stichting Nederlands Tinnitus Platform is gevraagd een beslisboom op te stellen die onderscheid moet maken tussen mensen met ernstige tinnitus en mensen met minder ernstige tinnitus. Daarbij gaat het niet alleen om de tinnitus zelf, maar vooral om de effecten van tinnitus op het functioneren.

4.a.7. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren en gebruik van communicatieapparatuur

o *Indicatiecriteria*

Bij het opnemen van de hierboven vermelde omschrijving in de Rzv dient met verschillende aspecten rekening te worden gehouden. Doordat de omschrijving ruimer is geformuleerd dan nu het geval is, vallen eenvoudige luisterhulpen of versterkers eveneens onder de te verzekeren prestatie.

In de huidige regelgeving kunnen geluidsoverdrachtssystemen zoals ringleiding-, infrarood-, FM- en soloapparatuur alleen worden verstrekt als sprake is van een bepaalde mate van gehoorverlies. Om te voorkomen dat de te verzekeren prestatie wordt uitgebreid ten behoeve van mensen met een licht gehoorverlies blijft het noodzakelijk de te verzekeren prestatie te verbinden aan een indicatiecriterium.

Wel moet het mogelijk blijven dat mensen kunnen kiezen voor een eenvoudige luisterhulp in plaats van een hoortoestel.

***Relatie stoornis
en hulpmiddel***

○ *Algemeen gebruikelijke voorzieningen*

Verder moet ervoor worden gewaakt dat algemeen gebruikelijke voorzieningen – bijvoorbeeld een normale (mobiele) telefoon – niet eveneens onder de te verzekeren prestatie komen te vallen. Om deze reden gaat de voorgestelde functiegerichte omschrijving uit van hulpmiddelen die zijn *gerelateerd* aan stoornissen in de hoorfunctie. In deze optiek moet er een relatie bestaan tussen specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt en de gehoorstoornis. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken worden door mensen zonder auditieve handicap in het algemeen niet aangeschaft.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Dergelijke hulpmiddelen worden ook aangeschaft door mensen zonder auditieve handicap. Dit geldt bijvoorbeeld voor computers en internetfuncties zoals e-mail, chatten en sms. Teksttelefonie – waaronder speciale software om te kunnen teksttelefoneren – is daarentegen wel gerelateerd aan een stoornis in de hoorfunctie.

Toekomstbestendig

Door de snelle technologische vooruitgang is het bovendien voorstelbaar dat bepaalde hulpmiddelen op termijn voor een breder publiek toegankelijk worden en daarmee algemeen gebruikelijk. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gaan spelen als een hulpmiddel als de beeldtelefoon ook in groten getale door niet-auditief gehandicapten zou worden aangeschaft. Als het moment bereikt is dat van een dergelijk hulpmiddel kan worden gesteld dat dit algemeen gebruikelijk is, dan valt het niet langer onder de te verzekeren prestaties omdat de relatie met de gehoorstoornis ontbreekt. Dit maakt de voorgestelde vormgeving van de regelgeving toekomstbestendig.

o *Signaalhonden*

Het CVZ stelt voor de te verzekeren prestatie geleidehonden (artikel 2.34 Rzv) vooralsnog niet te wijzigen. Onder deze te verzekeren prestatie vallen niet alleen blindengeleidehonden, en ADL-hulphonden maar ook hulphonden voor mensen met een auditieve handicap (de zogenoemde signaalhonden).

In het Pakketadvies 2009 (deelrapport Hulpmiddelenzorg) heeft het CVZ aangegeven dat er in het kader van adviesaanvragen en geschillen vragen zijn gerezen over de indicatiestelling van een hulphond. Eind 2009 is het CVZ een onderzoek gestart naar de kosten en effectiviteit van hulphonden binnen het geheel van voorzieningen die deels hetzelfde doel dienen. In hoeverre de signaalhond een plaats moet hebben binnen de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan stoornissen in de hoorfunctie, zal het CVZ beoordelen op basis van de resultaten van dit onderzoek. Het CVZ zal hierover aanvullend advies uitbrengen.

Aanvullend advies

4.a.8. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

In de Wet WIA zijn reïntegratie-instrumenten opgenomen die als doel hebben de deelname van personen met een structurele functionele beperking aan het arbeidsproces te bevorderen. Deze instrumenten kunnen gericht zijn op het behoud van werk, dan wel terugkeer in het arbeidsproces.

(Gedeeltelijk) arbeidsongeschikten en personen met een structurele beperking kunnen op grond van de Wet WIA voorzieningen aanvragen. Deze voorzieningen moeten noodzakelijk zijn en strekken tot behoud, herstel of bevordering van de mogelijkheid om:

Arbeid en onderwijs

- arbeid in loondienst te verrichten of te gaan verrichten;
- een scholing of opleiding te volgen of te gaan volgen;
- arbeid op proefplaats te verrichten of te gaan verrichten.

UWV

In het kader van het Re-integratiebesluit heeft het UWV besloten om een extra vergoeding voor hoortoestellen te verlenen ter aanvulling op de maximum vergoeding die vanuit de Zvw wordt gegeven. Het gaat dan om situaties dat een (specifiek) hoortoestel nodig is voor de werksituatie en de vergoeding vanuit de Zvw niet mogelijk of niet toereikend is.

Een andere voorziening die raakt aan de Wet WIA is solo-apparatuur. Deze apparatuur wordt op dit moment nog apart in de Rzv genoemd. Het betreft FM-apparatuur dat bestaat uit twee basiscomponenten, te weten een zender voor de spreker en een ontvanger voor de luisteraar. Er is ook soortgelijke apparatuur op de markt waarbij met een microfoonzender op specifieke geluiden kan worden ingezoomd.

Van oudsher vormt de primaire doelgroep voor deze apparatuur de groep auditief gehandicapten die onderwijs volgt, dat niet specifiek is gericht op slechthorenden. Dit blijkt ook uit de verstrekingsvoorwaarden zoals opgenomen in artikel 2.29 van de Rzv. Deze voorwaarden gaan uit van onderwijs- en arbeidssituaties. De te verzekeren prestatie 'solo-apparatuur' in de Zvw is uit historisch perspectief verklaarbaar. In het verleden heeft meermalen de vraag gespeeld waarom deze apparatuur niet wordt verstrekt vanuit de Wet WIA, nu onderwijs- en arbeidssituaties vaak leidend zijn bij de aanvraag voor deze hulpmiddelen.

Hooroplossing

In de recente PACT-studie wordt over deze problematiek het volgende gesteld. Beter auditief functioneren in complexe situaties is haalbaar door gebruik te maken van aanvullende apparatuur zoals ringleiding, solo-apparatuur, FM- of infraroodsystemen en wek- en waarschuwingssystemen. Uit onderzoek blijkt dat de mogelijkheid van 'connectiviteit' (combinatiemogelijkheid van hoortoestel met andere technische mogelijkheden voor draadloze signaaloverdracht) leiden tot verbetering van de prestaties van de 'hooroplossing'. Deze aanvullende hoorhulpmiddelen worden

hoog gewaardeerd door gebruikers. Dit pleit ervoor om deze aanvullende hoorhulpmiddelen nadrukkelijk mee te nemen in het traject van hoorrevalidatie en als integraal onderdeel te beschouwen van het aanpassen van hoorhulpmiddelen.

Eén wettelijk kader

Om deze reden acht het CVZ het wenselijk dat de volledige hooroplossing (zowel het hoortoestel als aanvullende hoorhulpmiddelen) gerealiseerd kan worden binnen één wettelijk kader, te weten de Zvw. Hiertoe dienen de indicatiecriteria voor hoortoestellen te worden verruimd en de getrapte vergoedingslimieten afgeschaft, zoals al eerder – om andere redenen – bepleit.

Scheidslijn diffuus

Aanvullende apparatuur dient in deze optiek eveneens te worden verstrekt via de Zvw, zelfs als deze primair worden aangevraagd voor de arbeids- of onderwijssituatie. Men moet zich daarbij realiseren dat dergelijke voorzieningen vrijwel nooit *uitsluitend* in arbeids- of onderwijssituaties worden gebruikt. Het gaat immers om meeneembare voorzieningen die ook bij luistertaken in de leefsituatie nuttig kunnen zijn. De scheidslijn tussen arbeids-/onderwijssituatie versus leefsituatie is vaak moeilijk te trekken. Het voorschrijven op basis van hoorbehoefte (luistertaken en luisteromgeving) past bovendien binnen de functiegerichte omschrijving, waarbij de zorgvraag leidend is voor de oplossingsrichting.

Indien de minister de voorstellen van het CVZ overneemt, is een aanvullende vergoedingsregeling vanuit de Wet WIA niet langer nodig. Het ligt in de rede dat het bedrag dat op dit moment is gemoeid met de hoorhulpmiddelen die vanuit de WIA worden verstrekt, dan beschikbaar komt voor verstrekking ten laste van de Zvw.

4.a.9. Advies

Het CVZ adviseert de indicatiecriteria voor hoortoestellen te verruimen en de getrapte vergoedingslimieten af te schaffen. Om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven stelt het CVZ de volgende wijzigingen in de Rzv.

**Func tiegerichte
omschrijving**

Artikel 2.6

c. Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, zoals omschreven in artikel 2.10

aa. (vervalt)

cc. (vervalt)

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren en beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerst lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Artikel 2.14 *(vervalt)*

Artikel 2.26, onder h, sub iv *(vervalt)*

Artikel 2.26, onder j, sub i *(vervalt)*

Artikel 2.29 *(vervalt)*

Artikel 2.31 *(vervalt)*

Bijlage 3 van de Rzv, onderdelen 4, 5, 8, 9, 10 en 12 *(vervallen)*

Toelichting

Artikel 2.10 algemeen

In dit artikel is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie nader vormgegeven. Uit de omschrijving in artikel 2.6, onder c, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de

**Algemeen
gebruikelijk**

aangevraagde voorziening en de stoornis in de hoorfunctie. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken worden door mensen zonder auditieve handicap in het algemeen niet aangeschaft.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Dergelijke hulpmiddelen worden ook aangeschaft door mensen zonder stoornis in de hoorfunctie. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

Stoornissen

Uitgaande van de ICF-classificatie kan een splitsing worden gemaakt tussen de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie (classificatie *functies*) en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor de beperkingen die een persoon met een auditieve handicap ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie *activiteiten en participatie*). Deze splitsing is tot uitdrukking gebracht in de onderdelen a en b van het eerste lid.

Beperkingen

Artikel 2.10, eerste lid, onderdeel a

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de hoorfunctie te verbeteren, zoals hoortoestellen en maskeerders tegen oorsuizen. Deze hulpmiddelen grijpen in op het stoornisniveau met als doel om de stoornis geheel of gedeeltelijk op te heffen. Deels implanteerbare hoortoestellen zijn van de te verzekeren prestatie uitgesloten, omdat deze vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg', zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Om te voorkomen dat de te verzekeren prestatie wordt uitgebreid ten behoeve van mensen met een licht gehoorverlies is een ondergrens als indicatiecriterium opgenomen.

***Aanpassing
per oor***

Het uitgangspunt is een aanpassing *per oor*, als sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000, en 4000 Hz te middelen).

Artikel 2.10, eerste lid, onderdeel b

Indien de stoornis in de hoorfunctie met de in sub a bedoelde hulpmiddelen (in bepaalde situaties) niet voldoende verbetert, zal de auditief gehandicapte bij bepaalde activiteiten beperkingen ervaren. De in dit onderdeel opgenomen hulpmiddelen dienen ter compensatie van deze beperkingen (de moeilijkheden die een persoon door zijn slechthorendheid heeft met het uitvoeren van activiteiten). In termen van de ICF gaat het bij deze hulpmiddelen om beperkingen in het luisteren en beperkingen in het gebruiken van communicatieapparatuur.

***Doelbewust
luisteren***

Bij luisteren gaat het om het doelbewust ervaren van auditieve stimuli, zoals bij luisteren naar radio, muziek of lezing. De beperkingen die een persoon hierbij ondervindt, kunnen worden gecompenseerd met FM-geluidsoverdrachtssystemen, IR-overdrachtssystemen, ringleidinghulpmiddelen, soloapparatuur en wek- en waarschuwingsapparatuur. Om de mogelijkheid te creëren dat een verzekerde kiest voor een eenvoudige luisterhulp in plaats van een hoortoestel, is de aanvullende voorwaarde opgenomen dat deze hulpmiddelen ook kunnen substitueren voor een hulpmiddel als bedoeld onder a.

Bij communicatieapparatuur gaat het om het gebruiken van apparatuur om te communiceren, zoals telefoneren. De beperkingen die een persoon met een auditieve handicap hierbij ondervindt, kunnen bijvoorbeeld worden gecompenseerd door teksttelefoons of beeldtelefoons. Hoewel ook computers en internetfuncties zoals e-mail, chatten en sms een dergelijke compensatie bieden, vallen zij toch niet onder deze te verzekeren prestatie. In tegenstelling tot teksttelefonie (inclusief speciale software om te kunnen teksttelefoneren), zijn deze voorzieningen strikt genomen niet

gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Deze middelen zijn immers algemeen gebruikelijk.

Artikel 2.10, tweede lid

Er zijn verschillende hoortoestellen op de markt die deels worden geïmplanteerd. Voorbeelden hiervan zijn de middenoorimplantaten, cochleaire implantaten en de beengeleiderimplantaten. Deze hoortoestellen vallen niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' maar onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Dit betekent dat deze zorg wordt gefinancierd via DBC's met inbegrip van het plaatsen of vervangen van het uitwendige deel. Dit geldt niet voor de BAHA met softband die wordt toegepast bij zeer jonge kinderen. Voor deze kinderen is een BAHA-operatie vaak nog geen optie. In feite kan bij deze toepassing strikt genomen niet worden gesproken van een BAHA (*bone anchored hearing aid*). Er vindt immers (nog) geen operatie plaats. Om deze reden valt de BAHA met softband onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie.

Artikel 2.10, derde lid

Met dit artikellid wordt de mogelijkheid opengehouden toch hulpmiddelen te verstrekken aan verzekerden die strikt genomen niet voldoen aan de indicatiecriteria, maar gezien de individuele omstandigheden toch daarop zijn aangewezen. Dergelijke omstandigheden zijn bijvoorbeeld aanwezig bij kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek, waarbij niet altijd sprake is van 35dB gehoorverlies.

4.a.10. Financiële gevolgen

In Nederland zijn ca. 1,5 miljoen slechthorenden, waarvan circa 500.000 een hoortoestel gebruiken. Veel slechthorenden dragen dus geen hoortoestel. Dit is enerzijds verklaarbaar doordat veel slechthorenden zo lang mogelijk het dragen van een hoortoestel uitstellen, maar ook omdat mensen zich niet altijd bewust zijn van het feit dat zij minder goed horen. Ook is het mogelijk dat financiële drempels er de oorzaak van zijn

dat mensen geen hoortoestel aanschaffen.
Hieronder gaat het CVZ in op de financiële consequenties als deze drempels zouden worden weggenomen.

o *Kosten verruiming indicatiecriteria*

Tweezijdige hoortoestelaanpassing

***Bilaterale
aanpassing***

Het CVZ verwacht dat de verruiming van de indicatiecriteria voor tweezijdig slechthorenden niet of nauwelijks tot een verhoging van de kosten zal leiden. In het rapport 'Vereenvoudiging en verruiming indicatiecriteria hoortoestellen' uit 2002 werd een toename van het aantal hoortoestellen verwacht van 1,6 tot 1,8 hoortoestel per slechthorende. Met andere woorden 20% van de slechthorenden met een *tweezijdig* gehoorverlies zou uiteindelijk eenzijdig aangepast blijven.

GIP

Uit de cijfers van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het CVZ blijkt dat het aantal hoortoestel-aanpassingen (Zvw) per gebruiker de laatste jaren is opgelopen naar 1,8 hoortoestel per gebruiker in 2008. Dit betekent dat de in 2002 voorziene stijging van het aantal hoortoestellen ten behoeve van tweezijdig slechthorenden reeds heeft plaatsgevonden. Het is dan ook niet te verwachten dat het aantal tweezijdige hoortoestelaanpassingen verder zal toenemen.

***Indicatiecriteria
verouderd***

De verklaring hiervoor is vermoedelijk het feit dat de huidige indicatiecriteria voor een tweezijdige aanpassing niet altijd meer worden gevolgd. Dit blijkt ook uit de recente PACT-studie. In deze studie wordt melding gemaakt van het feit dat de huidige indicatiecriteria verouderd zijn. Bij een tweezijdige hoortoestelaanpassing moet allereerst zijn voldaan aan de indicatiecriteria voor één hoortoestel. Het tweede toestel wordt vergoed bij een verbetering van het spraakverstaan met minimaal 10% en/of herstel van richtinghoren tot binnen een hoek van 45 graden. In een aantal gevallen zijn deze indicatiecriteria inadequaat en ontbreekt een goede specificatie van de meetcondities waaronder de voorgeschreven winst moet worden behaald. In de praktijk blijken de

criteria dan ook niet zelden een dode letter, waaraan uitsluitend ten behoeve van de formaliteit moet worden voldaan.

Eenzijdige hoortoestelaanpassing

Unilaterale aanpassing

Uit de eerdere PACT studie die ten grondslag lag aan het CVZ-rapport uit 2002 bleek dat 67 van de 1000 slechthorenden een eenzijdig gehoorverlies heeft (> 35dB). Uitgaande van een totaal van 1.500.000 slechthorenden, zou dit betekenen dat bij circa 100.000 slechthorenden sprake is van een eenzijdig gehoorverlies.

Op dit moment draagt circa 33% van alle slechthorenden een hoortoestel. Het gaat hier voor het overgrote deel om tweezijdig slechthorenden. De verwachting is dat het percentage eenzijdig slechthorenden dat een hoortoestel gaat dragen nog lager zal liggen dan het geval is bij de tweezijdig slechthorenden. Hoewel harde gegevens ontbreken gaat het CVZ ervan uit dat maximaal 20% van deze slechthorenden ook daadwerkelijk in aanmerking zou willen komen voor verstrekking van een hoortoestel. De veronderstelling dat deze populatie niet massaal een hoortoestel gaat dragen is ingegeven door het acceptatie-effect. Sommige mensen willen simpelweg geen hoortoestel en anderen zullen het dragen van een hoortoestel zo lang mogelijk uitstellen.

Dit betekent een toename van het aantal te verstrekken hoortoestellen van 20.000. Uitgaande van de laagste vergoedingslimiet (500 euro) zoals die nu geldt, een levensduur van vijf jaar alsmede de extra kosten van oorstukjes en reparaties, zullen de kosten toenemen met circa 2,3 miljoen euro per jaar.

○ *Kosten afschaffing vergoedingslimieten*

Effectiviteit functionaliteiten

Uit de PACT-studie blijkt dat de mediane kosten die gemoeid zijn met de aanschaf van een hoortoestel uiteenlopen (AC-groep € 837, KNO-groep € 1148, NVVS-groep € 1450). Ook blijkt uit het onderzoek dat mensen in de AC-groep een ernstigere vorm van slechthorendheid hebben, terwijl er

desondanks een beter resultaat wordt behaald met relatief betaalbare hoortoestellen.

Zoals eerder gesteld, is van een aantal functionaliteiten (zoals luisterspoel, ruisonderdrukking, feedbackonderdrukking en hoortoestellen met meer microfoonsrichtinggevoeligheid) de effectiviteit bewezen. Hoortoestellen met (de combinatie van) deze functionaliteiten zijn beschikbaar vanaf het midden-segment hoortoestellen (600 – 900 euro). Indien de getrapte vergoedingslimieten worden afgeschaft zullen de totale kosten die gemoeid zijn met de hoortoestelverstrekking stijgen. Het CVZ gaat er echter vanuit dat zorgverzekeraars scherper zullen inkopen, waarbij gedifferentieerde tarieven worden afgesproken.

Kostenconsequentie raming

Voor de berekening van de kostenconsequentie hanteert het CVZ een gemiddelde inkoopprijs. Omdat het op voorhand moeilijk is in te schatten op welk gemiddeld bedrag men in de nieuwe marktsituatie zal uitkomen, heeft het CVZ een kostenconsequentieraming gemaakt uitgaande gemiddelde prijzen die oplopen van 600 – 800 euro per hoortoestel. Bij een volledige vergoeding kunnen de kosten voor deze verstrekking mogelijk met 28 tot 77 miljoen euro per jaar stijgen (zie tabel).

Inverdieneffecten

Overigens is in deze kostenconsequentieraming nog geen rekening gehouden met mogelijke inverdieneffecten. Bij een goede gehoorrevalidatie zal het ziekteverzuim verminderen (psychische vermoeidheid en een fors percentage burn outs). Het is voorstelbaar dat dit van invloed is op de zorgbehoefte van slechthorenden (verminderd beroep op geneeskundige zorg en minder medicatiegebruik) en een positief effect heeft op de kwaliteit van leven.

Kwaliteit van leven

Verder wordt in de voorstellen de mogelijkheid geopend om – anders dan in de huidige regelgeving – aanvullende apparatuur te verstrekken *in plaats van* een hoortoestel. Dit zou een verschuiving tot gevolg kunnen hebben van de duurdere hoortoestellen naar de goedkopere luisterhulpen. Hoewel deze

inverdieneffecten moeilijk te kwantificeren zijn, lijkt het erop dat de geraamde meerkosten maximaal zijn en in de praktijk wel eens lager zouden kunnen uitvallen.

Los van de voorstellen zullen in 2011 de eerste triage-audiciens aan de slag kunnen. Een gevolg van deze ontwikkeling is, dat er naar verwachting minder bezoeken aan huisarts en/of KNO-arts nodig zullen zijn.

Kostenconsequentieraming functiegerichte aanspraak hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Deze Kosten Consequentie Raming (KCR) rekent een aantal varianten door en brengt de financiële gevolgen van het loslaten van de maximum vergoedingslimieten in beeld uitgaande van een gemiddelde inkoopprijs voor een hoortoestel. Als bron is het door het GIP opgebouwde hulpmiddelenbestand gebruikt. Het aantal gebruikers dat is gedefinieerd als het aantal mensen met tenminste één declaratie met een bedrag boven de laagste vergoedingslimiet (in 2008 € 476) minus een eventuele korting van 10%. Van deze groep verzekerden is per jaar het gemiddelde aantal declaraties per gebruiker en de gemiddelde kosten per gebruiker uitgerekend.

Berekeningen

- De raming van de totale kosten per jaar voor de groep verzekerden die tenminste één declaratie voor een hoortoestel heeft gekregen = aantal gebruikers * gemiddelde kosten per gebruiker.
- De raming van de totale kosten per jaar, uitgaande van gemiddelde inkooprijzen = gemiddelde inkoopprijs * gemiddeld aantal declaraties per gebruiker in 2008 * raming aantal gebruikers
- Raming van de meerkosten = raming kosten obv gemiddelde inkooprijzen - raming kosten obv 'oude' situatie

Aantal verzekerden dat 1 of meer hoortoestellen vergoed heeft gekregen					
2006	2007	2008	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
97.300	102.600	114.300	8,4%	123.900	134.200

Gemiddeld aantal declaraties (hoortoestellen) per gebruiker, waarbij de kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008			
1,63	1,56	1,80			

Gemiddelde kosten per gebruiker (ten laste van de Zvw), waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
€ 897	€ 892	€ 883	- 0,8%	€ 876	€ 869

Totale kosten van gebruikers, waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008		Raming 2009	Raming 2010
€ 87.346.300	€91.510.400	€100.952.400		€108.530.800	€116.678.000

Raming kosten uitgaande van gemiddelde inkoopprijs per jaar					
Gemiddelde prijs	2009	2010		Raming 2009	Raming 2010
€ 600,00	€133.782.000	€144.982.200		€25.251.300	€28.304.200
€ 650,00	€144.930.600	€157.064.000		€36.399.800	€40.386.000
€ 700,00	€156.079.100	€169.145.900		€47.548.300	€52.467.900
€ 750,00	€167.227.600	€181.227.700		€58.696.900	€64.549.700
€ 800,00	€178.376.100	€193.309.600		€69.845.400	€76.631.500

Bron GIP/College voor zorgverzekeringen

**Ontwikkelingen
volgen**

Wegens het ontbreken van harde gegevens en diverse aannames zijn de financiële gevolgen van dit systeemadvies moeilijk te berekenen. Onzekere factoren zijn het aantal eenzijdig slechthorenden en de resultaten van prijsonderhandelingen door verzekeraars. Vanwege deze onzekerheid zal het CVZ – als dit voorstel wordt overgenomen – de ontwikkelingen van de kosten nauwgezet volgen en zonodig tussentijds rapporteren als daartoe aanleiding bestaat.

**CG-Raad, NPCF
en ZN**

4.a.11. Bestuurlijke consultatie

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn het eens met alle functiegerichte omschrijvingen zoals in dit pakketadvies voorgesteld.

Deze partijen onderstrepen het belang van protocollering en zien dit als een belangrijke randvoorwaarde om de functiegerichte omschrijving te doen slagen.

ZN uit wel twijfels over de haalbaarheid van de invoering van de voorstellen, gezien het beperkte aanbod van protocollen en richtlijnen.

Reactie CVZ

Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om de gewenste protocollering te realiseren. Het niet voorhanden zijn van protocollen is naar mening van het CVZ geen beletsel om de functiegerichte omschrijvingen al wel in te voeren. Het functiegericht omschrijven van aanspraken zal er naar verwachting van het CVZ toe bijdragen dat partijen worden gestimuleerd om concreet aan de slag te gaan met het ontwikkelen van protocollen. Het gevolg van de nieuwe regelgeving zal immers zijn dat alle partijen belang hebben bij een geprotocolleerde verstrekking van hulpmiddelen.

Totdat protocollen en/of richtlijnen tot stand zijn gekomen, kunnen partijen nog de oude indicatiecriteria *als richtlijn* hanteren, tenzij er nieuwe indicatiecriteria gelden zoals nu voorgesteld bij de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen

in de hoorfunctie. Het belangrijkste is dat wetenschappelijk onderbouwde ontwikkelingen (bijv. innovaties en uitbreidingen van indicatiegebieden) niet worden gefrustreerd door wet- en regelgeving.

FENAC
NVVS/FOSS
GAIN
NVAB

Meer specifieke opmerkingen over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn gemaakt door de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC), de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) en Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraaktaalmoeilijkheden (FOSS), Audiologische Industrie Nederland (Vereniging GAIN) en de Nederlands Vereniging van Audiciensbedrijven (NVAB).

Reactie CVZ

Partijen waarschuwen ervoor dat uit de PACT-studie en het conceptadvies het misverstand zou kunnen ontstaan dat een functiegericht systeem leidt tot verstrekking van één toestel met een aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn.

Het CVZ heeft dit in de tekst niet willen suggereren. Omdat de tekst kennelijk tot misverstanden leidt heeft het CVZ de tekst op een paar punten verduidelijkt en aangevuld.

Alle partijen

Alle partijen benadrukken het belang van protocollering. Enkele partijen spreken hun twijfels uit over de invoering van het systeemadvies zolang een dergelijk protocol nog niet voorhanden is.

Reactie CVZ

Kortheidshalve verwijst het CVZ hier naar zijn reactie op soortgelijke opmerkingen van CG-Raad en ZN. Bij de gehoorhulpmiddelen geldt bovendien dat alle partijen de intentie hebben uitgesproken om gezamenlijk vorm te geven aan een instrument om te komen tot goed controleerbare procedures in het selectie- en aanpasproces van hoorhulpmiddelen.

FENAC
NVVS/FOSS

De FENAC, NVVS en FOSS vragen aandacht voor de problematiek rond kinderen met een auditieve

verwerkingsproblematiek. Bij deze kinderen is niet altijd sprake van 35dB gehoorverlies, maar zij maken wel gebruik van gehoorhulpmiddelen (met name FM-apparatuur).

Reactie CVZ

Het CVZ heeft voor deze situaties de mogelijkheid gecreëerd dat zorgverzekeraars bij een ‘*bijzondere individuele zorgvraag*’ kunnen afwijken van de wettelijke geregelde indicatiecriteria. Deze problematiek zal als voorbeeld worden opgenomen in de voorgestelde toelichting op de regelgeving.

GAIN en NVAB

De Vereniging GAIN en NVAB zijn als enige partijen tegen het afschaffen van vergoedingslimieten. Men vreest dat dit consequenties zal hebben voor de keuzevrijheid van de cliënt en dat het budget onbeheersbaar wordt. Alle overige partijen – waaronder ZN – zijn voorstander van het afschaffen van de vergoedingslimieten, omdat zij van mening zijn, dat het afschaffen van de vergoedingslimieten zal zorgen voor een gewenst krachtenspel tussen enerzijds de financiers van hulpmiddelen en anderzijds de leveranciers/fabrikanten van hulpmiddelen. De keuzevrijheid is in de huidige situatie vooral weggelegd voor financieel meer draagkrachtige verzekerden.

Reactie CVZ

Het CVZ ziet geen aanleiding zijn voorstellen op dit punt te wijzigen, ook al omdat het standpunt van de Vereniging GAIN en NVAB ingegeven lijkt te zijn door commerciële belangen.

4.a.12. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven.

4.a.13. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

4.b. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie

4.b.1. Samenvatting

Systemadvies: Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met het ontbreken/wegvallen van normale lichaamsfuncties in verband met urinelozing en defecatie functiegericht te omschrijven. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van het pakket. Bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden.

ICF-functies urinelozing en defecatie

4.b.2. Aanleiding

In de paragraaf hulpmiddelenzorg uit de Rzv zijn verschillende hulpmiddelen opgenomen die gebruikt worden bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie. De omschrijving van de verschillende hulpmiddelen is zeer strikt. Hierdoor kan het voorkomen dat hulpmiddelen met hetzelfde behandeldoel maar een ander werkingsmechanisme, niet onder de te verzekeren prestatie vallen.

Door deze hulpmiddelen functiegericht te omschrijven, is het mogelijk dat innovatieve hulpmiddelen in de toekomst gemakkelijker kunnen instromen. Voorwaarde is wel dat deze innovatieve hulpmiddelen voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

In dit pakketadvies doet het CVZ voorstellen om de categorie hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie functiegericht te omschrijven.

4.b.3. Wettelijk kader

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Bzv

Vervolgens is in artikel 2.1 derde lid, Bzv bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Verder is in artikel 2.9, eerste lid, Bzv geregeld dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

Regeling zorgverzekering

Rzv

In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de hulpmiddelen opgenomen die tot de huidige te verzekeren prestaties behoren en die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.

Artikel 2.6, onderdeel h.

Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming, zoals omschreven in artikel 2.15.

Artikel 2.15

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel h, omvatten:

Urinelozing

Stoma

- a. Urine-opvangzakken met noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;
- b. Voorzieningen voor stomapatiënen, te weten:
 - 1° Systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van feces of urine, bestaande uit opvangzakjes en kleefplaten, daarbij benodigde hulp- en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigungs-gaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
 - 2° Noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 2.8 van het Bzv;
 - 3° Afdekpleisters en katheters bestemd voor een continentstoma;

- Katheteriseren**
- d. Katheters met blaasvloeistoffen, al dan niet met toebehoren;
- e. Incontinentie-absorptiematerialen als omschreven in het tweede lid;
- Spoelapparatuur**
- f. Spoelapparatuur voor anaal spoelen, zonodig met toebehoren, indien sprake is van ernstige problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van de darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan;
- Inco-materiaal**
2. Incontinentie-absorptiematerialen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, omvatten:
- a. Inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van vijf jaar en ouder, indien sprake is van:
- 1° Incontinentie voor feces die langer bestaat dan twee weken;
- 2° Incontinentie voor urine, niet zijnde enuresis nocturna, die langer bestaat dan twee maanden;
- 3° Ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining voor de behandeling van urine-incontinentie, niet zijnde enuresis nocturna, voor de duur van deze behandeling;
- 4° Ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat de incontinentie niet vanzelf geneest, of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet helpen;
- b. Inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van drie of vier jaar, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
- c. Anaaltampons;
- Onderleggers**
- d. Beschermende onderleggers, indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of feces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

4.b.4. Classificatie

In ISO 9999 is het merendeel van deze hulpmiddelen opgenomen onder:

ISO 9999

ISO 09 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming

Deze categorie is als volgt onderverdeeld:

ISO 09 18 Stomahulpmiddelen

- Opvangzakjes
- Huidplakken
- Opvulmaterialen
- Spoelapparatuur
- Stomapluggen en (afdek)-pleisters
- Katheter voor continentstoma

ISO 09 21 Middelen ter bescherming en reiniging van de huid

- Reinigungs-gaasjes
- Huidbeschermende middelen

ISO 09 24 Hulpmiddelen voor het afvloeien van urine
Katheters

ISO 09 27 Hulpmiddelen voor het opvangen van urine
Urine-opvangzakken inclusief houders en bevestigingsmiddelen

ISO 09 30 Hulpmiddelen voor absorberen van urine en ontlasting
Inlegluiers en -lulierbroeken

ISO 09 31 Hulpmiddelen om ongewenst verlies van urine en/of ontlasting te voorkomen
Anaaltampons

Indikmiddelen, wegwerpzakjes en blaasspoelvloeistoffen worden in de ISO-classificatie niet genoemd. Logischerwijs behoren de indikmiddelen en wegwerpzakjes tot de stomahulpmiddelen en de blaasspoelvloeistoffen tot de hulpmiddelen voor het afvloeien van urine.

De beschermende onderleggers zijn in de ISO classificatie ondergebracht bij de 'Inrichtingselementen en aanpassingen voor woningen en andere gebouwen' (ISO 18), onderdeel bedden.

ISO 18 12 Bedden

Hygiënische onderleggers,
urine-/vochtabsorberende onderleggers.

ICF

Alle hiervoor genoemde hulpmiddelen worden – in termen van ICF – gebruikt bij stoornissen in de volgende functies:

- functies gerelateerd aan urinelozing (Hfst. 6 ICF: functies van het urogenitaal stelsel en reproductieve functies);
- defecatie (Hfst. 5 ICF functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel).

4.b.5. Functiegerichte omschrijving

Uitgaande van de ICF zou de functiegerichte omschrijving voor deze categorie hulpmiddelen als volgt gedefinieerd kunnen worden:

“Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie”.

In de volgende paragrafen zal worden aangegeven met welke aspecten rekening moet worden gehouden als deze omschrijving in de regelgeving wordt opgenomen, uitgaande van budgetneutraliteit.

Budgetneutraal

4.b.6. Voorzieningen voor stomapatiënten

Een aantal voorzieningen voor stomapatiënten vallen op dit moment niet onder de te verzekeren prestaties. Het gaat bijvoorbeeld om middelen voor het schoonmaken van de huid rond de stoma maar ook om deodorants en geurmiddelen. Verder is er speciale kleding op de markt voor mensen met een stoma. Deze kleding valt niet onder de te verzekeren prestatie.

**Persoonlijke
hygiëne**

- *Schoonmaak- en geurmiddelen*

Reinigingsgaasjes/-doekjes vallen onder de te verzekeren prestatie. Hiermee worden niet-steriele non-woven gazen

bedoeld, die gebruikt worden voor het reinigen van de stoma. Het is niet noodzakelijk steriele gazen te gebruiken. Evenmin is het noodzakelijk om als medisch aangeprezen schoonmaakmiddelen te gebruiken.

***Algemeen
gebruikelijk***

Er zijn speciale geursprays voor stomadragers op de markt. Bij de drogist zijn echter ook algemene sprays te verkrijgen tegen een lagere prijs. In het verleden heeft onderzoek naar deze middelen uitgewezen dat het etiket 'medisch' op de verpakking onmiddellijk een prijsopdrijvend effect heeft. Deze middelen zijn destijds niet toegelaten tot het pakket omdat er een ruim assortiment alternatieve producten op de markt is – zowel schoonmaakmiddelen als deodorants – die evengoed kunnen worden gebruikt. Omdat ook mensen zonder stoma dergelijke middelen gebruiken voor hun persoonlijke hygiëne, worden zij als algemeen gebruikelijk beschouwd. Bovendien zijn deze middelen financieel toegankelijk (een spray specifiek voor stomapatiënten is te verkrijgen voor circa € 13 en bevat 1000 doseringen). Het CVZ ziet geen aanleiding tot een beleidswijziging op dit punt. Dit betekent dat schoonmaak- en geurmiddelen dienen te worden uitgezonderd van de functiegerichte omschrijving.

o *Huidbeschermende middelen*

Huidbeschermende middelen – niet zijnde geneesmiddelen – worden regelmatig toegepast ter preventie of bij behandeling van huidproblemen. Van oudsher worden deze voor stomapatiënten vergoed via de hulpmiddelenzorg. Genoemde middelen brengen een fysieke barrière (huidfilm) aan die de huid afschermt tegen inwerking van urine of feces. De reden dat deze middelen – die in het kader van de farmaceutische zorg zijn bestempeld als 'zelfzorgmiddelen' – wel beschikbaar worden gesteld aan stomapatiënten, is gelegen in het feit dat deze middelen de huid beschermen tijdens het aftrekken van de kleeflaag van de stomaplak, waardoor irritatie door het lostrekken van huidcellen wordt voorkomen. Deze huidbeschermende middelen zorgen er bovendien voor dat de stomaplakken beter en langer blijven kleven zonder dat de huid wordt beschadigd. Hierdoor dragen deze middelen bij tot

***Besparing
stomaplakken***

een doelmatiger gebruik van stomaplakken. Het CVZ is dan ook van mening dat deze te verzekeren prestatie – alleen voor stomapatiënten – gehandhaafd moet blijven.

o *Speciale kleding*

Substitutie

Voor mensen met een stoma is er speciale kleding op de markt. Het gaat daarbij om speciale lingerie, zwemkleding, maar ook om banden en hoesjes om de stoma en het stomazakje te verbergen. Nog afgezien van de vraag of dergelijke speciale kleding noodzakelijk is, kan gesteld worden dat dergelijke kleding deels substitueert voor normale kleding en niet veel duurder behoeft te zijn. Accessoires zoals banden en hoesjes om de stoma en het stomazakje te verbergen zijn niet strikt noodzakelijk. Om deze reden is het CVZ van mening dat het niet wenselijk is speciale kleding voor mensen met een stoma te vergoeden. Deze kleding dient te worden uitgesloten van de te verzekeren prestatie.

4.b.7. Hulpmiddelen bij incontinentie

• *Lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen*

Zorginhoudelijke criteria

In de huidige regeling is de verstrekking van lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen (verder: incontinentiemateriaal) aan strikte zorginhoudelijke criteria gebonden. Het is niet de bedoeling dat de functiegerichte omschrijving van deze middelen leidt tot een ruimere aanspraak. Aan de andere kant staat het in detail regelen van de te verzekeren prestatie haaks op de gedachte achter de functiegerichte omschrijving. Daarom heeft het CVZ beoordeeld welke zorginhoudelijke criteria wel en welke niet in de regelgeving zouden moeten terugkomen.

criterium 1

Ouder dan vijf jaar

De zorginhoudelijke criteria die de aanspraak op incontinentiematerialen bij kinderen regelt dienen gehandhaafd te blijven ter afgrenzing van de normale onzindelijkheidsfase bij jonge kinderen. Dit betekent dat kinderen in het algemeen pas vanaf vijf jaar aanspraak kunnen maken op vergoeding van incontinentiematerialen.

Uitzondering hierop zijn kinderen van 3 of 4 jaar waarbij sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie.

Criterion 2

Nachtelijk bedplassen

Bij enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen) bestaat geen aanspraak op luiers noch op een plaswekker.

De vergoeding van incontinentiematerialen bij deze indicatie is al sinds 1992 uitgesloten. Enerzijds om oneigenlijk gebruik van de aanspraak tegen te gaan; niet uit te sluiten was dat de voorgeschreven materialen zouden worden gebruikt voor een jonger broertje of zusje dat nog in de normale onzindelijkheidsfase verkeert. Anderzijds werden de voor de verzekerde komende kosten niet zo hoog geacht dat dit een te zware financiële belasting voor de verzekerde zou betekenen. Daarbij komt dat bedplassen bij kinderen vaak vanzelf overgaat, eventueel met enige vorm van hulp of aandacht.

**Enuresis
nocturna**

Plaswekkers worden vaak enkele weken tot enkele maanden gebruikt om het kind te helpen 's nachts droog te blijven. De huurkosten van een plaswekker bedragen zo'n 25 tot 30 euro per maand. Omdat het gebruik ervan in tijd is te overzien (langer dan 4 maanden wordt afgeraden) en de kosten van luiers (uiteindelijk) kunnen worden uitgespaard, maakt dit het hulpmiddel financieel toegankelijk.

Het CVZ ziet geen aanleiding de te verzekeren prestatie bij de indicatie enuresis nocturna te verruimen, te meer nu in het huidige 'Beoordelingskader hulpmiddelenverzorg' het criterium 'financieel toegankelijk' nog steeds wordt gehanteerd om te beoordelen of een hulpmiddel al dan niet moet worden toegelaten tot het pakket.

Criterion 3

Incontinentie voor feces die langer bestaat dan twee weken
en

Criterion 4

Incontinentie voor urine die langer bestaat dan twee maanden

De achterliggende gedachte achter de criteria 3 en 4 is dat alleen incontinentiemateriaal voor vergoeding in aanmerking komt als sprake is van langdurig gebruik. Het moet gaan om een chronische vorm van incontinentie die niet vanzelf geneest

***Chronische
incontinentie***

dan wel niet binnen afzienbare tijd afdoende behandeld kan worden. Bij kortdurende incontinentieklachten, zoals tengevolge van zwangerschap of na een operatie, bestaat geen aanspraak op deze middelen. Het CVZ is van mening dat deze beperking van de te verzekeren prestatie gehandhaafd kan blijven. Criterium 4 houdt daarnaast nauw verband met criterium 5.

Criterium 5

***Ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of
blaastraining voor behandeling van urine-incontinentie***

Op basis van de criteria 4 en 5 bestaat pas aanspraak op incontinentiemateriaal vanaf twee maanden. Binnen deze twee maanden bestaat alleen aanspraak ter ondersteuning van bekkenbodemtherapie. Met andere woorden huisartsen (en zorgverzekeraars) moeten verzekerden met stress- en of urge-incontinentie doorsturen naar een therapeut voor bekkenbodemtherapie. Als deze bekkenbodemtherapie helpt, zal minder (zwaar) incontinentiemateriaal of zelfs helemaal geen materiaal meer nodig zijn.

***Bekkenbodem-
therapie***

Het CVZ is van mening dat het niet nodig is deze zorginhoudelijke criteria in de nieuwe regeling op te nemen. Ook zonder dergelijke criteria kunnen zorgverzekeraars immers sturen op doelmatigheid. Als een verzekerde gezien de aard van de incontinentie baat zou kunnen hebben bij bekkenbodemtherapie dan kan een zorgverzekeraar de toestemming voor incontinentiemateriaal laten afhangen van de vraag of verzekerde bereid is ook daadwerkelijk deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van een verzekerde verlangd mag worden. Vergoeding van materiaal is dan mogelijk vanaf het moment dat een verzekerde in therapie gaat. Als een verzekerde weigert de therapie te volgen, dan is hij gelet op artikel 2.1, derde lid Bzv, redelijkerwijs niet aangewezen op incontinentiemateriaal. Ook niet na twee maanden waar de huidige regelgeving nog vanuit gaat.

***Doelmatigheids-
afweging***

***Redelijkerwijs
aangewezen op***

Myofeedback

○ *Vaginale en anale probes*

In het kader van bekkenbodetherapie wordt vaak myofeedback toegepast. Myofeedback wil zeggen dat men informatie terugziet over de werking van de spier. Op een computerscherm verschijnt een curve welke de actie van de bekkenbodemspieren weergeeft. Bij het onderzoek met behulp van myofeedback wordt een probe in de vagina of in de anus ingebracht, welke de activiteit van de bekkenbodemspieren kan meten. Behalve voor onderzoek kan myofeedback ook tijdens de therapie gebruikt worden. De probes welke gebruikt worden zijn persoonsgebonden en worden zorgvuldig gereinigd.

Probe onderdeel behandeling

Het CVZ is van mening dat de vaginale en anale probes niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' vallen. De reden hiervoor is dat hulpmiddelen die in de fysiotherapeutenpraktijk worden gebruikt voor diagnostiek en behandeling nooit onder de hulpmiddelenzorg vallen. De probe maakt onderdeel uit van de fysiotherapeutische behandeling. Als een dergelijke behandeling geen te verzekeren zorg is – zoals het geval is bij bekkenbodetherapie bij incontinentie – dan geldt dat ook voor de daarbij gebruikte hulpmiddelen.

In het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ – op advies van Deskundigencommissie Incontinentie (DINC) geadviseerd bekkenfysiotherapie in het basispakket op te nemen (zie ook rapport 'Attentie voor incontinentie' dat de DINC in februari 2006 heeft aangeboden aan het CVZ). De minister heeft dit advies vooralsnog niet overgenomen in afwachting van de resultaten van door het CVZ aangekondigd integraal onderzoek naar de prestatie fysiotherapie. Dit onderzoek loopt nog steeds.

○ *Incontinentiekleding*

Ook voor mensen die incontinent zijn bestaat er speciale kleding. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondergoed, hansops en speciale zwemkleding. Zoals dat ook voor de stomapatiënten geldt, substitueert deze kleding voor normale kleding.

Dergelijke kleding dient te worden uitgesloten van de te verzekeren prestatie. Het CVZ wil hierop graag een uitzondering maken voor de wegwerp-fixatiebroeken ofwel netbroekjes.

Incontinentiemateriaal kan worden onderverdeeld in eendelige en tweedelige systemen. Het eendelige systeem (de zogenaamde incontinentiepants) wordt toegepast bij zwaardere vormen van urine- en ontlastingsincontinentie en als nachtverband. De verbanden van het tweedelig systeem (inlegverbanden met fixatiemiddel) kunnen met behulp van een netbroekje worden gedragen of goed passend ondergoed.

Fixatiebroeken

Op dit moment zijn duurzame textiele fixatiebroeken en wegwerp-fixatiebroeken uitgesloten van de te verzekeren prestatie. In de toelichting op de regelgeving is hierover het volgende opgemerkt:

“Textiele fixatiebroeken voor inlegluiers zijn niet duurder dan normaal ondergoed. Aangezien elke verzekerde kosten maakt voor ondergoed, kunnen textiele fixatiebroeken voor eigen rekening en verantwoording van verzekerden blijven. Het gebruik van wegwerpfixatiebroeken heeft geen toegevoegde waarde in vergelijking met textiele broeken. Om verschuiving naar het gebruik van wegwerpfixatiebroeken te voorkomen, zijn ook deze broeken uitgesloten van de prestatie”.

Kostenbeheersende maatregelen

De maatregel om fixatiebroeken uit te sluiten van de te verzekeren prestatie vindt zijn oorsprong in de kostenbeheersende maatregelen die in 1999 in de hulpmiddelenzorg zijn doorgevoerd. Uit de uitvoeringspraktijk komen echter geluiden dat met name het uitsluiten van de wegwerpfixatiebroeken niet het gewenste effect heeft. Zorgverzekeraars constateren dat er een ongewenste verschuiving plaatsvindt van goedkopere inlegverbanden naar de duurdere incontinentiepants (eendelig systeem).

Ongewenste effecten

De fabrikanten geven weliswaar aan dat deze pants een zeer hoog absorptie- en resorptievermogen hebben, waardoor ze niet zo vaak verwisseld behoeven te worden. In de praktijk is

Alternatief

echter wel sprake van het veelvuldig wisselen, omdat patiënten het langer dragen van deze pants ongewenst vinden. Door wegwerppfixatiebroeken weer op te nemen in de te verzekeren prestatie kan aan verzekerden een goedkoper alternatief worden geboden in vorm van inlegverbanden die gefixeerd worden met deze netbroekjes.

**Onderleggers
vaak overbodig**

○ *Beschermende onderleggers*
In het verleden is reeds geconstateerd dat het gebruik van onderleggers – door de hoge kwaliteit van de beschikbare lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen – doorgaans niet nodig is. Om deze reden werd de verstrekking van deze middelen beperkt tot die situaties waarin het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of feces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

Uit de uitvoeringspraktijk komen signalen dat dit criterium moeilijk te hanteren is, en dat toch nog op grote schaal onderleggers worden verstrekt. Vaak worden deze middelen voorgeschreven vanwege ‘angst voor lekkage’. De kwaliteit van zowel incontinentie- en stomamaterialen is echter zo goed dat lekkage niet nodig is. Als dat wel het geval is dan wordt niet het juiste materiaal gebruikt en zou dat moeten worden veranderd.

**Oorspronkelijke
bedoeling criterium**

De oorspronkelijke bedoeling was alleen onderleggers te verstrekken in uitzonderingssituaties, bijvoorbeeld voor ernstig gehandicapte of zieke personen. Om de verstrekking van onderleggers in lijn te brengen met de oorspronkelijke bedoeling, stelt het CVZ voor de onderleggers uit te sluiten van de functiegericht omschreven prestatie met de mogelijkheid in uitzonderingssituaties toch verstrekking van deze middelen toe te staan. Er moet dan sprake zijn van een ‘bijzondere individuele zorgvraag’. In andere gevallen zullen mensen de onderleggers zelf moeten aanschaffen. Enerzijds omdat hier geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg en anderzijds omdat dergelijk onderleggers voor betrekkelijk

**Bijzondere
individuele
zorgvraag**

weinig geld in de reguliere handel te koop zijn en daarmee financieel toegankelijk. Er zijn al goede wasbare matrasbeschermingen te koop vanaf 20 euro.

***Bredere
toepassing***

Beschermende onderleggers worden – zoals hiervoor omschreven – niet alleen gebruikt bij verlies van urine of feces, maar hebben een breder doel.

Dit blijkt zowel uit de ISO-classificatie als in de Rzv. In de Rzv wordt – naast verlies van urine en feces – ook gesproken over de toepassing van beschermende onderleggers bij hygiënische problemen zoals het verlies van bloed en exsudaat. De ISO-classificatie noemt hygiënische onderleggers en urine-/vochtabsorberende onderleggers.

Het CVZ is van mening dat het verstrekken van onderleggers bij hygiënische problemen als gevolg van verlies van bloed of exsudaat mogelijk moet blijven. Vaak zal het gaan om mensen met een indicatie voor verpleging. Als zij beschikken over een hoog-/laagbed (via Zvw of AWBZ-uitleen), dan zullen onderleggers in de regel niet nodig zijn, omdat de verstrekte matrassen voorzien zijn van beschermingshoezen.

Om te voorkomen dat met de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie de beschermende onderleggers die gebruikt worden voor andere doeleinden zijn uitgesloten van het basispakket, dienen deze te worden toegevoegd aan artikel 2.33 van de Rzv “Inrichtingselementen van woningen”.

o *Uitwendige blaasstimulator*

PTNS

PTNS betekent Percutaneous Tibial Nerve Stimulation, ofwel stimulatie van een zenuw in het onderbeen. Door aan de binnenzijde van het been, net boven de enkel, een zeer dun naaldje in te brengen en daar een elektrisch stroompje op te zetten, wordt de beenzenuw (nervus tibialis) gestimuleerd. Deze zenuw geeft dit stroompje ter hoogte van het ruggenmerg door aan de zenuwen van de organen in het kleine bekken, zoals blaas, endeldarm en sluitspier.

Een PTNS behandeling heeft tot doel om onderstaande problemen te behandelen.

- extreem vaak plassen, zowel overdag als 's nachts;
- hevige aandrang om te plassen dat samengaat met urineverlies;
- onbegrepen blaas- en bekkenbodempijn.

Het betreft een behandeling van medisch specialistische aard die plaatsvindt in de polikliniek van het ziekenhuis. Het apparaat dat gebruikt wordt bij een PTNS behandeling valt daarmee onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

TRANS

TRANS-therapie heeft dezelfde theoretische achtergrond als PTNS. Bij TRANS-therapie vindt de behandeling echter transcutaan plaats met een huidelektrode. Dit maakt thuisbehandeling mogelijk. Onduidelijk is of hier sprake is van 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden' of van 'hulpmiddelenzorg'. Ook is onduidelijk of TRANS-therapie voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In 2005 verzocht de fabrikant van het hulpmiddel het CVZ om de TRANS-neuromodulator te beoordelen. De fabrikant kon daarbij geen studies overleggen, omdat zo stelde hij *"goede studies met significante resultaten niet bestaan"*. Om deze reden heeft destijds geen verdere beoordeling van TRANS-therapie plaatsgevonden. Het CVZ gaat er vooralsnog vanuit dat deze behandeling nog experimenteel is. Indien daar concreet aanleiding toe is, kan een herbeoordeling plaatsvinden.

4.b.8. Financiële gevolgen

Een gevolg van de functiegerichte omschrijving zoals voorgesteld is, dat ook nieuwe hulpmiddelen kunnen instromen in het te verzekeren pakket. Dit zou enerzijds een uitbreiding van het pakket kunnen betekenen en daarmee een verhoging van kosten, anderzijds zal door een stringenter beleid van verzekeraars om verzekerden te stimuleren bekkenbodempijntherapie te ondergaan, een besparing kunnen worden gerealiseerd op incontinentiematerialen. Ook van de

maatregelen om de verstrekking van beschermende onderleggers te beperken en het toestaan van wegwerp-fixatiebroeken verwacht het CVZ een besparend effect. Het gaat om maatregelen die het gepast gebruik van incontinentiematerialen bevorderen.

Wegens het ontbreken van harde gegevens zijn de financiële gevolgen van dit systeemadvies moeilijk te berekenen. Vanwege deze onzekerheid zal het CVZ – als dit voorstel wordt overgenomen – de ontwikkeling van de kosten nauwgezet volgen en zonodig tussentijds rapporteren als daartoe aanleiding bestaat.

4.b.9. Advies

Voorstel CVZ

Het CVZ stelt voor de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg te wijzigen om de aanspraak op verzorgingsmiddelen gerelateerd aan urinelozing en defecatie functiegericht vorm te geven. Daartoe kunnen artikel 2.6 en artikel 2.11 worden ingevuld volgens het onderstaand voorstel. Verder kunnen een aantal onderdelen van artikel 2.15 vervallen en zal een onderdeel aan artikel 2.33 worden toegevoegd.

Functiegericht

Artikel 2.6

d. Hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie, zoals omschreven in artikel 2.11;

Het CVZ stelt voor artikel 2.11 als volgt vorm te geven:

Artikel 2.11

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onder d, omvatten uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.
2. De zorg in het eerste lid omvat ingeval van absorberende incontinentie-absorptiematerialen:
 - a. materiaal voor verzekerden van drie of vier jaar indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;

- b. materiaal voor verzekerden van vijf jaar en ouder, tenzij sprake is van kortdurende incontinentie of van enuresis nocturna.
- 3. De zorg in het eerste lid omvat niet:
 - a. schoonmaakmiddelen en geurmiddelen;
 - b. huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg;
 - c. kleding, met uitzondering van netbroekjes;
 - d. plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna;
 - e. beschermende onderleggers, tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Artikel 2.15

- 1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel h, omvatten:
 - a. *(vervalt)*
 - b. *(vervalt)*
 - c. *(was al vervallen)*
 - d. *(vervalt)*
 - e. *(vervalt)*
 - f. *(vervalt)*
 - g. *(was al vervallen)*
 - h. **kappen ter bescherming van de schedel**
(blijft gehandhaafd)
 - i. *(was al vervallen)*
 - j. **verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen**
(blijft gehandhaafd).
- 2. *(vervalt)*

Artikel 2.33

Aan artikel 2.33, eerste lid, dient een nieuw onderdeel te worden toegevoegd namelijk:

- h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed of exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een

bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

Toelichting

Artikel 2.11, eerste lid

Onder deze functiegerichte omschrijving valt een breed scala aan hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met het ontbreken/wegvallen van normale lichaamsfuncties in verband met urinelozing en defecatie. Het gaat onder meer om voorzieningen voor stomapatiënten en voor mensen met incontinentie- of ontlastingsproblemen.

De toevoeging '*met al dan niet inwendige onderdelen*' heeft betrekking op hulpmiddelen die deels inwendig en niet-klinisch worden ingebracht, zoals bij (vervanging van) katheters. Indien een dergelijk hulpmiddel op de polikliniek wordt ingebracht, dan valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen vallen altijd onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

Functionerende hulpmiddelen

Uitgangspunt is dat er sprake moet zijn van functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat de noodzakelijke toebehoren deel uitmaken van deze te verzekeren prestatie. Bij een katheter gaat het dan bijvoorbeeld om glijvloeistof en blaasvloeistoffen. Dit geldt ook voor de urine-opvangzakken en de benodigde hulpstukken voor bevestiging aan het bed of been.

Voorzieningen voor stomapatiënten

Er is een groot assortiment stomavoorzieningen op de markt die onder deze te verzekeren prestatie valt. Het betreft onder meer systemen voor de opvang van feces of urine, zowel eendelige als tweedelige systemen, benodigdheden voor verzorging van fistels zoals opvangzakjes en specifieke wondzakken, gordels ter bevestiging van stomazakjes op het lichaam, steunbandages bij parastomale hernia, indikmiddelen, reinigingsgaasjes en huidbeschermingsmiddelen.

Andere voorzieningen die onder de te verzekeren prestatie vallen zijn onder meer katheters, katheterzakken, irrigatiesets voor het spoelen van de dikke darm en hulpmiddelen voor het afsluiten van de stoma, zoals stomapluggen en afdekleisters.

**Incontinentie-
en**

Bij de lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen die onder de te verzekeren prestatie vallen gaat het onder meer om inlegverbanden die gefixeerd worden met netbroekjes of in goed passend ondergoed worden gedragen dan wel absorberende incontinentiebroeken/-pants. Ook anaaltampons en spoelapparatuur voor anaalspoelen vallen onder de te verzekeren prestatie.

**Ontlastings-
problemen**

Artikel 2.11, tweede lid

Niet-fysiologisch

De term '*niet-fysiologische vorm van incontinentie*' betekent dat sprake is van ongewild urineverlies op basis van een anatomische afwijking aan de urine- en/of darmwegen dan wel een neurologische aandoening waarbij op voorhand vaststaat dat verzekerde nooit continent zal zijn. Voor kinderen van 3 en 4 jaar met een niet-fysiologische vorm van incontinentie vallen lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen onder de te verzekeren prestatie.

Leeftijdsgrens

Kinderen tot 3 jaar hebben nooit recht op vergoeding van incontinentieverbanden. Onzindelijkheid is op die leeftijd immers normaal. Ook kinderen van 3 of 4 jaar kunnen nog onzindelijk zijn. Als hiervoor geen anatomische afwijking of neurologische aandoening is aan te wijzen, is nog steeds sprake van een fysiologische vorm van incontinentie. Er kan sprake zijn van een vertraagde zindelijkheidsstraining. In dat geval bestaat (nog) geen aanspraak op vergoeding van incontinentieverbanden. Kinderen van 5 jaar en ouder kunnen aanspraak maken op vergoeding van incontinentieverbanden ongeacht de vorm van de incontinentie, tenzij alleen sprake is van nachtelijk bedplassen.

Kortdurende klachten

Kortdurende incontinentieklachten, zoals ten gevolge van zwangerschap of na een operatie, vormen geen indicatie. De achterliggende gedachte is dat alleen incontinentiemateriaal voor vergoeding in aanmerking komt als sprake is van langdurig gebruik. Het moet gaan om een chronische vorm van incontinentie die niet vanzelf geneest dan wel niet binnen afzienbare tijd afdoende behandeld kan worden.

Bekkenbodetherapie

Als een verzekerde gezien de aard van de incontinentie baat zou kunnen hebben bij bekkenbodetherapie dan kan een zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen de toestemming voor lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen laten afhangen van de vraag of verzekerde ook daadwerkelijk bereid is deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van een verzekerde verlangd mag worden. Vergoeding van materiaal is dan mogelijk vanaf het moment dat een verzekerde in therapie gaat. Is een verzekerde hier niet toe bereid dan is hij redelijkerwijs niet aangewezen op incontinentiemateriaal (artikel 2.1, derde lid, Bzv).

Artikel 2.11, derde lid

Persoonlijke hygiëne

Reinigingsgaasjes vallen onder de te verzekeren prestatie, maar een verzekerde dient zelf te voorzien in de middelen voor het schoonmaken van de huid rond het stoma. Er is een ruim assortiment anti-allergische en al dan niet desinfecterende schoonmaakmiddelen bij drogist of supermarkt verkrijgbaar. Deze middelen zijn niet kostbaar en kunnen gerekend worden tot de persoonlijke hygiëne. Ook geurmiddelen komen voor eigen rekening.

Huidbeschermende middelen bij stoma

Alleen voor stomapatiënten omvat de te verzekeren prestatie ook huidbeschermende middelen. Het gaat daarbij om middelen zoals een beschermfilm, -poeder of -pasta, crèmes en tissues. Deze middelen zijn bijvoorbeeld geïndiceerd bij mensen met een gevoelige huid of een hoge stoma, waarbij de huid als gevolg van dunne, agressieve uitscheiding een grotere kans heeft op ontsteking.

Speciale kleding

Er is speciale kleding op de markt voor zowel mensen met een stoma als mensen met incontinentieproblemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om speciaal ondergoed – waaronder duurzame textiele fixatiebroeken bij incontinentie – hansops of speciale zwemkleding. Ook bestaan banden en hoesjes om de stoma en het stomazakje te verbergen. Dergelijke kleding valt niet onder de te verzekeren prestatie, met uitzondering van wegwerpfixatiebroeken ofwel netbroekjes.

Door de mogelijkheid om netbroekjes te verstrekken kan worden tegengegaan dat een verschuiving plaatsvindt van de goedkopere tweedelige systemen (inlegverbanden met fixatiebroekje) naar de duurdere eendelige systemen (incontinentiepants).

Enuresis nocturna

Ook plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna zijn uitgesloten van de te verzekeren prestatie. De huurkosten zijn niet zodanig dat de financiële toegankelijkheid van dit hulpmiddel in het geding zou zijn. De huurkosten komen voor eigen rekening.

Onderleggers

Het gebruik van beschermende onderleggers is in het algemeen niet nodig in combinatie met lichaamsgedragen incontinentie- en stomamaterialen. Om deze reden zijn deze onderleggers uitgesloten van de te verzekeren prestatie, tenzij er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om in uitzonderingsgevallen toch de verstrekking van onderleggers toe te staan. Het gaat dan om situaties waarbij dusdanige hygiënische problemen ontstaan, die alleen met het gebruik van onderleggers zijn op te lossen.

Artikel 2.15

In artikel 2.15 vervallen de hulpmiddelen die onder de nieuwe functiegerichte omschrijving vallen van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.

***Stomabeschermers
voor tracheostoma***

Ook de in artikel 2.15, lid 1, onder b.4°, genoemde ‘*stomabeschermers voor gelaryngectomeerden*’ kunnen naar mening van het CVZ vervallen, hoewel deze niet vallen onder de nieuwe functiegerichte omschrijving zoals hiervoor bedoeld. Het betreft hier stomafilters, douchebeschermers of camouflagebeffen voor mensen met een kunstmatige luchtwegingang (tracheostoma). Een goede stomabescherming is belangrijk voor de longfunctie en de algemene lichamelijke conditie. Zonder stomabescherming krijgen deze mensen meer last van slijmvorming en hoestprikkels. De hier bedoelde stomabeschermers vallen daarmee onder de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als bedoeld in artikel 2.9, dan wel om noodzakelijke toebehoren hierbij.

2.33, eerste lid, onder h

Het gaat hier om beschermende onderleggers bij hygiënische problemen die zich kunnen voordoen bij verlies van bloed en exsudaat. Beschermende onderleggers die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie vallen onder artikel 2.11 van deze regeling.

4.b.10. Bestuurlijke consultatie

Algemeen

In paragraaf 4.a.11 is een samenvatting opgenomen van de bestuurlijke reacties van de CG-Raad, de NPCF en ZN op alle functiegerichte omschrijvingen als voorgesteld in dit pakketadvies. Het CVZ volstaat hier met een verwijzing naar deze paragraaf.

Specifiek

Meer specifieke opmerkingen over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie zijn gemaakt door de Nederlandse brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI), de Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten (Nefemed) en de Fysiotherapeut; Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

- Nefemed en FHI** Uit de reactie van de FHI en Nefemed blijkt dat men problemen heeft met het voorstel om de reeds bestaande beperking van te verzekeren prestatie 'beschermende onderleggers' verder aan te scherpen, in die zin dat ingeval van een stoma of bij incontinentie alleen in uitzonderingsgevallen aanspraak kan worden gemaakt op beschermende onderleggers.
- Reactie CVZ** Het CVZ blijft bij zijn standpunt dat bij een stoma of bij incontinentie het gebruik van onderleggers in het algemeen niet nodig is, gezien de kwaliteit van het incontinentie- en stomamateriaal dat vandaag de dag op de markt is. Als regelmatig sprake is van lekkage zal verandering van materiaal meestal uitkomst bieden. Als er slechts sprake is van een *kans* op lekkage dan is het de verantwoordelijkheid van de patiënt om enkele wasbare onderleggers aan te schaffen om incidentele lekkage op te vangen.
- Het CVZ wijst in dit verband nog op het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter dat in 2005 op initiatief van het ministerie van VWS is gestart. In het 'Verbetertraject Continentie', zijn cliëntgerichte interventies om incontinentie te voorkomen en/of te verminderen uitgangspunt. Verbeterpunten die worden genoemd zijn onder meer toiletgangbevorderende maatregelen en het toepassen van modern incontinentiemateriaal. Het beleid om beschermende onderleggers slechts in uitzonderingsgevallen toe te staan past binnen het gedachtegoed van dit verbetertraject.
- KNGF** De KNGF pleit ervoor om de voor myofeedback benodigde probes onder de hulpmiddelenregeling te laten vallen. Deze probes zijn kostbaar en kunnen volgens de KNGF niet uit het reguliere tarief worden bekostigd. Als het CVZ deze aanpassing niet overneemt, dan dringt de KNGF erop aan om de passage over het opgenomen zijn in de tarieven uit het advies te schrappen.

Reactie CVZ

Het CVZ neemt het advies van de KNGF om de probes onder de hulpmiddelenregeling te brengen niet over. De reden hiervoor is dat hulpmiddelen die in de fysiotherapeutenpraktijk worden gebruikt voor diagnostiek en behandeling nooit onder de hulpmiddelenzorg vallen.

Zorg die niet in het basispakket is opgenomen – zoals het geval is bij bekkenbodetherapie – valt echter wel onder de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Dit betekent dat ook de probes onder de vrije tarieven van de fysiotherapeuten kunnen vallen. Voor een adequate bekostiging zal de NZa een WMG-prestatie moeten vaststellen, die partijen overigens wel zelf moeten aanvragen.

Het CVZ zal de tekst van het advies in lijn brengen met deze reactie.

4.b.11. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie functiegericht te omschrijven.

4.b.12. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

4.c. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem

4.c.1. Samenvatting

Systemadvies: Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die gebruikt worden bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem functiegericht te omschrijven. Bij de zorg die door trombosediensten wordt verleend gaat het om eerstelijnszorg. Daarom dienen de hulpmiddelen die bij die zorg nodig zijn, opgenomen te blijven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

4.c.2. Aanleiding

In de paragraaf Hulpmiddelenzorg uit de Regeling is de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden opgenomen. Deze categorie hulpmiddelen is nog niet functiegericht omschreven. Elk jaar neemt het CVZ enkele categorieomschrijvingen ter hand. Door hulpmiddelen functiegericht te omschrijven, is het mogelijk dat innovatieve hulpmiddelen in de toekomst gemakkelijker kunnen instromen. Voorwaarde is wel dat deze innovatieve hulpmiddelen voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In dit pakketadvies doet het CVZ voorstellen om de categorie hulpmiddelen 'zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden' functiegericht te omschrijven.

4.c.3. Medische achtergrond

Bloedstolling

Bloedstolling is het mechanisme om bloedverlies te beperken of te voorkomen. Bloedstolling is een complex mechanisme waarbij bloedplaatjes en stollingsfactoren een belangrijke rol spelen. Bloedstolling kan optreden op een ongewenste plaats en op een ongewenst moment (trombose). Een groot deel van de patiënten met trombose of patiënten die kans lopen op een trombose worden voor behandeling met orale antistollingsmiddelen verwezen naar de trombosediensten. Orale antistollingsmiddelen (cumarines) worden

voorgeschreven op geleide van de INR-uitslag.

INR

INR staat voor International Normalized Ratio. De INR geeft aan in welke mate de stollingsfactoren verlaagd zijn. De normaalwaarde van de INR ligt op 1.0. Bij iemand die behandeld wordt met orale antistollingsmiddelen wordt gestreefd naar een INR tussen de 2.0 - 4.0, afhankelijk van de indicatie. Een INR onder de optimale range behoedt een behandelde persoon onvoldoende voor een (re)trombose. Een INR boven deze range brengt een ongewenst verhoogd bloedingsrisico met zich mee.

Trombosedienst

In Nederland bestaan er trombosediensten: instellingen gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met orale antistollingsmiddelen. De behandeling door de trombosedienst vindt plaats in opdracht van een specialist of huisarts. De medewerkers van de trombosediensten nemen op 'prikposten' of aan huis bloed af bij de patiënt en vragen naar bijzonderheden. In een laboratorium wordt de INR-waarde bepaald. Op geleide van de INR wordt, met inachtneming van eventuele bijzonderheden en voor zover beschikbaar voorgaande INR's en doseringsadviezen, door de trombosedienst een doseringsschema afgegeven.

**Zelfmeet-
apparatuur**

Voor bepaalde patiënten die langdurig (> 6 maanden tot levenslang) op bloedverdunners zijn aangewezen, is het mogelijk de INR-waarde zelf te meten door middel van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. De patiënten die zelfmeten en zelfdoseren worden per 3 tot 6 maanden op de trombosedienst gezien voor controle waarbij de INR waarden en de daarbij ingenomen dosering worden besproken. Tijdens deze controle vindt er eveneens een kwaliteitscontrole van de zelfmeetapparatuur plaats, waarbij de zelfmeetapparatuur getest wordt tegen de gevalideerde zelfmeter van de trombosedienst.

4.c.4. Wettelijk kader

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaand artikel van de Rzv is de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.6. onderdeel dd: zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (artikel 2.32)

Aanspraak

Deze te verzekeren prestatie omvat:
apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten, nadat hij voor het gebruik van die apparatuur is opgeleid.

Toelichting

In de toelichting is de volgende tekst opgenomen:
In deze bepaling is de zelfmeetapparatuur voor stollingstijden van het bloed geregeld. Onder de ziekenfondsverzekering was dat geregeld in artikel 2 van het Besluit hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering. Bij deze meetapparatuur kan het gaan om lange-termijn patiënten en

om mensen die door hun werkzaamheden niet in staat zijn om zich bij trombosediensten te laten controleren.

De toebehoren bij deze apparatuur zijn de bij de apparatuur behorende teststrips, een vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen en het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling horen ook bij het zelf meten van bloedstollingstijden. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv. De verzekerde die op de zelfmeetapparatuur voor stollingstijden van het bloed is aangewezen, heeft eveneens recht op de daarbij behorende zorg.

Trombosedienst

De zorg die door trombosediensten wordt verleend valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (artikel 2.4 Bzv). Langdurige antistollingsbehandeling van patiënten vindt meestal plaats onder verantwoordelijkheid van een trombosedienst in de eerste lijn. Het betreft hier immers zorg voor 'stabiele' patiënten die een blijvende antistollingsbehandeling ondergaan. Hulpmiddelen die worden geleverd vanuit de eerstelijnszorg worden wat betreft de financiering van oudsher anders benaderd dan de hulpmiddelen die worden ingezet vanuit de tweede lijn. Voor deze 'eerstelijns' hulpmiddelen geldt dat zij worden verstrekt vanuit de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Daarom dient ook de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden opgenomen te blijven in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv. Anders bestaat er op grond van de basisverzekering geen betalingstitel.

4.c.5. Classificatie

ICF

Op basis van de ICF-classificatie valt de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden onder de functies van het hematologisch systeem. Hiertoe behoren de functies gerelateerd aan de aanmaak van bloed, het transport van zuurstof en metaboliëten en stolling.

ISO 9999

In de ISO 9999 classificatie valt de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden tot de 04.24.12 materiaal voor het analyseren van bloed.

4.c.6. Functiegerichte omschrijving

Uitgaande van de ICF zou de functiegerichte omschrijving voor deze categorie hulpmiddelen als volgt gedefinieerd kunnen worden:

“Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem”

Onder het hematologisch systeem verstaat de ICF de functies gerelateerd aan:

- de aanmaak van bloed;
- het transport van zuurstof door het bloed;
- het transport van metabolieten door het bloed;
- stolling.

Bij het CVZ zijn op dit moment geen andere uitwendige hulpmiddelen bekend dan de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden die onder deze functiegerichte aanspraak vallen. Zuurstofapparatuur en diabeteshulpmiddelen vallen niet onder deze omschrijving omdat er geen sprake is van een stoornis in het ‘transport’ van zuurstof of metabolieten door het bloed. Het CVZ spreekt van ‘uitwendige’ hulpmiddelen ter afgrenzing van de medisch-specialistische zorg.

Het CVZ acht het niet nodig om de functiegerichte omschrijving op basis van de ICF in te perken.

4.c.7. Financiële aspecten

Gezien de verwachting dat er op dit moment geen andere hulpmiddelen behoren tot de functiegerichte omschrijving, zal deze functiegerichte omschrijving niet leiden tot een kostenstijging of -daling anders dan normaal.

4.c.8. Advies

Artikelen 2.6 en 2.32 kunnen als volgt worden gewijzigd.

Artikel 2.6

n. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Artikel 2.6, dd (*vervalt*)

Artikel 2.32 (*vervalt*)

Toelichting artikel 2.6, onderdeel n

In artikel 2.6, onderdeel dd, was de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden limitatief omschreven. In de nieuwe omschrijving van dit artikel wordt in ICF-termen gesproken van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Onder het hematologisch systeem verstaat de ICF de functies gerelateerd aan:

- de aanmaak van bloed;
- het transport van zuurstof door het bloed;
- het transport van metabolieten door het bloed;
- stolling.

Onder deze functiegerichte omschrijving valt de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. Deze zorg wordt in het algemeen verzorgd door trombosediensten. Bij de meetapparatuur kan het gaan om lange-termijn patiënten en om mensen die door hun werkzaamheden niet in staat zijn om zich bij trombosediensten te laten controleren. Mogelijke toebehoren bij deze apparatuur zijn de bij de apparatuur behorende teststrips, een vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen en het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling vallen ook onder de te verzekeren prestatie. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg, zoals huisartsen

die plegen te bieden (artikel 2.4 van het Bzv). De verzekerde die op de zelfmeetapparatuur voor stollingstijden van het bloed is aangewezen, heeft eveneens recht op de daarbij behorende zorg.

4.c.9. Bestuurlijke consultatie

In paragraaf 4.a.11 is een samenvatting opgenomen van de bestuurlijke reacties van de CG-Raad, de NPCF en ZN op alle functiegerichte omschrijvingen zoals voorgesteld in dit pakketadvies. Het CVZ volstaat hier met een verwijzing naar deze paragraaf.

4.c.10. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem functiegericht te omschrijven.

4.c.11. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

4.d. Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel

4.d.1. Samenvatting

Systemadvies: Het CVZ adviseert de verschillende hulpmiddelen die gebruikt worden bij diabetes functiegericht te omschrijven. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van het pakket. Bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden.

Diabetes

4.d.2. Aanleiding

In de paragraaf Hulpmiddelenzorg uit de Regeling is de categorie hulpmiddelen bij diabetes opgenomen. Deze categorie hulpmiddelen is nog niet functiegericht omschreven. Zoals afgesproken zal het CVZ elk jaar enkele categorieomschrijvingen ter hand nemen. Dit jaar heeft het CVZ voor deze categorie hulpmiddelen gekozen. De reden hiervoor is dat er op het terrein van de diabetes ontwikkelingen plaatsvinden. Door deze paragraaf functiegericht te omschrijven, biedt het de mogelijkheid dat ontwikkelingen die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk automatisch instromen.

Ontwikkelingen

4.d.3. Medische achtergrond

Stofwisselingsziekte

Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam onvoldoende energie uit glucose (suikers) kan halen. Suikers kunnen in de meeste cellen alleen opgenomen worden indien er voldoende insuline aanwezig is en de insulinerceptoren in de cellen goed werken. Bij mensen met diabetes mellitus is het regelend mechanisme van de bloedsuikerspiegel niet helemaal in orde. Bij diabetes type 1 (ongeveer 15% van de mensen met diabetes in Nederland) is er sprake van onvoldoende of geen productie van insuline (geproduceerd door de eilandjes van Langerhans in de alveesklier) waardoor de suikers niet in de cellen worden opgenomen en bij diabetes type 2 (ongeveer 85% van de mensen met diabetes in Nederland) werken de insulinerceptoren in de cellen niet naar behoren.

Ernstige gevolgen Een gevolg van onvoldoende opname van glucose in het bloed is een te hoge bloedglucosespiegel (hyperglykemie). Dit kan ernstige gevolgen hebben, zoals hart- en vaatziekten, slechtziendheid/blindheid, diabetische nefropathie en het minder goed werken van de gevoelszenuwen.

4.d.4. Wettelijk kader

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 2.1, derde lid van het Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaand artikel van de Rzv zijn de verschillende diabeteshulpmiddelen als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.6. onderdeel n: hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.20

Aanspraak

Deze te verzekeren prestatie omvat:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:

- a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Artikel 2.19 injectiespuiten

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel 1, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepen met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, indien de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of injectiepen in een niet aangepaste uitvoering.

Zorginhoudelijke criteria

In bijlage 3, onderdeel 6 is het volgende opgenomen:

Zorginhoudelijke criteria voor een draagbare insuline-

infuuspomp voor continue subcutane insuline injectie zijn:

- a. dat bij optimale zelfregulatie de bloedsuikerwaarden bij herhaling onaanvaardbare schommelingen vertonen, zijnde schommelingen groter dan 10 mmol/l, of dat geen HbA1c-gehalte van minder dan 10% of een HbA1c-gehalte van minder dan 8% bereikt kan worden;
- b. dat ondanks goede gemiddelde instelling en zelfregulatie geregeld hypoglycaemieën optreden of dat goede gemiddelde instelling slechts kan worden bereikt door drie

- of meer injecties per dag;
- c. lijden aan diabetes en zwanger willen worden of in verwachting zijn en bij wie met maximaal twee injecties per dag geen optimale gemiddelde instelling kan worden bereikt ondanks goede instructie, motivatie en begeleiding;
- d. het lijden aan diabetes met pijnlijke en progressieve neuropathie, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- e. het leiden aan diabetes met groeistoornissen dan wel verlate puberteit, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- f. bijzondere individuele zorgvragen.

4.d.5. Classificatie

ICF

Op basis van de ICF-classificatie behoren de diabetes-hulpmiddelen tot de functies van het spijsverteringsstelsel, het metabool stelsel en het hormoonstelsel.

Type 1

Bij mensen met type 1 diabetes is er sprake van onvoldoende of geen productie van insuline in de alveesklier. Daarnaast functioneert mogelijk de natuurlijke (fysiologische) glucoseregeling niet goed. Op basis van de ICF lijden mensen met type 1 diabetes aan een stoornis in de functie van één van de endocriene klieren (de alveesklier). De omschrijving van deze categorie in de ICF luidt: functies gerelateerd aan de productie van hormonen en de regulatie van hormoonspiegels, inclusief cyclische veranderingen.

Type 2

Type 2 diabetes ontstaat door een combinatie van verminderde gevoeligheid voor insuline (insulineresistentie) en een verlaagde of verminderde insulineproductie en/of -afgifte. Daardoor komt het lichaam insuline tekort om glucose goed te kunnen verwerken.

In termen van de ICF is er sprake van een stoornis in de absorptie van voedingsstoffen. Een dergelijke stoornis valt onder de functie 'vertering'. In de ICF is de functie 'vertering' als volgt omschreven: functies gerelateerd aan het transporteren van voedsel door het spijsverteringskanaal, de afbraak van voedsel en de absorptie van voedingsstoffen.

ISO De diabeteshulpmiddelen voor het zelf afnemen van bloed, de daarbij behorende lancetten, bloedglucosemeters en teststrips behoren volgens de ISO 9999-classificatie tot de 04.24.12 materialen voor het analyseren van bloed.
De draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren behoren tot de categorie 04.19.24 infusiepompen. Dit is apparatuur die is verbonden met het lichaam voor het automatisch toedienen van medicijnen, zoals insulinepompen.

4.d.6. Functiegerichte omschrijving

Op basis van de ICF zou de functiegerichte omschrijving er als volgt uit kunnen komen te zien:

Hormoonstelsel *“Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies vertering en de functies van de endocriene klieren.”*

Te breed Onder bovenstaande functies vallen meer zaken dan alleen de diabeteshulpmiddelen. Het CVZ acht deze omschrijving te breed (en mogelijk niet budgetneutraal) omdat het CVZ niet kan overzien welke hulpmiddelen eventueel onder deze omschrijving zouden vallen.

Als er hulpmiddelen zijn te gebruiken bij een stoornis in één van de endocriene klieren of bij een stoornis in de vertering die fabrikanten, zorgverleners dan wel patiënten opgenomen willen hebben in de basisverzekering, beoordeelt het CVZ op dat moment of er een nieuwe functiegerichte omschrijving moet worden toegevoegd dan wel een bestaande uitgebreid.

Bovenstaande heeft geleid tot de volgende aanpassing in de functiegerichte omschrijving, waarbij de terminologie van de ICF is losgelaten:

Bloedsuikerspiegel *“Uitwendige hulpmiddelen voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.”*

De huidige hulpmiddelen zoals nu beschreven in artikel 2.20 vallen in principe onder deze functiegerichte omschrijving (zie 4.d.8 met betrekking tot afbakingsvraagstuk insulinepomp). Omdat de hulpmiddelen moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en verzekeren er redelijkerwijs op

moeten zijn aangewezen bakenen deze voorwaarden de omschrijving goed af.

Injectiespuiten en -pennen voor diabetici vallen ook onder deze omschrijving. Als er sprake is van een andere indicatie blijven deze hulpmiddelen vallen onder artikel 2.19 van de Regeling.

Het woord 'uitwendig' is opgenomen ter afbakening van de medisch-specialistische zorg. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen vallen niet onder de te verzekeren 'hulpmiddelenzorg', maar onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

4.d.7. Overige diabeteshulpmiddelen

- *Sensoren voor een continue bloedglucosemonitoring (CGM) (eventueel in combinatie met een insulinepomp)*

Continue bloedglucose- monitoring

Vanuit de patiënten en fabrikant is het verzoek gekomen om een insulinepomp met real-time continue glucosemonitoring (CGM) toe te laten tot de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. In de Pakketscan diabetes (2008) heeft het CVZ hier ook aandacht aan besteed. Naar verwachting brengt het CVZ in het tweede kwartaal van 2010 een standpunt uit over de vraag of deze behandeling voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en zo ja bij welke doelgroep.

Afbakening

Het CVZ buigt zich ook over de vraag of er bij CGM sprake is van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' of van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

Indien het CVZ tot het standpunt komt dat CGM onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' valt, is aanpassing van de functiegerichte omschrijving niet nodig. Dit hulpmiddel stroomt dan automatisch in. Dit geldt overigens ook als het CVZ tot de conclusie komt dat CGM onderdeel is van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

- Consequenties** Indien CGM op basis van de beoordeling van het CVZ instroomt in het basispakket, dan zal het CVZ ook de financiële gevolgen van het standpunt in kaart brengen. Indien blijkt dat sprake is van medisch-specialistische zorg, besteedt het CVZ daarnaast aandacht aan de eventuele consequenties met betrekking tot het DBC-systeem. Het CVZ zal het standpunt inhoudelijk afstemmen met de belanghebbende partijen.
- Zelfcontrole type 2**
- *Zelfcontrole van mensen met type 2 diabetes*
Daarnaast is uit de Pakketscan Diabetes (2008) gebleken dat de DVN graag de zelfcontrole bij mensen met een type 2 diabetes uitgebreid zou willen zien naar patiënten die geen insuline gebruiken of nog niet zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen. Omdat de laatste CVZ beoordeling van zelfcontrole in 2005 heeft plaatsgevonden en er sindsdien verschillende onderzoeken naar de (kosten)effectiviteit gepubliceerd zijn, is een nieuwe beoordeling gewenst. In 2010 zal het CVZ beoordelen of zelfcontrole voor deze groep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien dit het geval is en de minister heeft bovenstaande functiegerichte omschrijving overgenomen, behoort zelfcontrole voor deze groep vanaf 1 januari 2011 tot de te verzekeren prestaties.
- Ketonen**
- *Ketonen teststrips*
Vaak gaat het om kinderen met diabetes die moeilijk instelbaar zijn (pompgebruikers). Bij het testen op ketonen kunnen de waarden zo hoog zijn – door technische problemen of ziekte – dat Spoed Eisende Hulp (SEH) consultatie noodzakelijk is. In het ziekenhuis wordt dan getest op ketonen om te bepalen of ziekenhuisopname nodig is. Als mensen deze strips thuis hebben, kunnen zij zelf testen. Voorwaarde is dan wel dat er een goede setting van 24-uurszorg aanwezig is (achterwachtfunctie). Aan de hand van de testresultaten zal de medisch-specialist op afstand inschatten hoe ernstig de ontregeling is en kan eventueel bijsturing plaatsvinden. Hiermee wordt ziekenhuisopname voorkomen. De ketonen bloedteststrips maken daarom deel uit van de medisch-

specialistische zorg (ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie) en maken dus geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving. Het CVZ zal dit verduidelijken in de toelichting.

Injecteren

- *Injecteerbare bloedsuikerverlagende middelen anders dan insuline (bijvoorbeeld Byetta)*

Begin 2009 heeft het CVZ een herbeoordeling uitgevoerd voor een injecteerbaar bloedsuikerverlagend geneesmiddel (Byetta, (exenatide), een subcutane injectie). Dit is geen oraal bloedsuikerverlagend geneesmiddel, maar een geneesmiddel dat subcutaan geïnjecteerd wordt. Het CVZ heeft de minister geadviseerd exenatide (Byetta) op te nemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het CVZ heeft voorgesteld om de inzet van dit middel te beperken tot die gevallen waarbij een therapeutische meerwaarde is aangetoond. Het gaat hierbij om de groep verzekerden met type 2 diabetes en een BMI ≥ 35 kg/m², bij wie

- het verlagen van het lichaamsgewicht ondanks begeleiding bij het dieet en stimuleren van de lichaamsbeweging een probleem vormt én
- de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen.

De minister heeft dit voorstel overgenomen.

Zelfcontrole bij injecteren

Het CVZ heeft de vraag ontvangen of deze groep verzekerden aanspraak kunnen maken op hulpmiddelen voor zelfcontrole. De behandeling met injecteerbare bloedsuikerverlagende geneesmiddelen neemt in principe dezelfde plaats in de behandeling als de andere orale bloedsuikerverlagende medicatie. In artikel 2.20 van de huidige Rzv is opgenomen om voor vergoeding van zelfcontrole in aanmerking te komen dat een verzekerde is uitbehandeld met *orale* bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen. Omdat Byetta geïnjecteerd wordt en dus geen *oraal* bloedsuikerverlagend geneesmiddel is, kunnen deze verzekerden op dit moment geen aanspraak maken op

hulpmiddelen voor zelfcontrole. In de voorgestelde functiegerichte omschrijving is niet langer opgenomen dat sprake moet zijn van uitbehandeling met *orale* bloedsuikerverlagende middelen. Met deze omschrijving kunnen ook de verzekerden die de bloedsuikerverlagende middelen injecteren aanspraak maken op hulpmiddelen voor zelfcontrole. Tot die tijd behoort voor deze groep patiënten alleen de controle door de behandelend arts of diabetesverpleegkundige tot de te verzekeren prestaties.

***Oraal en injectie
gelijk***

Indien de functiegerichte omschrijving door de minister wordt overgenomen komen de verzekerden die bloedsuikerverlagende geneesmiddelen injecteren in aanmerking voor hulpmiddelen voor zelfcontrole indien ze hierop redelijkerwijs zijn aangewezen volgens de stand van de wetenschap en praktijk.

Indien het CVZ het standpunt inneemt dat zelfcontrole voor mensen met type 2 diabetes die behandeld worden met bloedsuikerverlagende middelen behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk, is het standpunt ook voor deze groep verzekerden van toepassing.

Hulphonden

○ *Hulphonden voor diabetes*
Bepaalde hulphonden blijken lage bloedglucosewaarden te kunnen signaleren. Of de hond dit ruikt of aanvoelt, is niet bekend. De honden alarmeren ook op verschillende wijzen. Deze hulphonden behoren op dit moment niet tot de te verzekeren prestatie geleidehonden. Deze honden vervullen namelijk een waarschuwingfunctie en leveren geen bijdrage aan de mobiliteit en de algemene dagelijkse levensverrichtingen van de verzekerde, zoals vereist in de Rzv. Omdat de hulphond voor diabetes slechts een waarschuwingfunctie heeft en de bloedglucosewaarde niet controleert of reguleert (de verzekerde zal altijd nader onderzoek moeten doen naar de hoogte van de bloedsuikerwaarde), maakt deze hulphond geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving. Vooralnog worden diabetes honden nog niet tot nauwelijks ingezet. Voor zover bij

het CVZ bekend is er ook nog geen onderzoek gedaan naar de meerwaarde van deze honden. Om die reden concludeert het CVZ dat de functiegerichte omschrijving niet hoeft te worden aangepast.

In het Pakketadvies 2009 (Deelrapport hulpmiddelenzorg) heeft het CVZ aangegeven dat er in het kader van adviesaanvragen en geschillen vragen zijn gerezen over de indicatiestelling van een hulphond. Eind 2009 is het CVZ een onderzoek gestart naar de kosten en effectiviteit van hulphonden (ADL-hulphond en signaalhonden) binnen het geheel van voorzieningen die deels hetzelfde doel dienen.

In dit onderzoek zullen de onderzoekers ook dieper ingaan op de diabeteshond. Onderzoeksvragen die aan bod komen zijn:

- wat is de aard van de ondersteuningsvraag van de zorgvrager;
- wat zijn de kosten van de hond;
- wat zijn de kosten van vervangende hulpmiddelen, zorg en ondersteuning;
- wat is de meerwaarde van de hulphond.

Op basis van de onderzoeksresultaten beoordeelt het CVZ of vervolgstappen nodig zijn in het kader van de diabeteshond.

○ *AGE-reader*

***Aantasting
bloedvaten***

Op de lange termijn kan diabetes zorgen voor aantasting van de bloedvaten in het lichaam, zowel de grote als de kleine. Dat kan leiden tot hart- en vaatziekten zoals aderverkalking en een hartinfarct. Maar de bloedvaten spelen ook een rol bij de beschadiging van verschillende weefsels in het lichaam, zoals de ogen, nieren, zenuwen en voeten. Daardoor kunnen allerlei complicaties ontstaan. Een belangrijke rol bij het ontstaan van chronische diabetescomplicaties spelen de zogeheten AGE's. Die afkorting komt van advanced glycation end products. Het zijn stoffen die blijvend zijn versuikerd.

AGE-reader

Naarmate iemand ouder wordt neemt de hoeveelheid AGE's in het lichaam toe, maar bij mensen met diabetes gebeurt dit sneller en in grotere hoeveelheden, onder invloed van te hoge

glucosespiegels. Het is nog niet precies bekend wat de rol is van AGE's bij het ontstaan van problemen met bloedvaten en complicaties. Tot nu toe kunnen AGE's alleen gemeten worden in het weefsel zelf. Vaak gebeurt dat in kleine stukjes huid uit een huidbiopt. Dit is een patiëntonvriendelijke methode. Dat maakt onderzoek naar AGE's moeilijk. Kort geleden is in Groningen een apparaatje (AGE-reader) ontwikkeld dat in staat lijkt door middel van fluorescentie van buitenaf AGE's in de huid te meten. Dat gebeurt heel simpel door even een lampje tegen de huid aan te houden. Dit hulpmiddel valt niet onder de functiegerichte omschrijving omdat het niet bijdraagt aan het controleren of reguleren van de bloedsuikerspiegel.

***Geneeskundige
zorg***

Indien de AGE-reader voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zal dit hulpmiddel behoren tot de geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Het is naar de mening van het CVZ, geen hulpmiddel dat permanent in de thuissituatie zal worden toegepast, maar een diagnostisch instrument voor de behandelend medisch-specialist. Om die reden hoeft de voorgestelde functiegerichte omschrijving niet te worden aangepast.

Voetzoolscanner

o *Voetzoolscanner*
Op dit moment vindt er een experiment plaats waarbij een voetzoolscanner in de thuissituatie wordt geplaatst bij mensen met diabetes die een hoger risico lopen op wondjes aan hun voeten. Door de voetzoolscanner kan de reguliere controle worden teruggebracht tot één keer in de vier tot zes weken. Doordat de patiënt drie keer per week thuis een foto van zijn voet maakt, die vervolgens via het internet naar het ziekenhuis wordt verzonden, kan de medisch-specialist ernstige afwijkingen in een vroeg stadium signaleren. Een eventuele amputatie zou hiermee voorkomen kunnen worden.

Geneeskundige zorg

Dit hulpmiddel valt niet onder de functiegerichte omschrijving omdat geen sprake is van controle of regulering van de bloedsuikerspiegel. Uit het commentaar van de Nederlandse Diabetes Federatie blijkt dat deze zorgvorm nog experimenteel is. Indien deze zorgvorm in de toekomst wel bewezen effectief is, is aanpassing van de omschrijving echter niet nodig, omdat dit hulpmiddel behoort tot de geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft ziekenhuisverplaatste zorg, waarbij een achterwachtfunctie vanuit het ziekenhuis nodig is. De voetzooscanner is onderdeel van de behandeling van de medisch-specialist.

Insulinepomp

4.d.8. Indicatiecriteria insulinepomp

Een insulinepomp maakt het mogelijk om de insuline-toediening continu te regelen om aan de insulinebehoefte van het moment tegemoet te komen. Deze methode wordt vooral gebruikt bij patiënten bij wie een injectieregime geen goede resultaten oplevert, bij patiënten voor wie het (zelf) toedienen van injecties problematisch is (zoals kleine kinderen) en bij zwangere vrouwen. Naast de voortdurende toediening van basale insuline zorgt een pomp ook voor verhoogde afgifte tijdens de maaltijd. Dit laatste gebeurt bij de insulinepomp die op dit moment in de basisverzekering is opgenomen niet automatisch maar in opdracht van de drager.

Afbakening

Tegelijk met de beoordeling van de CGM, zal het CVZ ook beoordelen of het wel juist is dat de insulinepomp is ondergebracht onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg', zoals nu het geval is. Mogelijk is sprake van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'. Indien het CVZ tot de conclusie komt dat er sprake is van medisch-specialistische zorg zal het CVZ aandacht besteden aan de consequenties voor het DBC-systeem.

Indicatiecriteria

In de huidige regelgeving zijn indicatiecriteria voor de insulinepomp opgenomen. Indien de insulinepomp toch onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' blijft vallen, is

het CVZ er voorstander van om deze indicatiecriteria te laten vervallen.

Het CVZ ontvangt namelijk signalen dat de in de Regeling opgenomen indicatiecriteria in de praktijk niet worden nageleefd. In de richtlijnen van de beroepsgroepen zijn echter ook geen indicatiecriteria voor insulinepompen opgenomen. Het CVZ concludeert hieruit dat er geen eenduidige indicatiecriteria zijn op te stellen. Het CVZ stelt daarom voor om de indicatiecriteria niet langer op te nemen in de Regeling. Het is van belang dat er door de betreffende beroepsgroepen een richtlijn of protocol wordt ontwikkeld waarin een koppeling wordt gemaakt tussen beoogd functioneren (van de cliënt) en beoogd gebruik (van het hulpmiddel). Dit past bovendien binnen de protocolontwikkeling waartoe de CG-raad en ZN in het kader van de functiegerichte aanspraken – met subsidie van het ministerie van VWS – het voortouw hebben genomen.

4.d.9. Financiële aspecten

Het voorstel voor de functiegerichte omschrijving van de diabetes hulpmiddelen heeft financiële consequenties indien zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes tot de stand van de wetenschap en praktijk gaat behoren.

Kosten CGM

De jaarlijkse kosten per insulineafhankelijke diabetespatiënt voor de CGM zijn ongeveer €6000,-. Op dit moment is nog onduidelijk hoeveel patiënten hiervoor eventueel in aanmerking komen. In totaal waren er in 2008 volgens de GIPdatabank een kleine 260.000 gebruikers van insuline en 16.600 gebruikers van insulinepompen.

Kosten zelfcontrole

De jaarlijkse kosten van zelfcontrole bedragen voor de groep patiënten die op dit moment voor vergoeding in aanmerking komen, jaarlijks €550. In Nederland waren er volgens de GIPdatabank in 2008 ongeveer 623.000 gebruikers van bloedsuikerverlagende middelen. Uit de literatuur zal moeten blijken of en zo ja welke patiënten hiervoor in aanmerking komen en of de intensiteit van zelfcontrole voor deze groep hetzelfde zou moeten zijn.

4.d.10. Advies

Het CVZ stelt voor de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg te wijzigen om de aanspraak op diabetes hulpmiddelen functiegericht te omschrijven.

Artikelen 2.6, 2.19, 2.20 en bijlage 3, onderdeel G van de Rzv kunnen als volgt worden gewijzigd:

Artikel 2.6

o. Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Artikel 2.19

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel I, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maakt, met uitzondering van gebruik bij behandeling van diabetes.

2. (blijft)

Artikel 2.20 (*vervalt*)

Bijlage 3, onderdeel 6 (*vervalt*)

Toelichting op artikel 2.6, onderdeel o

Deze functiegerichte omschrijving betreft de diabetes hulpmiddelen. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de injectiepenen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de bloedglucosemeter inclusief de noodzakelijke teststrips inclusief eventuele noodzakelijke toebehoren.

Indien een verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een niet-aangepaste uitvoering van bijvoorbeeld een bloedglucosemeter, heeft een verzekerde aanspraak op een aan de handicap aangepaste bloedglucosemeter.

Ketonen teststrips maken geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving, maar van de geneeskundige zorg

zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Er is dus sprake van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie.

Toelichting op artikel 2.19

Injectiespuiten of -pennen, al dan niet als wegwerpartikel steriel verpakt met toebehoren, dienen slechts te worden verstrekt of vergoed aan verzekerden, die in verband met een chronische ziekte regelmatig inspuiting van geneesmiddelen behoeven. Naast lijdens aan astma bronchiale en hemofilie kunnen genoemd worden verzekerden die thuis hemodialyse toepassen. Indien verzekerden deze hulpmiddelen gebruiken in het kader van hun diabetesbehandeling, vallen deze middelen onder de functiegerichte omschrijving zoals beschreven in artikel 2.6, onderdeel o.

In het tweede lid is een aan een handicap van de verzekerde aangepaste injectiespuit geregeld, indien sprake is van ernstige afwijkingen van het gezichtsvermogen of ernstige motorische afwijkingen.

4.d.11. Bestuurlijke consultatie

Algemeen

In paragraaf 4.a.11 is een samenvatting opgenomen van de bestuurlijke reacties van de CG-Raad, de NPCF en ZN op alle functiegerichte omschrijvingen zoals voorgesteld in dit pakketadvies. Het CVZ volstaat hier met een verwijzing naar deze paragraaf.

Specifiek

Meer specifieke opmerkingen over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel zijn gemaakt door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).

NDF

De NDF wil aandacht vragen voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor diabetes hulpmiddelen. De financiering van dergelijke trajecten blijkt tot dusver nauwelijks te realiseren, hetgeen tot onnodige stagnatie leidt.

De NDF onderschrijft het belang van de herbeoordeling van zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 (die geen insuline gebruiken of die nog niet uitbehandeld zijn met orale bloedglucoseverlagende middelen).

Reactie CVZ

Het CVZ merkt op dat de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen primair de verantwoordelijkheid is van de beroepsgroep. Het CVZ heeft hierin geen taak en ook geen budget. Het CVZ adviseert de NDF zich voor dit onderwerp te wenden tot de in 2009 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnstalleerde Regieraad Kwaliteit van Zorg.

NIV

De NIV is het eens met de voorgestelde functiegerichte omschrijving, maar geeft aan tijdig betrokken te willen worden bij de in te nemen standpunten over zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken en de CGM.

Reactie CVZ

Het CVZ zal zowel de NDF als de NIV inhoudelijk consulteren bij beoordeling van zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 en de CGM.

4.d.12. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel functiegericht te omschrijven.

4.d.13. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

5. Adviezen

5.a. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

5.a.1. Samenvatting

Het CVZ is van mening dat het recht op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Zorgverzekeringswet kan komen te vervallen evenals het recht op het in bruikleen krijgen van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ.

Het CVZ adviseert daarom het recht op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit te sluiten van de Zvw en het recht op het in bruikleen krijgen van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ te laten vervallen. Indien de minister het advies overneemt levert dit een besparing op van circa € 20,5 miljoen.

Indien het advies om het recht op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit te sluiten van de Zvw en AWBZ (bruikleen) niet wordt overgenomen adviseert het CVZ, conform het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen, deze hulpmiddelen over te hevelen naar de Wmo.

5.a.2. Inleiding

Pakketadvies 2007

In het Pakketadvies 2007⁴ heeft het CVZ het advies uitgebracht de te verzekeren prestatie eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw te beperken tot loopwagens en blindentaststokken. Blindentaststokken blijven in het advies deel uitmaken van de te verzekeren prestaties vanwege een combinatie van argumenten, zoals de cumulatie van kosten, inkomenseffecten als gevolg van de handicap en de afbakenbaarheid van de doelgroep.

De minister heeft in zijn reactie op het Pakketadvies 2007 ten aanzien van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen Zvw opgemerkt dat hij de overwegingen die het CVZ aanvoert om deze middelen uit het pakket te schrappen begrijpt, maar vooralsnog onvoldoende aanleiding ziet om de vergoeding van

⁴ Pakketadvies 2007 (publicatienummer 248)

deze middelen te schrappen of te beperken. De minister heeft aangegeven dit vraagstuk eventueel te bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

**Rapport
Heroriëntatie
hulpmiddelen**

In juli van dit jaar heeft het CVZ het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen⁵ uitgebracht, in november volgde het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen 2⁶. In dit rapport adviseert het CVZ hulpmiddelen (waaronder de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen) van de Zvw over te hevelen naar de Wmo, van AWBZ naar Wmo en van AWBZ naar Zvw. Ten aanzien van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen adviseert het CVZ krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens over te hevelen van Zvw naar de Wmo en 4-poot wandelstokken, looprekken, rollators en krukken over te hevelen van AWBZ naar de Wmo.

**Actualisering
advies**

In de brief van 30 november 2009, waarmee het CVZ de minister het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen 2 aanbiedt, heeft het CVZ aangekondigd het advies uit 2007 te actualiseren. In dit rapport komt het CVZ met een actualisering van het advies uit 2007 over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw. Het CVZ heeft beoordeeld of de overwegingen die toen werden gehanteerd nog geldig zijn en heeft opnieuw berekend welke kosten gemoeid zijn met de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw.

**Mobiliteitshulp-
middelen AWBZ**

In het advies uit 2007 heeft het CVZ de beoordeling van het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ buiten beschouwing gelaten. In relatie met het uitgebrachte rapport Heroriëntatie hulpmiddelen acht het CVZ het noodzakelijk ook een advies uit te brengen over het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ.

⁵ Heroriëntatie hulpmiddelen (publicatienummer 279)

⁶ Heroriëntatie hulpmiddelen 2

5.a.3. Actualisering advies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen Zorgverzekeringswet

o Pakketadvies 2007

In het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid ('algemeen gebruikelijk' (alleen rollator) en/of 'financieel toegankelijk') niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken.

o Wettelijk kader

Artikel 10 van de Zvw omschrijft dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte is aan zorg zoals aldaar beschreven (o.a. geneeskundige zorg, mondzorg en farmaceutische zorg). Ook de hulpmiddelen staan in dit artikel: artikel 10, sub d. Artikel 11, derde lid van de Zvw geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is uitgewerkt in het Bzv.

In artikel 2.9 van het Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. De ministeriële regeling waarnaar wordt verwezen is de Rzv en in artikel 2.6 staan alle aangewezen categorieën hulpmiddelen vermeld. De te verzekeren prestatie mobiliteitshulpmiddelen is omschreven in artikel 2.17 van de Rzv. Het betreft krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens, blindentaststokken, stoelen voorzien van een trippelfunctie en loopfietsen.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

Met uitzondering van de stoelen voorzien van een trippelfunctie en de loopfietsen gaat het om eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen.

Noodzaak

o Pakketprincipes

Zoals hierboven beschreven spelen de aspecten 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' een doorslaggevende

rol bij de beoordeling van de noodzaak eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te handhaven in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg.

Criteria
Beoordelingskader
hulpmiddelenzorg

Hoewel de criteria ‘algemeen gebruikelijk’ en ‘financieel toegankelijk’ al jarenlang door het CVZ werden toegepast bij de beoordeling van hulpmiddelenzorg, is aan deze criteria een formele invulling gegeven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg⁷. Dit beoordelingskader is na het verschijnen van het Pakketadvies 2007 uitgebracht. De minister heeft op 11 november 2008 het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg aangeboden aan de Tweede Kamer en aangegeven dat het beoordelingskader aansluit bij de gestelde beleidsdoelen. Bij de nieuwe beoordeling van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in dit pakketadvies is het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg toegepast.

Algemeen
gebruikelijk

Het CVZ stelt voor de beoordeling van het algemeen gebruikelijk zijn de volgende vragen:

- Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
- Wordt het hulpmiddel alleen in medische speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke deskundigheid vereist?

Financieel
toegankelijk

Het CVZ stelt voor de beoordeling van de kosten van de interventie de volgende vragen:

- Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke middelen?
- Zijn de kosten van het hulpmiddel (of de eventuele meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt voor een grote groep personen? Als subcriterium beantwoordt het CVZ de vraag of het een voorzienbaar veel voorkomend functioneringsprobleem betreft.

⁷ College voor zorgverzekeringen. Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2008.

- Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparingsaspecten meespelen?⁸

- *Beoordeling*

Hieronder volgt een actualisering van het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het Pakketadvies 2007 aan de hand van het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Het betreft krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en serveerwagens. De conclusie over de desbetreffende hulpmiddelen wordt hieronder weergegeven, aangevuld met de kosten van het desbetreffende hulpmiddel. De beoordeling van de aspecten 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' van het pakketprincipe noodzakelijkheid en de pakketprincipes effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid is niet gewijzigd en zal hier niet worden herhaald. Zie hiervoor het Pakketadvies 2007.

Krukken

Krukken zijn niet algemeen gebruikelijk, maar vanwege de lage kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingseffecten meespelen, concludeert het CVZ dat krukken voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ adviseert krukken uit te sluiten van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. In 2008 was met de verstrekking van krukken een bedrag van € 391.900 gemoeid.

Loophulpen met drie of vier poten

Loophulpmiddelen met 3 of 4 poten zijn niet algemeen gebruikelijk. Vanwege de lage kosten, de duurzaamheid en het feit dat geen sprake is van een relatie met andere te verzekeren prestaties, waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat deze hulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ adviseert loophulpmiddelen met 3 of 4 poten uit te sluiten van de te

⁸ Een voorbeeld hiervan is de aantrekhelp voor therapeutisch elastische kousen. Eenvoudige aantrekhelpen zijn verkrijgbaar vanaf ongeveer € 25. Op zich zou een dergelijk bedrag voor eigen rekening kunnen komen. Echter de inzet van een aantrekhelp bevordert de zelfredzaamheid, de therapietrouw, levert een bijdrage aan het behoud van de kwaliteit van de kous en bespaart op de kosten van thuiszorg.

verzekeren prestaties op grond van de Zvw.
In 2008 was met de verstrekking van loophulpen met drie of vier poten een bedrag van € 39.200 gemoeid.

Looprekken

Looprekken zijn niet algemeen gebruikelijk. Vanwege de lage kosten, de duurzaamheid en het feit dat geen sprake is van een relatie met andere te verzekeren prestaties, waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat deze hulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ adviseert looprekken uit te sluiten van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. In 2008 was met de verstrekking van looprekken een bedrag van € 100.100 gemoeid.

Rollators

Een rollator is algemeen gebruikelijk. Vanwege de kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat rollators voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ adviseert rollators uit te sluiten van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. In 2008 was met de verstrekking van rollators een bedrag van € 8.532.000 gemoeid.

Serveerwagens

Serveerwagens zijn niet algemeen gebruikelijk, maar substitueren wel voor algemeen gebruikelijke middelen die gelet op hun kosten en de duurzaamheid voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ adviseert serveerwagens uit te sluiten van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. In 2008 was met de verstrekking van serveerwagens een bedrag van € 24.000 gemoeid.

Conclusie

Het CVZ komt tot de conclusie, dat de in het Pakketadvies 2007 gehanteerde overwegingen om de te verzekeren prestatie eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw te beperken tot loopwagens en blindentaststokken, nog steeds geldig zijn. Naast de argumenten uit 2007 om blindentaststokken deel uit te laten maken van de te

verzekeren prestaties is het handhaven van de blindentaststokken als een te verzekeren prestatie ook in overeenstemming met de thema benadering zoals die is gehanteerd in het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen. In deze optiek behoren hulpmiddelen die gebruikt worden ter compensatie van één specifieke beperking – in dit geval een beperking in het zien – tot het domein van de Zvw.

Advies

Het CVZ adviseert, net als in het Pakketadvies 2007, eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw te beperken tot loopwagens en blindentaststokken.

Consequenties

Indien de minister het advies overneemt en eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, niet langer aanmerkt als te verzekeren prestaties op grond van de Zvw levert dit een besparing op van ongeveer € 9,1 miljoen.

Besparing

5.a.4. Advies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen AWBZ

o *Inleiding*

Pakketadvies 2007

In het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ de beoordeling van het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ buiten beschouwing gelaten. In relatie met het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen acht het CVZ het noodzakelijk ook een advies uit te brengen over het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ.

o *Wettelijk kader*

Verzekerden hebben recht op hulpmiddelen voor de mobiliteit in het kader van de AWBZ op grond van artikel 11 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Dit artikel luidt: Het gebruik van een verpleegartikel omvat het door een instelling in bruikleen verstrekken van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten hoogste zesentwintig weken in verband met een somatische aandoening of beperking. In de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg van de Nederlandse

Zorgautoriteit is beschreven op welke bruikleenhulpmiddelen voor de mobiliteit verzekeren recht hebben.

Het gaat dan om:

- wandelstok 4-poot (eiffeltje);
- looprek;
- rollator;
- handbewogen opvouwbare (kinder)rolstoel;
- gipssteun;
- kruk en
- trippel- en/of arthrodesestoel.

Van deze bruikleenhulpmiddelen zijn de volgende aan te merken als eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen:

- wandelstok 4-poot (eiffeltje);
- looprek;
- rollator en
- kruk.

o *Beoordeling mobiliteitshulpmiddelen AWBZ*

Wandelstok 4-poot

De 4-poot wandelstokken zijn niet algemeen gebruikelijk. Vanwege de lage kosten en het feit dat geen sprake is van een relatie met andere te verzekeren prestaties, waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat het recht op deze bruikleenhulpmiddelen, net als de loophulpmiddelen in het kader van de Zvw, kan komen te vervallen.

Looprek

Looprekken zijn niet algemeen gebruikelijk. Vanwege de lage kosten en het feit dat geen sprake is van een relatie met andere te verzekeren prestaties, waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat het recht op deze bruikleenhulpmiddelen, net als de looprekken in het kader van de Zvw, kan komen te vervallen.

Rollator

Een rollator is algemeen gebruikelijk. Vanwege de kosten en het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingen zouden kunnen optreden, concludeert het CVZ dat het recht op deze bruikleenhulpmiddelen, net als de rollators in het kader van de Zvw, kan komen te vervallen.

<i>Kruk</i>	Krukken zijn niet algemeen gebruikelijk, maar vanwege de lage kosten en het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingseffecten meespelen, concludeert het CVZ dat het recht op het in bruikleen verstrekken van krukken kan komen te vervallen.
<i>Overwegingen</i>	Het CVZ is van oordeel dat de overwegingen die ten grondslag lagen aan het advies om de te verzekeren prestatie eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw te beperken tot loopwagens en blindentaststokken ook van toepassing zijn op de beoordeling van het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ. Het enige verschil met eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de Zvw is dat er voor het in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ een termijn van ten hoogste zesentwintig weken geldt.
<i>Advies</i>	Het CVZ adviseert het recht op het in bruikleen krijgen van 4-poot wandelstokken, looprekken, rollators en krukken uit te sluiten van het recht op zorg in het kader van de AWBZ.
<i>Consequenties</i>	De consequenties van het niet meer in bruikleen verstrekken van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zou kunnen zijn dat verzekerden worden geconfronteerd met kosten van aanschaf voor hulpmiddelen die zij slechts een korte periode zullen gebruiken. Het is evenwel te verwachten dat meer marktpartijen deze hulpmiddelen te huur zullen aanbieden. Op dit moment is het al mogelijk deze hulpmiddelen bij thuiszorgwinkels te huren. Elleboogkrukken kunnen bijvoorbeeld worden gehuurd voor € 2,50 per week. Verzekerden zullen – afhankelijk van de vraag hoe lang een hulpmiddel nodig is – de afweging moeten maken of het voordeliger is het hulpmiddel te huren of te kopen. Verzekerden komen niet voor onevenredig hoge kosten te staan.

Besparing

Met de uitleen verpleegartikelen was in 2008 een bedrag gemoeid van afgerond € 38,1 miljoen. Onder de uitleen verpleegartikelen vallen de categorieën:

- hulpmiddelen voor de mobiliteit;
- inrichtingselementen woningen;
- transferhulpmiddelen en
- overige verpleegartikelen en hulpmiddelen.

Omdat de kostengegevens alleen op het niveau van de uitleen verpleegartikelen beschikbaar zijn, heeft het CVZ onderzoek gedaan naar de verdeling van de kosten onder de bovengenoemde categorieën. Daaruit blijkt dat 40% van de kosten voor de uitleen verpleegartikelen ten laste komen van de hulpmiddelen voor de mobiliteit. Dit komt neer op een bedrag van € 15,2 miljoen.

Hieronder vallen ook nog de hulpmiddelen die niet zijn aan te merken als eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen.

Op grond van gegevens van thuiszorgwinkels is het aannemelijk ervan uit te gaan dat 75% van de kosten van de hulpmiddelen voor mobiliteit betrekking heeft op de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. Het uitsluiten van het recht op 4-poot wandelstokken, looprekken, rollators en krukken in het kader van de AWBZ levert een besparing op van € 11,4 miljoen.

5.a.5. Bestuurlijke consultatie

In het kader van de bestuurlijke consultatie heeft het CVZ reacties op het advies ontvangen van het ActiZ, Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), Firevaned, branchevereniging voor hulpmiddelen, Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten (Nefemed), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De belangrijkste punten uit de bestuurlijke consultatie zijn hieronder samengevat en voorzien van een reactie van het CVZ.

De reacties die het CVZ heeft ontvangen op het conceptadvies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen hebben voornamelijk betrekking op drie aspecten van het advies:

- relatie met rapport Heroriëntatie hulpmiddelen;
- het criterium algemeen gebruikelijk;
- stapeling van kosten.

Relatie met rapport Heroriëntatie hulpmiddelen In reacties op het conceptadvies merken partijen op dat het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen op gespannen voet staat met het reeds uitgebrachte rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Reactie CVZ In het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen adviseert het CVZ de minister de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen onder te brengen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen en het voorliggende advies staan los van elkaar. Op verzoek van de minister is het CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de ICF te komen tot een voor de burger logischer ordening van de extramurale hulpmiddelenzorg. Dit verzoek heeft geleid tot het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Al in het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken. In zijn reactie op dat advies heeft de minister aangegeven dat hij de overwegingen van het CVZ begrijpt, maar op dat moment onvoldoende aanleiding zag om de vergoeding van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te beperken. De minister gaf aan dit vraagstuk eventueel te bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo. Vanwege het aanhouden van de besluitvorming over het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het Pakketadvies 2007 komt het CVZ nu met een actualisatie. Om het regeltechnisch verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen zijn in het voorliggende advies ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt betrokken.

**criterium algemeen
gebruikelijk** Partijen zijn van mening dat de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet zijn aan te merken als algemeen gebruikelijk.

Reactie CVZ Blijkbaar is het conceptadvies op dit punt niet duidelijk. Met uitzondering van de rollator is het CVZ van mening dat alle overige genoemde eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet algemeen gebruikelijk zijn.

**Stapelning van
kosten** Een groot aantal partijen is van mening dat overname van het advies leidt tot stapeling van kosten en dat aanschaf van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voor groepen verzekeren een te grote financiële belasting zal vormen.

Reactie CVZ Het CVZ hanteert bij de beoordeling van het pakket de pakketprincipes. Deze pakketprincipes zijn voor de hulpmiddelenzorg verder uitgewerkt in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Op grond van de pakketprincipes en het beoordelingskader hulpmiddelenzorg komt het CVZ tot de conclusie dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen.
Zoals het CVZ in het conceptadvies heeft aangegeven verwacht het CVZ dat marktpartijen eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te huur zullen aanbieden. Huur van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voorkomt dat verzekerden tot aanschaf van een hulpmiddel moeten overgaan dat zij slechts een korte periode zullen gebruiken.
Mochten er in individuele situaties problemen ontstaan dan kan de verzekerde mogelijk een beroep doen op de bijzondere bijstand of zullen andere maatregelen een oplossing moeten bieden.

De ontvangen reacties hebben ertoe geleid dat het CVZ in het advies duidelijker heeft aangegeven alleen de rollator als algemeen gebruikelijk is te beschouwen.

5.a.6. Adviescommissie Pakket

De ACP adviseert overeenkomstig het conceptadvies om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te laten uitstromen (Zvw en AWBZ-uitleen), maar tekent daarbij aan dat gewaakt moet worden voor een stapeling van kosten die voor eigen rekening komen, in geval een verzekerde volgtijdelijk meerdere van deze hulpmiddelen dient aan te schaffen.

5.a.7. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

5.b. Hulpmiddelen voor anticonceptie

5.b.1. Samenvatting

Advies: In het hoofdrapport van het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ de prealabele vraag die voorafgaat aan een pakketbeoordeling gesteld voor het voorbehoeden van zwangerschap. Het CVZ is tot de conclusie gekomen dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor vrouwen < 21 jaar, zorg rond het voorbehoeden van zwangerschappen niet onder de Zvw zou moeten vallen.

Voor de hulpmiddelenzorg betekent dit dat de hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden kunnen uitstromen uit het basispakket.

5.b.2. Inleiding

In het hoofdrapport onderzoekt het CVZ in het kader van zijn rol als pakketbeheerder of het voorbehoeden van zwangerschappen tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort.

Het CVZ volgt daarbij de doelstelling van de wet zoals geformuleerd in de considerans. Vervolgens onderzoekt het CVZ als tweede stap aan de hand van de pakketprincipes wat dit betekent voor de zorg en middelen die worden voorgeschreven op medische indicatie.

In de volgende paragrafen gaat het CVZ in op de consequenties voor de in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv opgenomen hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.

5.b.3. Wettelijk kader

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende

***Wel of geen
geneeskundige
zorg?***

hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

Regeling zorgverzekering

Onderstaande artikelen van de Rzv hebben betrekking op hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden.

Artikel 2.6, onderdeel i, en artikel 2.16: Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden

- a. pessaria;
- b. koperhoudende spiraaltjes.

5.b.4. Domein Zorgverzekeringswet en voorbehoeding van zwangerschap

Considerans

Paragraaf 5.d. van het hoofdrapport van het Pakketadvies 2010 is gewijd aan uitstroomadviezen, waaronder 'Anticonceptie'. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Het CVZ stelt vast dat het voorbehoeden van zwangerschap doorgaans voorziet in een sociale en maatschappelijke behoefte van individuen en paren. Het gaat daarbij om 'family-planning' en niet om een behoefte aan geneeskundige zorg. Het voorbehoeden van zwangerschap en de zorg die daarmee gepaard gaat, vallen daarmee dus niet onder het domein van de Zvw. In het hoofdrapport adviseert het CVZ daarom uitstroom van zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap.

Family-planning geen domein Zvw

5.b.5. Pakketbeoordeling medische indicatie

Medische indicaties

In het hoofdrapport heeft het CVZ zich – naast de prelabelle vraag – ook over de vraag gebogen hoe om te gaan met anticonceptiva die behalve voor het voorbehoeden van zwangerschap ook worden voorgeschreven bij medische indicaties, zoals bijvoorbeeld overmatig of onregelmatig vaginaal bloedverlies, endometriose, pijn bij de menstruatie, acné of lange tussenpozen tussen menstruaties. Ook kan het om medische redenen nodig zijn te kiezen voor voorbehoeding van zwangerschap; bijvoorbeeld bij medicijnen die een zwangerschap kunnen beschadigen of bij een ziekte die kan verergeren door zwangerschap (trombose). Het gaat bij

medische indicaties met name om hormonale anticonceptiva en (in mindere mate) om het koperhoudend spiraaltje.

Overigens is de hulpmiddelenzorg op dit moment beperkt tot hulpmiddelen voor *anticonceptionele* doeleinden. Dit neemt niet weg dat het waarschijnlijk is dat deze anticonceptiva in de uitvoeringspraktijk ook bij medische indicaties ten laste van de basisverzekering worden geplaatst.

Domeinvraag

Het CVZ gaat ervan uit dat de aandoeningen die leiden tot de medische indicaties zoals deze worden genoemd in Richtlijnen en Standaarden van de medische professionals behoren tot het domein van de Zvw en voorzien in een behoefte aan geneeskundige zorg.

Noodzakelijkheid

Het CVZ heeft het pakketprincipe noodzakelijkheid toegepast op de diverse anticonceptiva voorgeschreven bij medische indicaties. Een belangrijk argument om anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie niet langer te vergoeden, is dat van 'eigen rekening'. De kosten voor de anticonceptiva lopen uiteen; zeker ook gelet op hoge investeringen die soms in één keer gedaan moeten worden voor bepaalde middelen. Deze investeringskosten kunnen financiële barrières opwerpen in de keuze voor het meest geschikte middel. Een individuele vrouw is lang niet altijd vrij in haar keuze voor een bepaald anticonceptivum; die keuze wordt juist mede bepaald door medische overwegingen. Gevolg daarvan kan zijn dat voor het duurste middel moet worden gekozen.

Gerekend naar prijzen per jaar kunnen echter alle middelen naar oordeel van het CVZ voor eigen rekening komen (voor kosten van alle anticonceptiva en kosten van plaatsing wordt hier verwezen naar het hoofdrapport).

***Toegankelijkheid
niet in gevaar***

Uit de GIPdatabank blijkt dat gebruikers van een spiraaltje of pessarium een bedrag van € 31 tot € 40 per declaratie kwijt zijn. Een dergelijk bedrag zal voor het merendeel van de vrouwen gemakkelijk op te brengen zijn en de

toegankelijkheid van deze middelen dus niet in gevaar brengen. Een koperhoudende spiraal voldoet gedurende vijf jaar na inbrenging als voorbehoedsmiddel, bij een pessarium zal dit rond de drie jaar liggen.

Uitvoerbaarheid

Het CVZ overweegt verder dat er in bepaalde gevallen een samenloop zal zijn tussen de behoefte aan anticonceptie en de medische (gynaecologische) indicaties voor anticonceptiva. Beide aanleidingen voor anticonceptiva doen zich immers vooral voor in de fertiele levensfase. Regelmatig zullen individuele vrouwen dan ook zowel behoefte hebben aan behandeling van hun gynaecologische klachten, als aan een voorbehoedsmiddel. Het CVZ constateert dat door deze 'dubbele' indicatie een vreemde situatie kan ontstaan wanneer anticonceptiva voor medische indicatie wel voor vergoeding in aanmerking komen en voor voorbehoeden niet. Immers; vrouwen met de wens tot voorbehoeding én een medische indicatie krijgen het anticonceptivum dan wel vergoed en voor vrouwen die alleen voorbehoeding nodig hebben komt het voor eigen rekening.

Ziekte last

Het CVZ heeft tenslotte het perspectief van de wisselende ziekte last voor de aandoeningen die de medische indicaties vormen bekeken. Klachten van patiënten hangen nauw samen met de ernst van de onderliggende aandoening. Daardoor kan de ziekte last van een bepaalde aandoening enorm variëren. Endometriose kan bijvoorbeeld een aandoening zijn die bij toeval ontdekt wordt bij een operatie, maar kan ook leiden tot grote fertiliteitsproblemen. Het CVZ acht het niet ondenkbaar dat door een verschil in bekostiging oneigenlijke druk op artsen ontstaat om bij het voorschrijven van anticonceptiva te snel een medische indicatie te stellen

Advies tot uitstroom anticonceptiva

In het hoofdrapport adviseert het CVZ - alles afwegende - uitstroom van alle anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid in combinatie met het pakketprincipe uitvoerbaarheid. Doorslaggevend hiervoor zijn de geringe

kosten van deze middelen op jaarbasis en de ongewenste effecten, die optreden bij verschil in financiering tussen voorbehoeding en medische indicatie. Voor de hulpmiddelenzorg betekent dit dat de hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden kunnen uitstromen uit het basispakket.

5.b.6. Advies

Uitstroom hulpmiddelen voor anticonceptie

Het CVZ adviseert uitstroom van anticonceptiva uit het basispakket voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor vrouwen < 21 jaar. Voor de hulpmiddelenzorg betekent dit dat de artikelen 2.6, onderdeel i, Rzv en artikel 2.16 Rzv kunnen vervallen.

De besparing die dit oplevert op het gebied van de hulpmiddelenzorg is binnen de totale pakketmaatregel met betrekking tot anticonceptiva marginaal (€ 300.000 van € 72 miljoen). Bovendien kan dit bedrag niet zonder meer worden ingeboekt, omdat anticonceptiva voor een groot deel worden gebruikt door relatief jonge, gezonde mensen. Dit betekent dat het niet onwaarschijnlijk is dat een groot deel van de kosten ten laste van het eigen risico zullen komen en de besparing (veel) lager zal uitvallen.

In het hoofdrapport is verder nog aandacht besteed aan de medische behandeling bij het plaatsen van anticonceptiva en de hierop betrekking hebbende kosten- en overige consequenties.

Aandacht voor kwetsbare groepen

Tenslotte vraagt het CVZ aandacht voor kwetsbare groepen. Zoals eerder gesteld is het bedrag dat met anticonceptiva gemoeid is voor het merendeel van de vrouwen gemakkelijk op te brengen.

De groep die dit budgettair wellicht nog het moeilijkst op kan brengen, zijn jonge vrouwen en meisjes die nog niet over een eigen inkomen beschikken, en om redenen van privacy en zelfbeschikking hiervoor liever niet bij hun ouders aankloppen. Ook wanneer jonge vrouwen wel bij hun ouders aankloppen voor financiële steun zullen deze zich zeker niet in alle gevallen hiervoor mede verantwoordelijk voelen.

Het risico is aanwezig dat juist in deze groep een financiële barrière ontstaat voor het gebruik van anticonceptiva met mogelijk toename van ongewenste zwangerschappen en abortus provocatus.

Omdat jonge vrouwen ook een kwetsbare groep vormen voor ongewenste zwangerschappen, valt het om maatschappelijke redenen te overwegen hieraan vanuit de overheid speciale aandacht te besteden. Dit geldt ook voor andere (niet leeftijdsgebonden) kwetsbare groepen zoals (licht) verstandelijk gehandicapten, verslaafden en psychiatrische patiënten. Hier hebben vaker de duurere middelen de voorkeur, terwijl veelal sprake is van lagere inkomensgroepen.

5.b.7. Reacties veldpartijen en advies ACP

Voor de reacties van veldpartijen en het advies van de ACP wordt hier kortheidshalve verwezen naar het hoofdrapport.

5.b.8. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 29 maart 2010 vastgesteld.

6. Standpunten

6.a. Inleiding

Het CVZ heeft op het gebied van hulpmiddelenzorg het afgelopen jaar verschillende standpunten ingenomen. In dit hoofdstuk treft u (de volledige tekst of een samenvatting van) de volgende standpunten aan:

- Afbakening te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg' (samenvatting);
- Verneveling van hypertoon zout bij patiënten van 6 jaar of ouder met Cystische Fibrose (samenvatting);
- Verbandmiddelen;
- Compressiekousen bij ulcus cruris venosum (dubbellaags koussysteem);
- Gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA.

De (volledige tekst van de) standpunten zijn te downloaden van onze website: www.cvz.nl

6.b. Afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg'

6.b.1. Samenvatting

Standpunt: Op 25 augustus 2009 is het CVZ-rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' vastgesteld (publicatienummer 280).

In dit rapport verduidelijkt het CVZ wanneer een hulpmiddel behoort tot de te verzekeren prestatie:

- geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (verder: medisch-specialistische zorg), zoals opgenomen in artikel 2.4 van het Bzv of;
- hulpmiddelenzorg, zoals opgenomen in artikel 2.9 Bzv en nader uitgewerkt in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv.

Er bestond behoefte aan deze afbakening, omdat de financiering van beide genoemde prestaties verschillend is. Financiering van medisch-specialistische zorg vindt plaats via DBC's. Indien een hulpmiddel ten laste komt van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' dient de verzekeraar het hulpmiddel 'apart' te vergoeden.

6.b.2. Wet- en regelgeving

Zfw

**Geïntegreerde
verstrekking**

In de Ziekenfondswet was bij de medisch-specialistische zorg sprake van een geïntegreerde verstrekking. Ook opname, verpleging, verzorging, paramedische zorg en farmaceutische zorg maakten deel uit van deze geïntegreerde verstrekking. Ofschoon hulpmiddelen in artikel 8, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit niet expliciet werden genoemd, maakten deze – bij een geïntegreerd zorgaanbod – eveneens deel uit van de aanspraak op geïntegreerde medisch-specialistische zorg als daarvoor een zorginhoudelijke noodzaak was. Hierbij werd geen onderscheid gemaakt naar de plaats van de behandeling (eerste hulp, in de polikliniek,

tijdens dagbehandeling, opname of thuis).

Zvw

Met de komst van de Zvw zijn de betreffende artikelen uit de Ziekenfondswet niet letterlijk overgenomen. Het is echter niet de intentie geweest van de minister om de aanspraak op geïntegreerde medisch-specialistische zorg los te laten. Met dit uitgangspunt voor ogen heeft het CVZ het volgende standpunt ingenomen.

**Geneeskundige
zorg**

6.b.3. Standpunt

Een uitwendig gedragen hulpmiddel valt onder de medisch-specialistische zorg, wanneer de inzet van het hulpmiddel onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist plaatsvindt en sprake is van één of meerdere van onderstaande aspecten.

- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is 'tijdelijk' en vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. Voor 'tijdelijk' geldt geen vaste periode. Afhankelijk van het hulpmiddel kan dit enkele weken zijn maar bijvoorbeeld ook twee jaar. De patiënt blijft onder controle van de medisch-specialist.
- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar vervanging van het hulpmiddel vindt plaats door een medisch-specialist of onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist.
- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar door de aard van het hulpmiddel kan een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig zijn.

Onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist betekent niet dat alleen medisch-specialisten deze zorg zouden kunnen verlenen, maar dat de behandeling in de polikliniek en thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist.

Hulpmiddelenzorg

Een uitwendig gedragen hulpmiddel in de thuissituatie valt onder de hulpmiddelenzorg (mits opgenomen in de Rzv paragraaf Hulpmiddelenzorg), wanneer:

- het gaat om verbruikshulpmiddelen, zoals verbandmiddelen, incontinentie- en stomamaterialen.
- het gebruik van het hulpmiddel plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of andere zorgverlener uit de eerste lijn;
- het hulpmiddel door een medisch-specialist is voorgeschreven, het gebruik van het hulpmiddel permanent is en (cumulatief):
 - er geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig is;
 - vervanging van het hulpmiddel niet door een medisch-specialist of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist plaatsvindt.

Geen medisch-specialistisch handelen

Hiermee is bedoeld dat voor de vervanging van het hulpmiddel geen medisch-specialistisch handelen nodig is, zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij cochleaire implantaten. Een medisch-specialist is vaak wel de voorschrijver van het hulpmiddel dat vervangen moet worden, maar een andere professie (zoals bijvoorbeeld een orthopedisch instrumentmaker) is verantwoordelijk voor het aanmeten, het vervaardigen en het passen van het nieuwe hulpmiddel. De vervanging van het hulpmiddel zal in het algemeen niet plaatsvinden in het ziekenhuis of polikliniek. De verzekerde wendt zich meestal tot de orthopedisch instrumentmaker of de leverancier van het product.

Permanent

Met permanent is niet het 'permanent' gebruiken van het hulpmiddel gedurende de dag bedoeld, maar het feit dat het gebruik van ofwel de behandeling met het hulpmiddel in principe levenslang is.

Sommige uitwendige hulpmiddelen kunnen zowel 'tijdelijk' als 'permanent' ingezet worden. Afhankelijk van de aard van de inzet van het hulpmiddel, valt het hulpmiddel onder de medisch-specialistische zorg of de hulpmiddelenzorg. Enkele hulpmiddelen worden tijdelijk ingezet bijvoorbeeld na een operatie en vallen dan onder de 'medisch-specialistische zorg' en dienen gefinancierd te worden door middel van DBC's. Dezelfde hulpmiddelen worden in andere gevallen 'permanent'

ingezet of op voorschrift van de eerste lijn en vallen dan onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

Stroomschema

In het stroomschema op de volgende bladzijde is de afbakening schematisch weergegeven.

Afbakening te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten plegen te bieden' en 'hulpmiddelenzorg'					
Is het hulpmiddel voorgeschreven door de medisch-specialist? ja ↓			nee →	Hulpmiddelenzorg	
Betreft het een verbruikshulpmiddel? nee ↓	ja →	Betreft het het gebruik van een verbruikshulpmiddel in de thuissituatie?	Ja →	Hulpmiddelenzorg	
			Nee (binnen ziekenhuis) →	Geneeskundige zorg	
Is het een (deels') geïmplanteerd hulpmiddel? nee ↓	ja →	Geneeskundige zorg			
Betreft het <i>tijdelijk</i> gebruik thuis of in het ziekenhuis van een uitwendig hulpmiddel onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist? nee ↓	ja →	Geneeskundige zorg			
Betreft het een hulpmiddel dat <i>permanent</i> thuis wordt gebruikt, maar waarbij de vervanging plaatsvindt door of onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist? nee ↓	ja →	Geneeskundige zorg			
Betreft het een hulpmiddel dat <i>permanent</i> thuis wordt gebruikt waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn? nee ↓	Ja →	Geneeskundige zorg			
Hulpmiddelenzorg					

Aan dit stroomschema kunnen geen rechten ontleend worden.

***Uitvoerings-
problemen***

Uit een analyse van de huidige paragraaf Hulpmiddelenzorg en de reacties die van partijen zijn ontvangen in de inhoudelijke consultatie, is gebleken dat de regelgeving en de uitvoeringspraktijk (en daarmee de financiering van hulpmiddelen) nog niet altijd conform het opgenomen stroomschema verlopen.

***Bestaande lijn
continueren***

Om verzekeren van deze uitvoeringsproblemen niet de dupe te laten worden, acht het CVZ het wenselijk als zorgverzekeraars en ziekenhuizen de bestaande lijn van financiering van hulpmiddelenzorg blijven continueren tot de betreffende DBC's zijn aangepast, maar uiterlijk tot 1 januari 2011. Dit geeft partijen de tijd om de noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem door te voeren. In geval van zorg in het A-segment (niet-onderhandelbare zorg) zullen mogelijk prestatiebeschrijvingen en/of tarieven moeten worden aangepast. Indien de hulpmiddelenzorg tot DBC's uit het B-segment (onderhandelbare zorg) behoort, behoeven mogelijk alleen de prestatieomschrijvingen te worden aangepast. In dat geval is tariefaanpassing niet nodig. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen dan onderling nieuwe prijsafspraken maken.

***DBC niet
kostendekkend?***

Beroepsgroepen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen contact opnemen met DBC Onderhoud over de DBC's die naar hun mening niet kostendekkend zijn. DBC Onderhoud zal in ieder geval een onderbouwing van de kostprijs vragen. Uiteindelijk beslist de NZa of aanpassing van de prestatieomschrijving of het tarief nodig is.

6.b.4. Vaststelling standpunt

Dit standpunt heeft de Raad van Bestuur vastgesteld op 25 augustus 2009.

6.c. Verneveling hypertoon zout bij Cystische Fibrose

Standpunt: Het CVZ concludeert dat het vernevelen van hypertoon zout bij patiënten van 6 jaar of ouder met Cystische Fibrose (CF) een behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Als hypertoon zout gecertificeerd is als medisch hulpmiddel valt het vanaf 1 januari 2010 onder te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel' zoals omschreven in artikel 2.9 Rzv.

Daarnaast is vergoeding van hypertoon zout als geneesmiddel mogelijk, als sprake is van magistrale bereiding door de apotheek.

MucoClear® 6%

6.c.1. Inleiding

Op 2 oktober 2008 heeft het CVZ een aanvraag tot opname van MucoClear® 6% NaCl in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv (Rzv) ontvangen van Heap Research BV te Abcoude (namens Grünenthal BV). Het betreft een verneveloplossing van hypertoon zout die volgens de aanvrager werkzaam is bij de mobilisatie van slijm bij, onder meer, patiënten met CF. Hieronder volgt een samenvatting van het door het CVZ ingenomen standpunt.

6.c.2. Wet- en regelgeving

Wet op de medische hulpmiddelen

CE-markering medisch hulpmiddel

MucoClear® 6% NaCl is niet geregistreerd als geneesmiddel, maar is door de fabrikant op de markt gebracht als medisch product klasse 1 (steriel). Het betreft een stof bestemd om te worden aangewend voor behandeling of verlichting van ziekten, in de zin van artikel 1, onder a, van de Wet op de Medische hulpmiddelen. MucoClear® 6% NaCl heeft een CE-markering en het voor de productie opgezette kwaliteitssysteem is door de TÜV gecertificeerd. Hiermee voldoet het middel aan eisen van Richtlijn 93/42/EEC betreffende medische hulpmiddelen.

**Magistrale
bereiding**

Geneesmiddelenwet

Hypertoon zout kan eveneens worden aangemerkt als geneesmiddel in de zin van artikel 1, eerste lid, onder b, 3^o van de Geneesmiddelenwet. Niet-geregistreerde geneesmiddelen mogen op grond van de Geneesmiddelenwet niet worden verhandeld, tenzij er sprake is van één van de in artikel 40 van de Geneesmiddelenwet geldende uitzonderingsbepalingen. Op grond van artikel 40, derde lid, sub a, mogen geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid ter hand worden gesteld.

Er is geen scherpe afgrenzing tussen de Wet op de medische hulpmiddelen en de Geneesmiddelenwet. Voor een stof als hypertoon zout betekent dit, dat deze stof kan worden gecertificeerd als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen. Hypertoon zout kan echter ook worden aangemerkt als geneesmiddel in de zin van de Geneesmiddelenwet en kan als magistrale bereiding ter hand worden gesteld.

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv (Bzv) is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Op grond van artikel 2.4, eerste lid, Bzv valt de geneeskundige zorg onder de te verzekeren prestaties, zoals (onder meer) medisch specialisten die plegen te bieden.

In artikel 2.8 van het Bzv is de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg geregeld. Magistrale bereiding van geneesmiddelen valt onder de te verzekeren prestatie op grond van artikel 2.8, eerste lid, sub b, onder 1^o van het Besluit, mits er sprake is van rationele farmacotherapie.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv worden hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel genoemd als te verzekeren prestatie.

Artikel 2.6 onder b:

“Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, als omschreven in artikel 2.9.”

Artikel 2.9, eerste lid,

“Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:

- a. zuurstof;*
- b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen.”*

Toelichting

“Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder meer zuurstofapparatuur, vernevelaars, voorzetkamers, apparatuur voor positieve uitademingsdruk, slijmuitzuigapparatuur, tracheacanules, CPAP/BiPAP-apparatuur en mandibulaire repositie apparatuur (MRA).

Medicinale zuurstof is sinds enkele jaren registratieplichtig in de zin van de Geneesmiddelenwet. Omdat zuurstof van oudsher is ingedeeld bij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, is deze stof hier expliciet genoemd als te verzekeren prestatie. Andere stoffen die met de apparatuur worden toegediend kunnen eveneens onder de functiegerichte omschrijving vallen, voor zover het gaat om stoffen die als medisch hulpmiddel zijn gecertificeerd.

Voor alle toe te dienen stoffen die onder deze te verzekeren prestatie vallen, geldt dat het moet gaan om een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk.”

6.c.3. Standpunt

MucoClear® 6% NaCl is voorzien van een CE-markering en kan worden aangemerkt als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de Medische hulpmiddelen.

Onder de te verzekeren prestatie van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel kunnen ook stoffen zijn begrepen, die als medisch hulpmiddel zijn te beschouwen en met behulp van de apparatuur worden toegediend.

MucoClear® 6% NaCl valt onder deze te verzekeren prestatie, onder voorwaarde dat de behandeling met dit middel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. Magistrale bereiding van hypertoon zout door de apotheek valt onder de te verzekeren prestatie ‘farmaceutische zorg’, mits sprake is van rationele farmacotherapie.

Na beoordeling van langdurige verneveling van hypertoon zout bij longproblematiek (Cystic Fibrose), concludeert het CVZ dat deze behandeling bij patiënten van 6 jaar of ouder met CF een behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Dit betekent dat MucoClear® 6% NaCl vanaf 1 januari 2010 kan worden vergoed op grond van de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’ (artikel 2.9, Rzv). Daarnaast is vergoeding van het hypertoon zout als geneesmiddel mogelijk als sprake is van magistrale bereiding door de apotheek. Het is aan de zorgverzekeraars om in hun polissen te regelen of men MucoClear® 6% NaCl wenst te vergoeden, een ander merk hypertoon zout of een magistraal bereide zoutoplossing.

6.c.4. Vaststelling standpunt

Dit standpunt heeft de Raad van Bestuur vastgesteld op 19 juni 2009.

***Hypertoon zout
in basispakket***

6.d. Verbandmiddelen

Standpunt: In artikel 2.15, eerste lid, onder j, van de Regeling zorgverzekering is als te verzekeren prestatie aangewezen:

‘Verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen’.

Als verbandmiddel in de zin van de Regeling zorgverzekering kunnen in ieder geval worden aangemerkt:

‘Producten voor wondverzorging en -preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie’.

Of er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige behandeling nodig is, dient van geval tot geval te worden beoordeeld. Het verdient voorkeur om de indicatie hierbij als uitgangspunt te nemen, waarbij de in dit rapport opgenomen indicatieve lijst behulpzaam kan zijn.

Producten met de functie *compressie* vallen niet onder de te verzekeren prestatie ‘verbandmiddelen’, maar kunnen worden verstrekt als zij voldoen aan de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter compensatie van functieverlies van aderen en lymfevaten bij transport van bloed respectievelijk lymfe. Klasse 1 kousen vallen hier gezien de toelichting op de Regeling niet onder.

6.d.1. Inleiding

In het Overleg Medisch en Technisch Adviseurs (OMTA) van de zorgverzekeraars zijn regelmatig vragen aan de orde over de te verzekeren prestatie verbandmiddelen.

Vraagstelling

Er is vooral onduidelijkheid over de volgende punten:

- Welke materialen zijn te kwalificeren als verbandmiddel?
- Hoe moet het indicatiecriterium worden uitgelegd en dan met name de begrippen ‘*ernstige aandoening*’ en ‘*langdurig*’?

Meer concreet heeft een zorgverzekeraar de vraag voorgelegd of de volgende materialen te beschouwen zijn als verbandmiddel:

- Verbandhandschoenen en -broeken;
- Tubifast;
- Engels pluksel;
- Siliconenverband;
- Krabpak.

6.d.2. Wet- en regelgeving

Zvw

Zorgverzekeringswet

In artikel 10, onder d van de Zvw is bepaald dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico omvat de hulpmiddelenzorg.

Bzv

Besluit zorgverzekering

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

Rzv

Regeling zorgverzekering

In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de voor deze problematiek relevante hulp- en verbandmiddelen als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.6, onder h

Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming als omschreven in artikel 2.15.

Verbandmiddelen

Artikel 2.15, eerste lid, onder j

Verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Compressie-therapie

Artikel 2.6, onder m

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe.

Toelichting op artikel 2.6, eerste lid, onderdeel m

Onderdeel m spreekt van langdurig compenseren van functieverlies. Dit om onderscheid te maken tussen hulpmiddelen die tijdelijk worden ingezet als onderdeel van de medische behandeling en zodoende behoren tot de aanspraak op die behandeling (bijvoorbeeld de therapeutische elastische kousen in verband met de nabehandeling van het verwijderen van spataderen). Aangezien er bovendien sprake moet zijn van een functieverlies van de aderen, bestaat geen aanspraak op steunkousen (klasse 1).

6.d.3. Achterliggende adviezen en jurisprudentie

o **Definitie verbandmiddel**

Welke materialen zijn te kwalificeren als verbandmiddel?

In het verleden is getracht tot een definitie van verbandmiddelen te komen (advies 'Verbandmiddelen' 1995, 663). De toenmalige Ziekenfondsraad kwam tot de conclusie dat een eenvoudige, eenduidige definitie van verbandmiddelen niet mogelijk is. De belangrijkste reden hiervoor is de grote diversiteit van producten die tot de verbandmiddelen gerekend kunnen worden.

Jurisprudentie

Uit jurisprudentie van de afgelopen jaren valt op te maken dat als verbandmiddel in ieder geval kunnen worden aangemerkt:

Omschrijving verbandmiddelen

'Producten voor wondverzorging en -preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie'.

Hulpmiddelen voor compressietherapie

Hoewel 'compressie' ook een functie van een verbandmiddel kan zijn, is deze functie hier niet genoemd. Dit ter afgrenzing van producten met de functie 'compressie' die onder de in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel m, van de Rzv opgenomen functiegerichte omschrijving vallen:

'Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe'.

Producten die voldoen aan deze omschrijving, vallen niet onder de omschrijving van verbandmiddelen in de zin van de Rzv.

o **Indicatiecriterium**

Hoe moet het indicatiecriterium worden uitgelegd en dan met name de begrippen 'ernstige aandoening' en 'langdurig'?

Langdurig en ernstig

Tot de te verzekeren prestaties behoren verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen. De vraag is wanneer een behandeling 'langdurig' is en wanneer 'ernstig'.

In 1997 schreef de Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad – met verwijzing naar een advies uit 1994 – dat bij een periode van twee maanden gesproken kan worden van langdurig gebruik⁹. Diezelfde commissie schreef echter in 1999 (RZA 1999, 130) dat dit criterium niet algemeen toepasbaar is. Van geval tot geval moet bekeken worden of voldaan is aan het indicatiecriterium. Het indicatiecriterium (ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met verbandmiddelen is aangewezen) is sindsdien niet veranderd.

Uit het advies 'Verbandmiddelen' 1995, 663 en uit RZA 1999, 130 blijkt verder dat onder het indicatiecriterium *kunnen* vallen:

Ernstige aandoening

- wonden die een vertraagde of verstoorde genezing vertonen (bijvoorbeeld decubitus, diabetische ulceraties, chronische veneuze insufficiëntie met ulceraties, secundair dichtgranulerende huiddefecten, oncologische aandoeningen, en herpes zoster);
- chronische inflammatoire huidaandoeningen (bijvoorbeeld eczeem en psoriasis);
- brandwonden;
- fistels;
- verhoogd risico op decubitus.

⁹ Zaaknr. 9734628

In genoemd advies werd als laatste indicatie genoemd:

- ernstige zwelling van weke delen c.q. veneuze of lymfatische stuwning waarbij langdurige compressie-therapie noodzakelijk is (langer dan twee weken).

Bij deze indicatie is sprake van functieverlies van aderen bij het transport van bloed en/of het functieverlies van lymfevaten zoals bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onder m, van de Rzv. Voor hulpmiddelen die dienen ter compensatie hiervan, geldt sinds 2003 deze functiegerichte omschrijving.

Eenvoudige en kortdurende letsels

Niet tot de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' behoren wondverzorging van eenvoudige letsels of verbandmiddelen voor kortdurende letsels waar medische hulp noodzakelijk is (hechtwondjes, schaafwonden en enkelverstuiking). Dit betekent dat wondverzorgingsproducten voor het verbinden van eenvoudige aandoeningen *niet* tot de te verzekeren prestatie behoren. Er is immers geen sprake van een langdurige medische behandeling van een ernstige aandoening.

Indicatie als uitgangspunt

Bovenvermeld advies spreekt van aandoeningen die onder het indicatiecriterium *kunnen* vallen. Dit betekent dat bovenvermelde lijst van indicatieve aard is. Bij aanvang van de behandeling is het vaak niet duidelijk hoe lang deze gaat duren. In de praktijk ligt de grens tussen langdurig gebruik en niet langdurig gebruik tussen 2 à 3 weken en 2 maanden. Er is geen algemene gebruikstermijn en dus ook geen harde grens voor 'langdurig'. Op basis van de uitspraken is duidelijk dat de beoordeling steeds aan de hand van de individuele situatie moet gebeuren. Om deze reden verdient het de voorkeur om de indicatie als uitgangspunt te nemen.

6.d.4. Diverse materialen

A. Verbandhandschoenen en -broeken

(Katoenen) handschoenen kunnen worden aangemerkt als verbandmiddel als ze een verbandfunctie hebben. In het verleden zijn er enkele uitspraken geweest waaruit blijkt dat verbandhandschoenen tot de te verzekeren prestatie *kunnen* behoren.

**Vochtabsorptie
en afdekking**

- In deze gevallen werden de handschoenen voorgeschreven:
- ter vochtabsorptie (zoals ingeval van nattend eczeem)¹⁰;
 - ter afdekking bij dishydrotische eczeem om infecties tegen te gaan¹¹;
 - ter afdekking in verband met zalftherapie¹².

Over verbandbroeken heeft het CVZ eerder geen uitspraken gedaan. Echter, voorzieningen die puur ter bescherming van kleding worden toegepast, vallen niet onder de verbandmiddelen.

B. Tubifast

In het verleden is er een geschil geweest over een vergelijkbaar product namelijk Terry tube. Dit betrof net als Tubifast een buisverband.

Preventie

Ook buisverbanden heeft het CVZ aangemerkt als verbandmiddel. In het betreffende geval werd het buisverband toegepast onder een brace ter preventie van huidproblemen bij de indicatie dystrofie¹³.

C. Engels pluksel

Over Engels pluksel heeft het CVZ eerder evenmin uitspraken gedaan. Het betreft echter een algemeen gebruikelijk verbandmiddel dat bijvoorbeeld wordt toegepast bij brandwonden. Om deze reden kan Engels pluksel worden aangemerkt als verbandmiddel in de zin van de Rzv.

D. Siliconenverband

Wondverzorging

Ook siliconen sheets toegepast bij keloïd/hypertrofische littekens zijn aan te merken als verbandmiddel¹⁴. Zij worden gebruikt voor wondverzorging en -preventie met als functie afdekking. Hydrocolloid / siliconen gel / siliconensheets en -pleisters worden al jaren toegepast en vergoed.

¹⁰ Zaaknr. 25058468

¹¹ Zaaknr. 24054287

¹² Zaaknr. 23062054

¹³ Zaaknr. 23083473

¹⁴ Zaaknr. 21001976 en 23060094

De behandeling duurt meerdere maanden en wordt thuis (buiten de praktijk van de hulpverlener) uitgevoerd.

E. Krabpakken

Meerdere functies

Ook anti-krabpakken zijn in het verleden aangemerkt als verbandmiddel, omdat het pak enkele verbandfuncties vervult. Ten eerste kan onder de overall – net als bij gewoon verband – zalf of crème worden aangebracht. Een tweede en derde verbandfunctie van de overall zijn bescherming en afdekking van de aangedane huid, met name ter voorkoming van krabben¹⁵.

6.d.5. Standpunt

Verbandfunctie

Als er een verbandfunctie is – *wondverzorging en -preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie* – zijn genoemde producten te beschouwen als verbandmiddel. Voorzieningen die puur ter bescherming van kleding worden toegepast, vallen niet onder de verbandmiddelen. Of er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige behandeling nodig is, dient van geval tot geval te worden beoordeeld. Het verdient voorkeur om de indicatie hierbij als uitgangspunt te nemen, waarbij de in dit rapport opgenomen indicatieve lijst behulpzaam kan zijn. Producten met de functie *compressie* vallen niet onder de te verzekeren prestatie ‘verbandmiddelen’, maar kunnen worden verstrekt als zij voldoen aan de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter compensatie van functieverlies van aderen en lymfevaten bij transport van bloed respectievelijk lymfe (zie paragraaf 6.e.). Klasse 1 kousen vallen hier gezien de toelichting op de regeling niet onder.

Indicatieve lijst

Compressie- therapie

6.d.6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt heeft de Raad van Bestuur vastgesteld op 19 juni 2009.

¹⁵ Zaaknr. 9638251

6.e. Compressiekousen bij ulcus cruris venosum

Standpunt: Bij het behandelen van ulcus cruris venosum met dubbellaags compressiekousen is sprake van het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, zoals bedoeld onder artikel 2.6, onder m, Rvz. Bovendien is het toepassen van deze kousen bij genoemde indicatie een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Dit betekent dat deze kousen onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet vallen.

6.e.1. Inleiding

Het CVZ heeft in juni 2009 een standpunt ingenomen over verbandmiddelen. Naar aanleiding hiervan is namens fabrikanten van dubbellaags compressiekousen bij het CVZ een verzoek ingediend om zijn standpunt kenbaar te maken over het onderscheid tussen verbandmiddelen en therapeutisch elastische kousen (TEK).

Dubbellaags

Volgens de aanvrager zou het standpunt van het CVZ over verbandmiddelen gevolgen hebben voor de vergoeding van dubbellaags compressiekousen, zoals de Veno Train[®] ulcertec. Dit type kousen wordt gebruikt bij de behandeling van open been (ulcus cruris venosum). De kousen worden gebruikt in combinatie met wondverband. Deze kousen zijn niet te duiden in drukklassen zoals de normale TEK. Bij letterlijke toepassing van de regels met betrekking tot verbandmiddelen en/of die van TEK zouden de dubbellaags compressiekousen – volgens aanvrager – niet langer voor vergoeding in aanmerking komen.

Het gaat om een koussysteem, bestaande uit een onderkous en een bovenkous. Het systeem is een alternatief voor compressiezwachtels. De onderkous dient ter bescherming en fixatie van het wondverband en vereenvoudigt het aantrekken van de compressiekous. Beide kousen samen zorgen voor de

Verband- of wondkousen	<p>therapeutisch noodzakelijke werkdruk van circa 40 mmHg bij de enkel. Omdat er gelijktijdig sprake is van wondverzorging worden deze kousen ook wel aangeduid met verband- of wondkousen.</p> <p>De behandeling met deze kousen duurt circa 12 weken. Als de wond gesloten is, zal men echter aangewezen blijven op TEK om herhaling te voorkomen.</p>
Zvw	<p><i>6.e.2. Wet- en regelgeving</i></p> <p>Zorgverzekeringswet</p> <p>In artikel 10, onder d, van de Zvw is bepaald dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte is aan hulpmiddelenzorg.</p>
Bzv	<p>Besluit zorgverzekering</p> <p>In artikel 2.1, tweede lid, Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.</p> <p>In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.</p>
Rzv	<p>Regeling zorgverzekering</p> <p>In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de voor deze problematiek relevante hulp- en verbandmiddelen als te verzekeren prestatie opgenomen.</p> <p><i>Artikel 2.6, onder h</i></p> <p>Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming als omschreven in artikel 2.15.</p> <p><i>Artikel 2.15, eerste lid, onder j</i></p> <p>Verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.</p>

Artikel 2.6, onder m

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe.

Toelichting op artikel 2.6, eerste lid, onder m

Onderdeel m spreekt van het langdurig compenseren van functieverlies. Dit om onderscheid te maken tussen hulpmiddelen die tijdelijk worden ingezet als onderdeel van de medische behandeling en zodoende behoren tot de aanspraak op die behandeling (bijvoorbeeld therapeutische elastische kousen in verband met de nabehandeling van het verwijderen van spataderen). Aangezien er bovendien sprake moet zijn van een functieverlies van de aderen, bestaat geen aanspraak op steunkousen (klasse 1).

6.e.3. Standpunt verbandmiddelen

Het standpunt (zie ook paragraaf 6.d.) dat het CVZ op 29 juni 2009 heeft ingenomen over verbandmiddelen, luidt als volgt.

In artikel 2.15. eerste lid, onder j, van de Rzv is als te verzekeren prestatie aangewezen:

**Ernstige
aandoening**

*“Vebandmiddelen toe te passen bij een ernstige
aandoening waarbij langdurige medische behandeling
met deze middelen is aangewezen”.*

Als verbandmiddel in de zin van de Rzv kunnen in ieder geval worden aangemerkt:

**Omschrijving
verbandmiddelen**

*“Producten voor wondverzorging en –preventie met als
functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie.”*

Of er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige behandeling nodig is, dient van geval tot geval te worden beoordeeld. Het verdient voorkeur om de indicatie hierbij als uitgangspunt te nemen.

Producten met de functie *compressie* vallen niet onder de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen', maar kunnen worden verstrekt als zij voldoen aan de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter compensatie van functieverlies van aderen en lymfevaten bij transport van bloed respectievelijk lymfe. Klasse 1 kousen vallen hier gezien de toelichting op de Regeling niet onder.

6.e.4. Dubbellaags compressiekousen

Verbandmiddelen of compressiekousen

Het CVZ constateert dat de verbandfunctie zoals geformuleerd in het standpunt over de verbandmiddelen op de dubbellaags compressiekousen zoals hier bedoeld, niet (geheel) van toepassing is. Er is wel sprake van wondverzorging, maar de verbandfuncties 'reiniging' en 'afdekking' zijn strikt genomen niet van toepassing op deze kousen, nu onder de kousen wondverband is aangebracht. Van de onderkous zou nog wel gesteld kunnen worden dat deze dient ter 'fixatie' van het wondverband.

Primaire functie compressie

De primaire gezamenlijke functie van deze kousen (onder- en bovenkous) is echter het geven van compressie met als doel de bloedcirculatie te bevorderen. Compressietherapie heeft daarmee indirect een goede invloed op de wondgenezing. De onderkous fungeert bovendien als aantrekhulp voor de bovenkous.

Omdat behandeling met TEK ook na het sluiten van de wond noodzakelijk blijft constateert het CVZ dat sprake is het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe als bedoeld in artikel 2.6, onder m, Rvz.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ heeft onder meer aan de hand van de door de fabrikant toegezonden literatuur beoordeeld of de behandeling van *ulcus cruris venosum* met dubbellaags

compressiekousen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv.

Bij zijn beoordeling heeft het CVZ de conclusies betrokken uit de Cochrane review van 2009¹⁶. Algemene conclusie van de review is dat multi-component systemen die een elastische bandage bevatten effectiever lijken dan die, die bestaan uit voornamelijk niet elastische elementen.

Deze conclusie is gebaseerd op 6 trials die werden gebruikt voor de vergelijking van de klinische effectiviteit tussen compressie kousen (4 studies waarvan 2 [Jünger 2004 en Polignano 2004¹⁷] een vergelijkbaar dubbellaags koussysteem) / tubulaire verbanden (2 studies) vs compressie bandages. De gepoolde uitkomsten van Jünger en Polignano (n=177) lieten statistisch significant meer patiënten met volledige genezing zien na 3 maanden met de kousen vergeleken met kortrek bandages, RR 1,72 (59%CI 1,14 - 2,58).

**Effectiviteit
aangetoond**

Het CVZ is van mening dat hiermee de effectiviteit van deze 'dubbellaags koussystemen' voldoende is aangetoond .

6.e.5. Standpunt

Bij het behandelen van ulcus cruris venosum met dubbellaags compressiekousen is sprake van het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, zoals bedoeld onder artikel 2.6, onder m, Rvz.

**Dubbellaags
compressiekouse
in basispakket**

Bovendien is het toepassen van deze kousen bij genoemde indicatie een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweed lid, Bzv). Dit betekent dat deze kousen onder de te verzekeren prestaties van de Zvw vallen.

6.e.6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 11 maart 2010.

¹⁶ O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD000265

¹⁷ Polignano R, Guarnera G, Bonadeo P. Evaluation of SurePressComfort: a new compression system for the management of venous leg ulcers. *Journal of Wound Care* 2004;13(9):387-91.

6.f. Gebitsaanpassing tbv een MRA

Standpunt: Het mandibulair repositie apparaat (MRA) is per 1 januari 2010 een te verzekeren prestatie. Het CVZ heeft beoordeeld of een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA tot de te verzekeren prestaties moet worden gerekend.

Het CVZ is van oordeel dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA niet past binnen de omschrijving van een functionerend hulpmiddel. Verder is het CVZ van oordeel dat bij een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA niet aan de voorwaarde voor het recht op mondzorg wordt voldaan. Het CVZ komt tot de conclusie dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA geen te verzekeren prestatie is.

6.f.1. Inleiding

Een zorgverzekeraar heeft het CVZ de vraag voorgelegd of zorgverzekeraars een behandeling met een mandibulair repositie apparaat (MRA) mogen weigeren als voor het gebruik van het MRA eerst het gebit aangepast moet worden. Het MRA is per 1 januari 2010 een te verzekeren prestatie. Het CVZ heeft beoordeeld of een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA tot de te verzekeren prestaties moet worden gerekend.

Bij patiënten met een licht tot matig obstructief slaap apneu syndroom (OSAS) behoort behandeling met een MRA tot de mogelijkheden. Het MRA fixeert en trekt de mandibula (onderkaak) naar voren tijdens de slaap. Hierdoor wordt de luchtpijp die bij slaapapneu wordt afgesloten opengehouden. Een zorgverzekeraar heeft het CVZ de vraag voorgelegd of zorgverzekeraars een behandeling met een MRA mogen weigeren als voor het gebruik van het MRA eerst het gebit aangepast moet worden. Het weigeren van een MRA wanneer voor het gebruik ervan eerst het gebit aangepast moet worden zou aan de orde kunnen zijn indien de gebitsaanpassing niet tot de te

Vraag

verzekeren prestatie mag worden gerekend. De vraag is daarom ook anders te formuleren en kan ook luiden:
Valt per 2010 een gebitsaanpassing voor een MRA onder de te verzekeren prestatie?

Achtergrond

6.f.2. Beoordeling standpunt Zvw

Wet- en regelgeving hulpmiddelenzorg

Als gevolg van de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel komt met ingang van 1 januari 2010 artikel 2.9 van de Rzv te luiden:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a. zuurstof
 - b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin op de Wet op de medische hulpmiddelen.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

In de toelichting op de wijziging van dit artikel is in relatie met het MRA het volgende opgenomen.

Artikel 2.9, eerste lid

Onder deze omschrijving vallen onder meer zuurstofapparatuur, vernevelaars, voorzetkamers, apparatuur voor positieve uitademingsdruk, slijmuitzuigapparatuur, tracheacanules, CPAP/BiPAPapparatuur en mandibulaire repositie apparatuur (MRA).

CPAP/BiPAP-apparatuur en MRA's dienen ter behandeling van het Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS). Bij CPAP/BiPAP-apparatuur gaat het om apparatuur die voor een continue positieve luchtstroom zorgt tijdens de slaap. De apparatuur voorkomt dat de bovenste luchtweg 'dichtvalt'. De patiënt ademt zelfstandig.

Artikel 2.9, derde lid, onderdeel b

Apparatuur die alleen wordt ingezet voor het verminderen van snurken, valt niet onder de te verzekeren prestatie.

Dit betekent dat behandeling met het MRA alleen mogelijk is bij aangetoonde OSAS.

***MRA een te
verzekeren
prestatie***

Samengevat is het MRA per 1 januari 2010 aan te merken als een te verzekeren prestatie bij de behandeling van aangetoonde OSAS.

***Functionerend
hulpmiddel***

Functionerend hulpmiddel

In artikel 2.9, eerste lid van het Bzv is geregeld dat: "Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen,"

In de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen' (CBO 2007) wordt het MRA geïndiceerd geacht voor de behandeling van lichte en matige vormen van OSAS.

Bij patiënten met lichte OSAS kan naast het MRA ook chirurgische therapie worden overwogen. Bij patiënten met matige OSAS kan naast het MRA ook chirurgische therapie en behandeling met CPAP worden overwogen.

Indien een verzekerde geïndiceerd is voor behandeling met een MRA, maar de gebitsstoestand (vaak het ontbreken van (voldoende) tanden en kiezen) behandeling met een MRA onmogelijk maakt, kan niet gesproken worden van een functionerend hulpmiddel.

Indien een verzekerde geïndiceerd is voor een behandeling met een MRA, maar de gebitsstoestand de behandeling met een MRA onmogelijk maakt, kan aanpassing van het gebit het gebruik van een MRA toch mogelijk maken. De behandeling komt neer op het plaatsen van implantaten met daarop een gebitsprothetische voorziening. Door deze gebitsaanpassing wordt het mogelijk dat het MRA functioneert doordat het voldoende kracht kan uitoefenen om de mandibula naar voren te verplaatsen.

Zoals hierboven reeds is aangegeven heeft een verzekerde recht op een functionerend hulpmiddel. Het CVZ duidt een functionerend hulpmiddel als

- a. het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel, met inbegrip van de bij de eerste aanschaf behorende batterijen of oplaadapparatuur en gebruikersinstructie;
- b. de toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren van het hulpmiddel;
- c. de noodzakelijke wijziging, herstel of vervanging van een hulpmiddel;
- d. de vergoeding/verstrekking van een reservemiddel indien redelijkerwijs aangewezen.

Het CVZ acht een gebitsaanpassing geen toebehoren bij een MRA omdat dit een opzichzelfstaande medische/tandheelkundige ingreep is.

Het CVZ is van oordeel dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA niet past binnen de omschrijving van een functionerend hulpmiddel.

Wet- en regelgeving mondzorg

Verzekerden hebben onder andere recht op de te verzekeren prestatie mondzorg op grond van artikel 2.7 van het Bzv. Op grond van lid 1 van dat artikel bestaat er recht op zogenoemde 'bijzondere tandheelkunde'. Aan deze bijzondere tandheelkunde is de voorwaarde verbonden dat zonder die mondzorg de verzekerde geen tandheelkundige functie kan

***'Bijzondere
tandheelkunde'***

behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Aan deze voorwaarde wordt niet voldaan bij een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA.

Conclusie

Een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA is niet te rekenen tot de omschrijving van een functionerend hulpmiddel. Een gebitsaanpassing valt eveneens niet onder de te verzekeren prestatie mondzorg.

Standpunt

Een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA is geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving.

6.f.3. Standpunt

Het CVZ is nagegaan of een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA valt onder het recht op een functionerend hulpmiddel. Voorts is het CVZ nagegaan of deze gebitsaanpassing valt onder het recht op mondzorg.

Het CVZ is van oordeel dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA niet is te rekenen tot functionerend hulpmiddel en dat de deze gebitsaanpassing niet valt onder de te verzekeren prestatie mondzorg.

Het CVZ is van oordeel dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA geen te verzekeren prestatie is op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving.

6.f.4. Consequenties

Verzekeraars kunnen kosten van een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA niet vergoeden ten laste van de Zvw.

Volgens de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen' (CBO 2007) wordt het MRA geïndiceerd geacht voor de behandeling van lichte en matige vormen van OSAS. Indien door de gebitstoestand behandeling met het MRA niet mogelijk is kan bij patiënten met lichte OSAS chirurgische therapie worden overwogen, bij patiënten met matige OSAS kan chirurgische

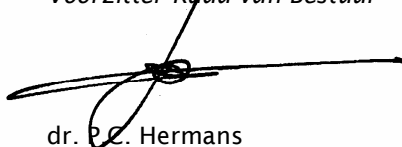
therapie en behandeling met CPAP worden overwogen. Ook bestaat de mogelijkheid dat deze patiënten een behandeling met een MRA kunnen ondergaan wanneer zij voor eigen rekening of ten laste van een eventueel afgesloten aanvullende verzekering hun gebit laten aanpassen. Dit is in overeenstemming met de financiële verantwoordelijkheid van de burger voor de kosten van zijn mondgezondheid.

6.f.5. Vaststelling standpunt

Dit standpunt heeft de Raad van Bestuur vastgesteld op 14 december 2009.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a loop and a vertical stroke crossing it.

dr. P.C. Hermans

Bijlage 1

Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 en de antwoordbrieven van CVZ

1. Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)
d.d. 10 februari 2010
2. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
d.d. 9 februari 2010
3. Nederlandse Vereniging Audicien Bedrijven (NVAB)
d.d. 11 februari 2010
4. Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
d.d. 11 februari 2010
5. GAIN Audiologische Industrie Nederland
d.d. 11 februari 2010
6. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
d.d. 10 februari 2010
7. Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)
d.d. 9 februari 2010
8. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
d.d. 11 februari 2010
9. De Koepel van Ouderenorganisaties (CSO)
d.d. 11 februari 2010
10. ActiZ, organisatie van zorgondernemers
d.d. 15 februari 2010

11. Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten (Nefemed)
d.d. 11 februari 2010
12. Firevaned, brancheorganisatie hulpmiddelen
d.d. 11 februari 2010
13. Nederlandse brancheorganisatie voor medische technologie (FHI)
d.d. 12 februari 2010
14. Orde van Medisch Specialisten (OMS)
d.d. 15 februari 2010
15. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
d.d. 19 februari 2010
16. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
d.d. 15 februari 2010
17. Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatie Sector (SIAC)
d.d. 16 februari 2010



College Voor Zorgverzekeringen
t.a.v. Mw. M.A. den Haan
Postbus 320
1112 XH DIEMEN

Kenmerk: B08-22572/js
Uw kenmerk: ZA/2010004603 d.d. 14 januari 2010
Betreft: gezamenlijke reactie NVVS en FOSS op deelrapport
Hulpmiddelenzorg 2010

Houten, 10 februari 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

Dank voor de mogelijkheid te kunnen reageren op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. NVVS* en FOSS* vertegenwoordigen gezamenlijk de slechthorenden c.q. de gebruikers van hoorhulpmiddelen in ons land. Wij zullen ons in onze reactie daarom beperken tot paragraaf 4.a van uw deelrapport, de systeemadviezen t.a.v. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie.

NVVS en FOSS zijn positief over de strekking van het CVZ-advies ten aanzien van functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen

Wij zijn van mening dat de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen, zoals CVZ die adviseert in het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010, op essentiële onderdelen van de verstrekking een belangrijke verbetering oplevert ten opzichte van de al jarenlang bestaande onrechtvaardige situatie.

De NVVS monitort al jaren de ervaringen van gebruikers van hoorhulpmiddelen. Wij constateren samen met de FOSS dat het huidige vergoedingensysteem een aantal grote problemen oplevert voor grote groepen gebruikers. Men moet soms fors bijbetalen als er een complexere 'hooroplossing' nodig is. Men moet soms bij

* NVVS: Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden, zie www.nvvs.nl. FOSS: Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden, zie www.foss-info.nl. Correspondentie: Postbus 129, 3990 DC Houten, T 030 2617616, @ j.beelen@nvvs.nl.



verschillende loketten terecht. Aanvullende hoorhulpmiddelen worden door gebruikers sterk gewaardeerd maar lang niet alle slechthorenden hebben daar in het huidige systeem recht op. Mensen met een eenzijdig gehoorverlies die wel baat hebben bij hoorhulpmiddelen, komen nu niet in aanmerking voor vergoeding. Wij pleiten al jaren voor een 'rechtvaardiger' systeem waarmee mensen met een hooraandoening in staat gesteld worden optimaal mee te kunnen doen in onze horende maatschappij.

Het CVZ heeft op een consequente wijze de uitgangspunten van een functiegerichte aanpak uiteindelijk ook toegepast op de hoorhulpmiddelensector en adviseert om alle verstrekkingen onder één regeling te laten vallen. Dit voorstel biedt een oplossing voor alle grote knelpunten die gebruikers van hoorhulpmiddelen in het huidige systeem ervaren.

NVVS en FOSS zijn dan ook positief over het conceptadvies van CVZ omdat hiermee het recht op adequate hoorzorg eindelijk mogelijk wordt.

Aandacht voor bijzondere doelgroepen

Het protocol functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen geeft concrete handvatten hoe omgegaan moet worden met bijzondere groepen zoals slechthorende kinderen. Ook hiervoor moet dit protocol functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen handvatten bieden.

NVVS en FOSS willen de aandacht vestigen op een bijzondere groep: **kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek**. Deze zgn. AVP-kinderen zijn niet slechthorend maar gebruiken wel audiologische apparatuur, met name fm-apparatuur. In principe wordt deze groep geschaard onder de 'bijzondere groepen' van artikel 2.10, derde lid. Maar gezien de achtergrond van deze groep kinderen moet het advies helder zijn dat ook in deze situaties, waarin een gehoorverlies niet aan de orde, toch overgegaan wordt tot verstrekking van een hoorhulpmiddel.

Het advies moet geen misverstanden laten ontstaan over de noodzaak van een gedifferentieerde indicatiestelling en een gedifferentieerde verstrekking

De bedoeling van elke functiegerichte verstrekking is om de beperkingen die een individu ervaart, zo optimaal mogelijk te compenseren. De basis van een functiegerichte aanpak is dus een gedifferentieerde indicatiestelling met een daar op aansluitende gedifferentieerde verstrekking. Deze bij hoorhulpmiddelen-verstrekking essentiële voorwaarde voor het proces van kiezen en aanpassen, kan naar de mening van NVVS en FOSS sterker benadrukt worden in het advies. We zien in de reacties van verschillende veldpartijen nu al het misverstand ontstaan dat een functiegericht systeem zou leiden tot verstrekking van één toestel met een



aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn. De onvoldoende ingevoerde lezer zou ten onrechte kunnen concluderen dat de voorstellen feitelijk behelzen dat er één type hoortoestel van een bepaalde prestatie- en prijsrange verstrekt gaat worden voor alle slechthorenden. Dat is nadrukkelijk niet de bedoeling van dit systeem.

NVVS en FOSS hechten er aan dat in het advies deze noodzakelijke differentiatie scherper benoemd wordt; slechthorenden zijn absoluut niet gebaat bij 'eenheidsworst' in de verstrekking van hoorhulpmiddelen. Deze opvatting wordt naar onze inschatting gedeeld door alle partijen in de hoorzorg.

NVVS en FOSS stellen voor om in het advies de noodzaak van protocollen te benadrukken en contouren, voorwaarden en praktische haalbaarheid te benoemen

Een belangrijk instrument om kwaliteit, keuzevrijheid en differentiatie te borgen in het voorgestelde systeem, wordt gevormd door protocollen, stelt CVZ op p.28 van het advies. CVZ merkt over deze protocollen op:

- Protocollen zijn nodig voor het maken van de koppeling tussen beoogd functioneren van de cliënt en beoogd gebruik van het hoorhulpmiddel.
- De recente PACT-studie laat zien dat er mogelijkheden lijken te bestaan om dergelijke protocollen te ontwerpen.
- Protocolontwikkeling past binnen de ontwikkelingen die CG-raad en ZN ingezet hebben, met steun van het ministerie van VWS.

NVVS en FOSS zien deze protocollen als een cruciale voorwaarde voor een functiegerichte verstrekking die kwaliteit, keuzevrijheid en differentiatie garandeert. Daarom stellen wij het op prijs als het advies t.a.v. deze protocollen uitgebreid wordt met de volgende vier elementen:

1. Cruciaal is dat alle relevante partijen in de driehoek zorgaanbieder–zorgverzekeraar–zorgconsument betrokken worden bij deze uitwerking en dat de uitkomst een gezamenlijk gedragen protocol is voor de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen.
2. Het protocol functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen moet controleerbare handvatten bieden voor een gedifferentieerde indicatiestelling en een daar op aansluitende gedifferentieerde verstrekking.
3. Het protocol functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen moet het mogelijk maken om niet alleen het proces te borgen maar ook om de uitkomst te monitoren. Een systeem van outputindicatoren is wat betreft NVVS en FOSS een onmisbaar onderdeel van zo'n protocol.



4. Het protocol functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen moet duidelijk maken hoe de mogelijkheid van c.q. het recht op een second opinion voor de individuele slechthorende geborgd gaat worden.

NVVS en FOSS constateren dat alle veldpartijen die bij de verstrekking van hoorhulpmiddelen betrokken zijn, behoefte hebben aan zo'n protocol. Het opstellen van dit protocol is, vanwege de aard van gehoorproblematiek en hoorhulpmiddelen, een complexe exercitie. De noodzaak is wat ons betreft echter evident – net als de urgentie: het protocol moet in werking kunnen treden op het moment dat dit advies als regelgeving wordt ingevoerd.

Voorkómen moet worden dat op basis van karikaturale beschrijvingen over een dergelijke protocol, deze basis onder de functiegerichte verstrekking wordt gebagatelliseerd. Natuurlijk leidt een protocol niet via een aantal simpele deductieve stappen tot de keuze van 'het enige geschikte toestel'. Gehoorverlies, luisteromstandigheden en andere individuele karakteristieken leiden, zoals thans ook gebruikelijk in de praktijk van hoortoestelverstrekking, doorgaans tot een groep toestellen of beter gezegd: tot een cluster van noodzakelijke functionaliteiten. Binnen dat cluster kan vervolgens gekozen worden uit diverse merken en modellen. **Feitelijk is dit een functiegerichte werkwijze die nu al gehanteerd wordt door veel audicienbedrijven.** Zo biedt de grootste audicienketen Beter Horen zgn. 'hoorconcepten' aan waarin zes uiteenlopende categorieën toestellen worden ondergebracht, van 'basis' tot 'high end'. Binnen elke categorie kunnen diverse merken en modellen vallen. Bij een zorgvuldige koppeling van gehoorverlies, luisteromstandigheden en andere relevante factoren aan deze 'hoorconcepten', komen we in feite al een heel eind richting een functiegerichte verstrekking.

Keuzevrijheid wordt nu al beperkt maar hoeft niet te leiden tot kwaliteitsverlies

Dat het nieuwe vergoedingssysteem keuzevrijheid van zorgconsumenten gaat beperken is een zorg die wij als NVVS en FOSS delen met de andere veldpartijen. Alleen is deze keuzevrijheid thans ook al beperkt. In het huidige systeem leidt het inkoopbeleid van veel audiciens tot beperkingen in het assortiment. De twee grootste audicienketens van ons land (Schoonenberg, Beter Horen) voeren in hun basisassortiment 6 merken hoortoestellen van de in totaal 21 merken die op markt zijn. Een voorkeursbeleid voor bepaalde merken is gemeengoed op veel plaatsen in de audicienwereld: het is een publiekelijk geheim dat er bij bepaalde audiciens



bonussen worden verstrekt aan die medewerkers die het zojuist groots ingekochte merk weten te verkopen aan zorgconsumenten.

Maar net als protocollering moet ook van keuzevrijheid geen karikatuurbeeld worden neergezet:

- Voor een functiegerichte verstrekking is het niet nodig om elke slechthorende een keus te geven uit alle merken en modellen. Dat zou het systeem direct zeer kostbaar maken – en, naar de mening van de NVVS en FOSS, onnodig kostbaar. **Een beperking in keuzemogelijkheden kan noodzakelijk zijn om een systeem van functiegerichte aanspraak betaalbaar te houden; een dergelijke beperking hoeft, mits zorgvuldig gehanteerd (protocol!), niet tot kwaliteitsverlies te leiden.** Zoals gezegd: ook nu is er al sprake van beperking van de keuzevrijheid.
- Dat laat onverlet dat er speciale gevallen zullen zijn die om een bijzondere vorm van maatwerk vragen. Met andere woorden: beperkingen van keuzevrijheid zijn geen bedreiging van kwaliteit, maar **in bijzondere gevallen moet een uitzondering gemaakt kunnen worden.** In het voorgestelde advies wordt daar in voorzien via de 'bijzondere groepen' van artikel 2.10, derde lid.
- Vanzelfsprekend kan het zo zijn dat individuele slechthorenden 'meer' willen dan wat er conform de functiegerichte verstrekking voor hen beschikbaar is. Ook hier zijn mogelijkheden voor in het voorgestelde advies: men mag bijbetalen om extra 'luxe' te verkrijgen.

In het nieuwe systeem zijn er straks twee partijen die bij het inkoopbeleid betrokken: de audiciens en de verzekeraars. Dat is volgens ons ook precies waar we in Nederland voor hebben gekozen met het invoeren van het nieuwe zorgstelsel. Wij begrijpen uiteraard dat audiciens en fabrikanten zullen moeten wennen aan het feit dat zorgverzekeraars over hun schouder gaan meekijken. Daarbij bestaat bovendien het gevaar dat zorgverzekeraars op de stoel van de zorgvoorschrijver gaan zitten. Om deze zorgen weg te nemen zullen er (we herhalen het nog maar een keer...) goede protocollen moeten komen inclusief prestatie-indicatoren en metingen van klantervaringen. Dat maakt ook dat de NVVS op dit moment hard bezig is om de CQ-index (auditieve) hulpmiddelen tot een instrument te verheffen dat zowel bijdraagt aan informatie voor inkoopbeleid van zorgverzekeraars, tot kwaliteitsinformatie voor audiciens en fabrikanten en tot keuzeinformatie voor slechthorenden. Daarnaast zouden wij graag op eenzelfde wijze prestatie-indicatoren vaststellen.



De zorgen rondom het behoud van keuzevrijheid en kwaliteit van zorg mogen naar onze mening echter niet tornen aan de basisgedachten dat mensen met een auditieve beperking recht hebben op adequate zorg waarmee hun functiebeperkingen worden opgeheven. Dat maakt ook waarom de NVVS en FOSS de voorgestelde wetswijziging omarmen en aandringen op een goede uitvoering in de praktijk.

Inderdaad is het terecht om af te vragen wat er eerst moet komen. De nieuwe wetgeving of het protocol voor uitvoering ervan. Wij zouden dan echter de voorkeur eraan geven om de invoeringsdatum van de nieuwe wetgeving op te schorten, zodat de branche meer tijd heeft om tot een goed werkbaar protocol te komen.

Doordat nu ook zorgverzekeraars een belang krijgen bij een goed-werkend systeem, worden marktwerking, transparantie en betaalbaarheid geoptimaliseerd

NVVS en FOSS constateren net als het CVZ dat de door de overheid beoogde marktwerking in de hoorzorg, onvoldoende van de grond komt en gefrustreerd wordt door de huidige regelingen. Door zorgverzekeraars meer in het stelsel te betrekken kan dit een betere kostenbeheersing tot gevolg hebben en impulsen bieden voor het gezamenlijk, met alle betrokken partijen, borgen van kwaliteit. De regeling kan op korte termijn weliswaar kostenverhogend werken, maar kan op langere termijn ervoor zorgen dat adequate zorg op een betaalbare manier mogelijk blijft.

Door invoering van dit nieuwe systeem raken de zorgverzekeraars betrokken bij de hoorhulpmiddelenverstrekking. Nu houden veel zorgverzekeraars zich afzijdig omdat het huidige systeem hen nauwelijks financiële prikkels biedt. Daar waar de rekening voor de individuele zorgconsument in de hoorzorg tot nu toe voornamelijk bepaald werd door zorgverstrekkers (audiciens) met een toenemend commercieel belang, krijgen in dit nieuwe systeem zorgverzekeraars een sterk motief om zich met kwaliteit en prijsstelling van hoorhulpmiddelen te gaan bezighouden. Dat ondervangt een belangrijk probleem dat voortkomt uit het huidige systeem: *'Doordat zorgverzekeraars hun inkoopkracht op deze markt onvoldoende benutten en het proces van hoortoestelkeuze onvoldoende transparant is, worden verzekerden geconfronteerd met hoge bijbetalingen die mogelijk niet altijd nodig zijn'* (CVZ-advies p.27). NVVS en FOSS zijn er van overtuigd dat het nieuwe systeem (mits met goede protocollen onderbouwd die goed uitgevoerd worden) zal leiden tot meer transparantie en een gunstiger prijsstelling van hoorhulpmiddelen.



Het voorgestelde systeem is financieel haalbaar zonder eigen bijdrage van eindgebruikers

De kostenberekeningen van CVZ laten zien dat het macrobudget voor hoorhulpmiddelen omhoog moet om een functiegerichte verstrekking mogelijk te maken. Die verhoging van het totale budget voor hoorhulpmiddelenverstrekking is hard nodig: nu is sprake van een onrechtvaardige systematiek die maakt dat mensen vaak een aanzienlijk bedrag moeten bijbetalen om met een auditieve beperking te kunnen blijven functioneren.

Het is jammer dat CVZ in haar berekeningen niet laat zien welke 'winst' er te halen valt bij een adequate, functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Een betere verstrekking van hoorhulpmiddelen zorgt dat mensen langer en beter kunnen blijven functioneren. Daarmee worden vele kosten bespaard als het bijvoorbeeld gaat om vroegtijdige uitval in het werkproces en sociale isolement. In dat opzicht kan het voorgestelde systeem minder kosten met zich meebrengen dan nu uit de tabellen naar voren komt. NVVS en FOSS zijn hier van overtuigd.

Verschillende partijen hebben in hun reactie aangegeven dat zij een eigen bijdrage van de eindgebruiker noodzakelijk vinden. Opvallend genoeg zijn dat de partijen in de commerciële hoek van de hoorbranche. Audiciens zijn ondernemers die naar eigen zeggen op de retail-markt opereren. De grootste audicienketen van Nederland is bijvoorbeeld een beursgenoteerd, internationaal opererend bedrijf met de aandeelhouders in Italië. Brancheorganisaties NVAB (audiciens) en GAIN (hoortoestelfabrikanten) vinden een eigen bijdrage van eindgebruikers noodzakelijk. De NVVS en FOSS zien die noodzaak niet: wij hebben hierboven aangegeven dat er, ook in een systeem van functiegerichte verstrekking, voldoende waarborgen zijn voor keuzevrijheid, kwaliteit en 'bijbetalen' als je als eindgebruiker meer 'luxe' wenst.

Een eigen bijdrage 'over de top' (zoals NVAB en GAIN deze omschrijven) is een kopie van de huidige verstrekking, met alle nadelen van dien.

Door een vast basisbedrag te vergoeden en de eindgebruiker de meerkosten te laten betalen, wordt marktwerking gefrustreerd – ook CVZ analyseert dat scherp in haar advies. In het voorstel van GAIN wordt de gemiddelde prijs van een toestel (door CVZ berekend op € 687,-) verheven tot minimum. Dat wil zeggen dat tegenover goedkopere hoorhulpmiddelen een te hoge vergoeding staat en de winst ten goede komt van de audiciens en fabrikanten. Dit zou het verstrekken van



goedkopere oplossingen aan (beginnende) slechthorenden in de weg staan en daarmee de kosten onnodig opdrijven.

Het effect van het huidige voorstel van GAIN om het vaste basisbedrag op te schroeven, zal zijn dat het basistoestel de facto duurder wordt. Voor het macrobudget voor hoorhulpmiddelenverstrekking zal inderdaad een beheersbaar eindtotaal ontstaan in zo'n systeem, echter: wat zal blijven ontbreken zijn waarborgen voor een functiegerichte verstrekking en transparantie voor de eindgebruiker over prijs en kwaliteit.

Het toekennen van een vergoeding per tijdperiode (van bijvoorbeeld 5 jaar) maakt dat vervanging van hoorhulpmiddelen wel eens meer ingegeven kunnen worden vanuit attendering van de audiciens dan vanuit de behoeften van de slechthorenden. De NVVS wordt regelmatig benadert door slechthorenden die vinden dat zij slechter af zijn met hun nieuwe toestel. Het aanbrengen van prestatie-indicatoren zou hierin een verbetering zijn. Een nieuw toestel wordt alleen vergoed als er een aantoonbare verbetering optreedt dan wel als de klant een verbetering ervaart.

Een eigen bijdrage 'over de top' met een vaste vergoedingstermijn legt meteen de bijl aan een functiegerichte verstrekking.

Als het voorgestelde systeem voor hoorhulpmiddelenverstrekking financieel niet haalbaar blijkt, moet de principiële vraag gesteld worden of de meerkosten dan afgewenteld moeten worden op de gebruikers van hoorhulpmiddelen. De Nederlandse gezondheidszorg is nog altijd gebaseerd op solidariteit. Als onderdelen van de gezondheidszorg een budgetoverschrijding laten zien, ligt het meer in de rede om daar collectief een oplossing voor te vinden in plaats van de specifieke patiëntengroep voor de kosten op te laten draaien.

Mocht de angst voor budgetoverschrijding toch aanleiding zijn om af te zien van volledige vergoeding van adequate zorg voor het opheffen van functiebeperkingen, dan heeft het onze voorkeur om een eigen bijdrage 'over de voet' te vragen omdat dit rechtvaardiger is. De bijdrage die geleverd wordt is immers niet afhankelijk van de soort en mate van de hooraandoening en dus niet discriminerend richting mensen met complexe hooraandoeningen.

Kortom: NVVS en FOSS hebben grote waardering voor het doordachte CVZ-advies voor een functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Essentiële nadelen van het huidige systeem, met name voor de (eind)gebruiker van hoorhulpmiddelen, worden met invoering van dit advies weggewerkt. Daar voor in



de plaats komt een systeem dat waarborgen biedt voor transparantie, betaalbaarheid en een optimale marktwerking. Een belangrijke voorwaarde om kwaliteit, keuzevrijheid en differentiatie in indicatie en verstrekking te borgen, wordt gevormd door branche-breed gedragen protocollen, gebaseerd op het voorbereidende basisprotocol van CG-raad en ZN, de kwaliteitssystematiek van de Stichting Audicien Register, het NOAH-3-protocol en de zgn. 'Veldnorm'.

Wij hopen daarom van harte dat de minister van VWS dit advies zal opvolgen en spreken onze waardering uit voor het werk van CVZ.

Met vriendelijke groet,
namens de besturen van NVVS* en FOSS*,

drs. J. Beelen
directeur

* NVVS: Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden, zie www.nvvs.nl. FOSS: Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden, zie www.foss-info.nl. Correspondentie: Postbus 129, 3990 DC Houten, T 030 2617616, @ j.beelen@nvvs.nl.

NVVS en FOSS
T.a.v. de heer J. Beelen
Postbus 129
3990 DC HOUTEN

Uw brief van
10 februari 2010

Uw kenmerk
B08-22572/js

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025409

Behandeld door
mw. E.C.M. Visser

Doorkiesnummer
(020) 797 87 75

Onderwerp
Consultatie deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Beelen,

Hartelijk dank voor uw gezamenlijke reactie namens NVVS en FOSS op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Het CVZ constateert dat NVVS en FOSS zich in belangrijke mate kunnen vinden in de strekking van het voorstel van het CVZ om te komen tot een functiegericht omschreven aanspraak op hoorhulpmiddelen. Volgens partijen biedt het voorstel een oplossing voor alle grote knelpunten die gebruikers van hoorhulpmiddelen in het huidige systeem ervaren.

NVVS en FOSS vragen in hun brief het voorstel op een aantal punten te verduidelijken. Het betreft de volgende punten.

Kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek

NVVS en FOSS vragen in hun brief aandacht voor bijzondere groepen. Bij kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek is vaak geen sprake van gehoorverlies. Zij voldoen daarmee niet aan de eis dat sprake moet zijn van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB. Deze kinderen maken echter wel gebruik van audiologische apparatuur, met name FM-apparatuur.

Met het voorgestelde artikel 2.10, derde lid, heeft het CVZ de mogelijkheid gecreëerd dat zorgverzekeraars bij bijzondere individuele zorgvragen kunnen afwijken van het indicatiem criterium en daarmee toch tot verstrekking van hoorhulpmiddelen kunnen overgaan. Een bijzondere individuele zorgvraag zou bijvoorbeeld kunnen zijn gelegen in auditieve verwerkingsproblematiek bij kinderen. Het CVZ heeft dit in de voorgestelde toelichting op de regeling verhelderd.

Gedifferentieerde indicatiestelling en een gedifferentieerde verstrekking

NVVS en FOSS pleiten ervoor om in het advies te benadrukken dat een gedifferentieerde indicatiestelling met daarop aansluitend een gedifferentieerde verstrekking van hoorhulpmiddelen de basis is van een functiegerichte aanspraak. Voorkomen moet worden dat het misverstand ontstaat dat een functiegericht systeem leidt tot verstrekking van

één toestel met een aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn. Het CVZ is het hiermee eens en heeft dit in zijn voorstellen allerminst willen suggereren. Meerdere partijen hebben een soortgelijke reactie gegeven. Omdat de tekst op dit punt kennelijk tot misverstanden leidt, heeft het CVZ dit in het rapport verduidelijkt.

Protocollen

NVVS en FOSS stellen voor om in het advies de noodzaak van protocollering te benadrukken en contouren, voorwaarden en praktische haalbaarheid te benoemen. Het CVZ heeft in zijn advies het belang van protocollering nog nadrukkelijker onderschreven, maar is zich ervan bewust dat een dergelijk protocol vooral procesmatig van aard zal zijn. Het CVZ heeft dit in zijn rapport genuanceerd. De elementen die NVVS en FOSS benoemen die onderdeel zouden moeten zijn van het protocol heeft het CVZ niet in de tekst overgenomen. Over de inhoud van het protocol moeten partijen het gezamenlijk eens worden. Het CVZ heeft daarin geen taak.

Ook is het CVZ van mening dat de functiegerichte omschrijving van de aanspraak kan worden ingevoerd, ook al is een protocol nog niet voorhanden. Zoals NVVS en FOSS zelf al aangeven wordt een functiegerichte werkwijze ook nu al gehanteerd door veel audicienbedrijven, onder meer door het aanbieden van hoorconcepten. Het functiegericht omschrijven van de aanspraken zal er naar verwachting van het CVZ toe bijdragen, dat partijen worden gestimuleerd concreet aan de slag te gaan met het ontwikkelen van protocollen. Het gevolg van de nieuwe regelgeving zal immers zijn, dat alle partijen belang hebben bij een geprotocolleerde verstrekking van hoorhulpmiddelen. Bovendien hebben partijen de intentie uitgesproken om daadwerkelijk mee te werken aan de ontwikkeling daarvan.

Keuzemogelijkheid

Met NVVS en FOSS is het CVZ van mening dat een beperking van de keuzemogelijkheid noodzakelijk kan zijn om een systeem van functiegerichte aanspraken betaalbaar te houden. Een dergelijke beperking van keuzevrijheid behoeft niet tot kwaliteitsverlies te leiden. Ook hier geldt het belang van protocollering, waarmee een goede match wordt verkregen tussen hoorbehoefte en hooroplossing.

In uw brief gaat u ervan uit dat slechthorenden die 'meer' willen dan wat er conform de functiegerichte verstrekking voor hen beschikbaar is, de keuze hebben om bij te betalen voor deze extra 'luxe'. Anders dan u suggereert volgt deze mogelijkheid niet uit het voorgestelde advies. De vraag of bijbetaling voor niet-gecontracteerde zorg mogelijk is, is ook tijdens de stakeholdersbijeenkomst aan het CVZ voorgelegd. Deze vraag zal het CVZ pakketbreed oppakken (en dus niet alleen voor de hulpmiddelenzorg). Naar verwachting zal het CVZ hierover medio 2010 een standpunt innemen.

Eigen bijdrage

NVVS en FOSS zijn van mening dat het voorgestelde systeem zonder eigen bijdrage van de eindgebruiker financieel haalbaar is. Men stelt dat het jammer is dat het CVZ in zijn berekeningen niet laat zien welke 'winst' er te halen valt bij een adequate, functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Het CVZ heeft in het rapport wel degelijk aandacht besteed aan de mogelijke 'inverdieneffecten' zoals de NVVS en FOSS bedoelen. Deze inverdieneffecten zijn echter moeilijk te kwantificeren.

NVVS en FOSS zijn van mening dat een eigen bijdrage 'over de top' zoals NVAB en GAIN omschrijven een kopie is van de huidige verstrekkingsregeling, met alle nadelen van dien. Het CVZ is het hiermee eens. De nadelen van vergoedingslimieten zoals die sinds jaar en dag voor hoortoestellen gelden, zijn in het rapport verwoord.

Het CVZ ziet geen aanleiding zijn voorstel op dit punt te wijzigen. In het hoofdrapport constateert het CVZ inconsistenties als het gaat om het heffen van eigen bijdragen. Hierbij heeft het CVZ aangegeven dat het in het kader van de solidariteit een optie is om het eigen risico te verhogen in plaats van in het ene geval een eigen bijdrage op te leggen en in een ander geval niet.

3/ZA/2010025409

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het deelrapport Hulpmiddelenzorg. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kun u vinden op onze website www.cvz.nl.

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

College voor Zorgverzekeringen
Afdeling Zorgadvies
T.a.v.: mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH Diemen

Amersfoort, 11 februari 2010
Ref.: NDF 2010-018/MdG/lm

Betreft: consultatie concept Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010.

Geachte mevrouw Den Haan,

Op 14 januari 2010 ontving de NDF van u het conceptrapport Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. De NDF maakt graag gebruik van de mogelijkheid om in het kader van deze consultatieronde te reageren op deze rapporten.

Gezamenlijke reactie behandelaars, mensen met diabetes en wetenschappers
Zoals bekend uit voorgaande reacties, reageert de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) ook nu als koepel van tien organisaties, waarin zowel mensen met diabetes, behandelaars als wetenschappers vertegenwoordigd zijn.

Reactie conceptrapport

De NDF heeft met veel interesse kennis genomen van het concept Pakketadvies 2010. Een aantal onderdelen uit het Pakketadvies willen wij graag expliciet ondersteunen, waarbij wij ook enkele kanttekeningen naar voren willen brengen.

- De NDF onderschrijft de opname van Stoppen-met-roken programma's onder de instroomadviezen van harte. Het stoppen met roken is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl, hetgeen bijdraagt aan de preventie van diabetes en, voor mensen met diabetes, aan het voorkomen van complicaties.
- De NDF is verheugd over het advies 'subsidieregeling voor tijdelijke financiering innovatieve zorg'. Door een dergelijke regeling ontstaat de mogelijkheid tot voorwaardelijke financiering van veelbelovende zorg, ook als nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor een definitieve vergoeding. Deze mogelijkheid sluit aan bij een wens die de NDF al langere tijd kenbaar maakt. In uw advies vraagt u tevens aandacht voor het versterken van de rol van de Zorg Innovatiewijzer (ZIW) ter facilitering van innovaties. Mogelijk wordt hiermee ook gedoeld op het financieel faciliteren van aanvullende dataverzameling gedurende een periode van voorwaardelijke financiering. In ieder geval wil de NDF graag opnieuw benadrukken dat bij het vaststellen van een tijdelijke financiering voor innovatieve zorg altijd expliciet aandacht besteed moet worden aan het realiseren van aanvullende dataverzameling op een eenduidige manier.
- Het advies om de specifieke interventie 'voetzorg voor mensen met diabetes' op te nemen als verzekerde prestatie juichen wij van harte toe, zoals wij u reeds lieten weten tijdens de inhoudelijke consultatieronde (21 december 2009 Ref.:2009-205/MdG/tb).
- Op het terrein van preventie geeft u aan dat het CVZ actief bij wil dragen aan een betere aansluiting tussen geïndiceerde preventie en selectieve preventie. Het versterken van deze afstemming, ook in relatie tot collectieve preventie, is eveneens een speerpunt van de NDF (als onderdeel van het Nationaal Actieprogramma Diabetes). Een aandachtspunt voor de NDF is daarbij of geïndiceerde preventie daadwerkelijk in voldoende mate voor alle doelgroepen gefinancierd wordt.

Wat betreft het conceptadvies Hulpmiddelenzorg 2010 gaf de NDF tijdens de inhoudelijke consultatieronde in december 2009 reeds een reactie (Ref: 2009-206/MdG/tb). Het is plezierig te zien dat onze suggesties grotendeels terug te vinden zijn in het nu voorliggende concept. Wel willen wij opnieuw aandacht vragen voor de ontwikkeling van de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor diabetes hulpmiddelen. De financiering van dergelijke trajecten blijkt tot dusverre nauwelijks te realiseren, hetgeen tot onnodige stagnatie leidt. In het conceptadvies kondigt u verder een nieuwe beoordeling aan van zelfcontrole door mensen met diabetes type 2, die geen insuline gebruiken of die nog niet uitbehandeld zijn met orale bloed glucoseverlagende middelen. De NDF onderschrijft een dergelijke herbeoordeling van harte.

Standpunt NDF

Samenvattend is de NDF van mening dat het Pakketadvies 2010 op een aantal punten een positieve bijdrage is aan de kwaliteit van zorg voor mensen met diabetes. Daarnaast vraagt de NDF opnieuw aandacht voor drie onderwerpen:

- het daadwerkelijk realiseren van aanvullende dataverzameling in het kader van de subsidieregeling voor tijdelijke financiering innovatie;
- de afstemming tussen de verschillende domeinen van preventie en de financiering van de verschillende vormen van preventie;
- het oplossen van de financiële belemmeringen voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen.

Desgewenst zijn wij uiteraard graag bereid om onze reactie nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
NEDERLANDSE DIABETES FEDERATIE



Mr. drs. H.P. Kuipers
Directeur

Nederlandse Diabetes Federatie
T.a.v. de heer mr. drs. H.P. Kuipers
Stationsplein 139
3818 LE AMERSFOORT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
NDF 2010-018/MdG/lm

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025519

Behandeld door
J.C. de Wit
M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Kuipers,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

U bent verheugd over en onderschrijft de adviezen die het CVZ eerder heeft uitgebracht over Stoppen-met-roken, Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket en het standpunt over Voetzorg voor mensen met diabetes. Ook geeft u aan dat u uw inhoudelijke inbreng voor het systeemadvies over de functiegericht omschrijving van de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel grotendeels terugvindt in het voorgelegde conceptadvies.

Het CVZ zal uw organisatie inhoudelijk consulteren bij de beoordeling van de zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 (die geen insuline gebruiken of die nog niet uitbehandeld zijn met orale bloedglucoseverlagende middelen) en de continue glucose-monitoring.

U vraagt specifieke aandacht voor een drietal onderwerpen. Ten eerste voor het daadwerkelijk realiseren van aanvullende dataverzameling in het kader van de voorwaardelijke financiering van innovaties. Ten tweede voor de afstemming tussen de verschillende domeinen van preventie en de financiering van de verschillende vormen van preventie. Tot slot vraagt u aandacht voor het oplossen van de financiële belemmeringen voor de ontwikkelingen van multidisciplinaire richtlijnen.

Over uw eerste aandachtspunt merk ik op dat het CVZ-advies over dit onderwerp juist is bedoeld om te waarborgen dat aanvullende dataverzameling plaatsvindt, zodat dat na afloop van die tijdelijke financiering een weloverwogen pakketbeslissing kan worden genomen. Het CVZ wacht op dit moment op de reactie van de minister op het advies uit december 2009. Terecht wijst u op het onderwerp preventie. Het onderscheid tussen selectieve en geïndiceerde preventie evenals de daaruit voortvloeiende verschillen in financieringswijze heeft het CVZ ook onderkend. Om die reden heeft het CVZ dit onderwerp opgenomen op de Pakketagenda.


2/ZA/2010025519

De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen is primair de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Ik stel voor dat u zich voor dit onderwerp wendt tot de in 2009 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnstalleerde Regieraad Kwaliteit van Zorg.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor Zorgverzekeringen
ter attentie van mw. M. A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk : nvab.bri.61
Betreft : deelrapport hulpmiddelenzorg 2010
Datum : 11 februari 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB) maakt gebruik van de gelegenheid om commentaar te leveren bij het conceptdeelrapport 'Hulpmiddelenzorg 2010', toegestuurd op 14 januari jl. Het commentaar is beperkt tot paragraaf 4.a. van het conceptadvies, betrekking hebbend op audiologische hulpmiddelen.

Het concept is, naar de mening van NVAB, consistent en het houdt belangrijke verbeteringen in om slechthorenden adequaat te kunnen revalideren. NVAB ondersteunt de voorgestelde verruiming van indicatiecriteria. NVAB onderschrijft ook het voorstel om deels-implanteerbare hoortoestellen in een DBC te verdisconteren en om de BAHA met softband hiervan uit te zonderen. NVAB ziet het als winst, dat als gevolg van de functiegerichte omschrijving ook aanvullende hoorhulpmiddelen meer nadrukkelijk aandacht krijgen.

NVAB plaatst kanttekeningen bij drie onderdelen van het concept:

1. Op bladzijde 17 wordt gesproken over een 'basissegment' in het aanbod aan hoortoestellen. De formulering kan leiden tot een ernstig misverstand. Er bestaat geen type hoortoestel dat kan worden beschouwd als een voor iedere gebruiker toereikende voorziening.
2. Op bladzijde 20 wordt het belang van protocollen genoemd. De tekst is terecht genuanceerd. NVAB is het met de nuancering eens en wil deze onderstrepen. Protocollen kunnen leiden tot een verbeterd en transparanter proces om een adequaat hoortoestel te selecteren. Protocollen zullen echter niet leiden tot een 'instrumentele' keuze voor dat ene toestel dat onomstotelijk het enig juiste is voor deze cliënt. De keuze voor een hoortoestel is altijd een compromis tussen wat wenselijk en wat haalbaar is en daarbij spelen individuele wensen en ervaringen van de cliënt een belangrijke rol.

Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven - NVAB
Reitseplein 1
Postbus 90154
5000 LG TILBURG
telefoon: 013 59 44 768
fax: 013 59 44 770
info@nvab.nl
www.nvab.nl
verenigingsregister nummer: 40476020

3. Het deelrapport adviseert onder meer om voor hoortoestellen niet langer een vergoedingslimiet te hanteren. NVAB ontraadt dit. Zonder vergoedingslimiet wordt het budget onbeheersbaar, of zal de keuzevrijheid van de cliënt zwaar onder druk komen. Waarschijnlijk zullen zelfs beide ongewenste effecten optreden.

In onderstaande worden deze drie bemerkingen nader toegelicht.

1. Een voor iedere hoortoestelgebruiker toereikende basisvoorziening bestaat niet.

Op bladzijde 17 van het conceptadvies wordt gesteld, dat *'een aantal functionaliteiten (zoals luisterspoel, ruisonderdrukking, feedbackonderdrukking, en hoortoestellen met meer microfoonsrichtinggevoeligheid) (...) in het basissegment beschikbaar (zouden) moeten zijn'*. Het conceptadvies ontleent deze stelling aan bladzijde 101 van de PACT-studie waarnaar het conceptadvies op verschillende plaatsen verwijst. Zowel in de PACT-studie als in het advies worden bij deze ogenschijnlijk heldere stelling enkele slagen om de arm gehouden. De beide documenten spreken van *'functionaliteiten, zoals....'*. Dit roept de vraag op, om welke functionaliteiten het nu precies gaat. Beide stukken leren dat *'vele gebruikers'* bij die functionaliteiten baat hebben. Dat roept de vraag op, of die functionaliteiten inderdaad aan alle gebruikers moeten worden aangeboden en of de combinatie van deze functionaliteiten en vooral het ontbreken van andere functionaliteiten voor sommige gebruikers niet juist tot een inadequate oplossing leiden.

Ook NVAB is van oordeel dat hoortoestellen in elk geval de functionaliteiten moeten bieden waarvan de werkzaamheid is bewezen en waarbij de individuele cliënt voorspelbaar baat heeft. NVAB wil er echter voor waarschuwen dat uit de studie en het conceptadvies de indruk zou ontstaan, dat er bij hoortoestellen een voor iedere slechthorende adequate 'basisvoorziening' kan worden gedefinieerd. Zorgverzekeraars zouden slechthorenden een slechte dienst bewijzen, wanneer ze in hun inkoopbeleid zouden aansturen op het in overwegende mate selecteren van toestellen die over geen andere dan de combinatie van de vier beschreven specificaties beschikken.

2. Protocollering zal niet leiden tot een 'eenduidige' toestelkeuze.

Het conceptadvies onderstreept de waarde van verdergaande protocollering bij het aanmeten van audiologische hulpmiddelen. Audiciens zijn zich hiervan bewust en hebben op dit terrein, samen met de andere belanghebbende partijen, al belangrijke stappen gezet. In dit verband zij verwezen naar de door NOAH ontwikkelde 'veldnorm' en het daarbij behorende protocol en eveneens naar de normering van de Stichting Audicienregister. Misschien is nog enige winst te behalen door op basis van nader onderzoek te komen tot een verbeterde en meer eenvormige beschrijving van technische eigenschappen van in de markt beschikbare hoortoestellen en van de functies van die eigenschappen. Audiciens geloven echter niet dat het mogelijk is om tot een

zodanige classificatie van toestellen te komen, dat de keuze voor het meest geschikte toestel op louter deductieve wijze gemaakt kan worden. Het PACT-onderzoek zegt (op bladzijde 102) niet voor niets, *'(dat) er in de literatuur weinig concrete aanwijzingen gevonden kunnen worden om op het niveau van de individuele cliënt tot een eenduidige koppeling tussen beoogd functioneren (van de cliënt) en beoogd gebruik (van het hoorhulpmiddel) te komen'*. Het onderzoek beperkt de ambities van de schrijvers dan ook tot het ontwikkelen van *'... een instrument om te komen tot goed controleerbare procedures in het selectie- en aanpasproces'*. Ook naar de mening van NVAB zal méér niet bereikbaar zijn en hoeft met minder geen genoegen te worden genomen.

3. Afschaffing van vergoedingslimieten zet keuzevrijheid en budget onder druk.

Het conceptadvies houdt het afschaffen van de nu bestaande vergoedingslimieten voor hoortoestellen in. Dit voorstel past in de consistente redeneertrant van het conceptadvies. Niettemin ziet NVAB voldoende belangrijke redenen om dit voorstel te ontraden.

Beperking van keuzevrijheid

Gebruikers van hoortoestellen, zijn continu en voor de rest van hun leven aangewezen op het gebruik van het hulpmiddel. Het is dan ook niet verwonderlijk dat cliënten, vooral als ze al enige tijd van een hoortoestel gebruikmaken, een duidelijke mening hebben over het functionele nut en mogelijke functionele tekortkomingen van het toestel en ook over het gebruiksgemak, het comfort en de cosmetische aspecten ervan. De wensen van cliënten zijn weliswaar niet altijd uitsluitend zorginhoudelijk van aard, maar ze zijn daarom niet minder belangrijk voor de cliënt. Ze zijn vaak bepalend voor de vraag, of en in welke omstandigheden de cliënt het toestel gaat gebruiken. Audiciens ervaren, dat de vrijheid om te kiezen voor een toestel dat ook naar de eigen mening van de gebruiker 'passend' is, essentieel is voor de mate waarin de gebruiker voordeel ondervindt van de aanpassing.

Zorgverzekeraars hebben de opdracht om te vergoeden wat naar objectieve maatstaven functioneel is. De vrees lijkt gerechtvaardigd, dat de meer subjectieve, maar uiterst functionele wensen van de cliënt niet langer gerespecteerd zullen worden, wanneer de zorgverzekeraar ook hiervoor de rekening ontvangt.

Budgetbeheersing

Afschaffing van vergoedingslimieten zou het probleem oplossen van een dankzij die limieten ontstane gebrekkige marktwerking (bladzijde 19 van het advies). NVAB is nogal verbaasd over deze stelling. Hoortoestellen zijn in Nederland goedkoper dan in vrijwel ieder ander land binnen de Europese Unie. Rond hoortoestellen wordt vergelijkende prijsreclame gemaakt. Een enkele aanbieder adverteert ermee 'de laagste prijzen' te hanteren. Steeds meer functionaliteiten zijn beschikbaar in het lagere prijssegment. De markt doet kennelijk zijn werk.

Zorgverzekeraars hebben – door het bestaan van vergoedingslimieten- weinig belang bij het voeren van prijsonderhandelingen met leveranciers van hoortoestellen, aldus pagina 19 van het conceptadvies. Audicienbedrijven kunnen u verzekeren, dat er dan de laatste jaren heel wat 'belangeloos' onderhandeld is. NVAB vreest dat het afschaffen van een vergoedingslimiet niet zal leiden tot een *beter* inkoopgedrag, maar tot zorginkoop die eenzijdig gericht is op prijzen.

Het conceptadvies rekent alvast de besparingen in die het gevolg zijn van een door CVZ veronderstelde zuinigere zorginkoop en houdt desondanks rekening met een stijging van de kosten voor het verstrekken van audiologische hulpmiddelen. NVAB beschouwt die becijferingen als een slag in de lucht. NVAB zal zich dan ook inspannen om, desgewenst, betrouwbaardere cijfers te leveren.

Handhaving 'vrijwillige eigen bijdrage'

Afschaffing van een vergoedingslimiet zal ertoe leiden, dat de zorgverzekeraar moet kiezen tussen budgetbeheersing en ongebreidelde beperking van de keuzevrijheid van de cliënt. Te vrezen valt, dat deze spagaat zal leiden tot beide ongewenste effecten: én hogere uitgaven én minder keuzevrijheid. NVAB bepleit daarom een 'vrijwillige eigen bijdrage'¹ die het verschil compenseert tussen de aanschafprijs en het prijsgemiddelde van de in Nederland meest gekochte toestellen.

NVAB is graag bereid om dit commentaar nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven - NVAB



Paul Valk
directeur

¹ Een 'vrijwillige eigen bijdrage' wordt doorgaans omschreven als een 'eigen bijdrage over de top'. Een dergelijke eigen bijdrage past in het systeem van de Regeling Zorgverzekeringswet (Rzw). Een 'vrijwillige eigen bijdrage'¹ bestaat af bij pruiken (Rzv 2.8), bij verbandschoenen en allergeenvrije schoenen (Rzv 2.23) en bij sommige geneesmiddelen (Rzv 2.49). De wet kent ook 'verplichte eigen bijdragen', doorgaans omschreven als 'eigen bijdrage over de voet'. Deze voor ieder verplichte eigen bijdrage kent de wet slechts in gevallen waarin het hulpmiddel leidt tot een besparing op uitgaven voor een gemeen gebruikelijk consumentenproduct (bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor orthopedische schoenen –waarmee men confectieschoenen uitspaart- of op contactlenzen –waarmee men een bril uitspaart. Van een dergelijk besparing is bij hoortoestellen geen sprake. Een eigen bijdrage voor hoortoestellen zou dan ook een vrijwillige eigen bijdrage ('over de top') moeten zijn.

Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven
(NVAB)
T.a.v. de heer P. Valk
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
nvab.bri.61

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025847

Behandeld door
mw. E.C.M. Visser

Doorkiesnummer
(020) 797 87 75

Onderwerp
Consultatie deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Valk,

Hartelijk dank voor uw reactie op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

U bent van mening dat de voorstellen van het CVZ consistent zijn en belangrijke verbeteringen inhouden om slechthorenden adequaat te kunnen revalideren. De NVAB ondersteunt de voorgestelde verruiming van indicatiecriteria. De NVAB onderschrijft het voorstel om deels implanteerbare hoortoestellen in een DBC te verdisconteren en de BAHA met softband hiervan uit te zonderen. Ook het feit dat aanvullende hoorhulpmiddelen meer nadrukkelijk aandacht krijgen, ziet de NVAB als winst.

Ten aanzien van een aantal andere aspecten van de voorstellen plaatst u kanttekeningen. Het betreft de volgende aspecten.

Een voor iedere hoortoestelgebruiker toereikende basisvoorziening bestaat niet. Het CVZ noemt een aantal functionaliteiten van hoortoestellen die in het 'basissegment' beschikbaar zouden moeten zijn. De NVAB wil er echter voor waarschuwen dat uit de PACT-studie en het conceptadvies de indruk zou kunnen ontstaan, dat er bij hoortoestellen een voor iedere slechthorende adequate 'basisvoorziening' kan worden gedefinieerd. Ook uit reacties van andere partijen blijkt dat uit de tekst kennelijk het misverstand kan ontstaan dat een functiegericht systeem leidt tot verstrekking van één toestel met een aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn. Het CVZ heeft dit in zijn voorstellen allerminst willen suggereren. Omdat de tekst op dit punt kennelijk tot misverstanden leidt, heeft het CVZ dit in het rapport verduidelijkt.

Protocollering zal niet leiden tot een 'eenduidige' toestelkeuze

U verwijst naar hetgeen in de PACT-studie is gesteld ten aanzien van protocollering:
"Hoewel er in de literatuur weinig concrete aanwijzingen gevonden kunnen worden om op het niveau van de individuele cliënt tot een eenduidige koppeling tussen beoogd functioneren (van de cliënt) en beoogd gebruik (van het hoorhulpmiddel) te komen zijn er mogelijkheden een instrument te ontwikkelen om te komen tot goed controleerbare pro-

cedures in het selectie- en aanpasproces. Dit zal extra tijd vragen, maar de expertise en de wens om daar gezamenlijk vorm aan te geven zijn in het veld aanwezig”.

Het onderzoek beperkt de ambities met betrekking tot het protocolleren tot een instrument voor het selectie- en aanpasproces. De NVAB is van mening dat niet méér bereikbaar zal zijn en dat met minder geen genoegen behoeft te worden genomen.

Het CVZ heeft het belang van protocollering in zijn rapport benadrukt, maar is zich ervan bewust dat een dergelijk protocol vooral procesmatig van aard zal zijn. Het CVZ heeft dit in het rapport genuanceerd.

Afschaffing van vergoedingslimieten zet keuzevrijheid en budget onder druk

De NVAB ontraadt het advies van het CVZ om niet langer een vergoedingslimiet te hantieren. Zonder vergoedingslimiet wordt het budget onbeheersbaar, of zal de keuzevrijheid van de cliënt zwaar onder druk komen, zo stelt u. De NVAB vreest dat zelfs beide ongewenste effecten zullen optreden. Om deze reden adviseert de NVAB een vrijwillige eigen bijdrage die het verschil compenseert tussen de aanschafprijs en het prijsgemiddelde van de in Nederland meest gekochte hoortoestellen. Uw voorstel komt in feite neer op het handhaven van een vergoedingslimiet (een eigen bijdrage over de top).

De door u voorgestelde 'vrijwillige eigen bijdrage' is nagenoeg een kopie van de huidige verstrekkingregeling, met alle nadelen van dien. De nadelen van vergoedingslimieten zoals die sinds jaar en dag voor hoortoestellen gelden, zijn in het rapport verwoord. Het CVZ ziet geen aanleiding zijn voorstel op dit punt te wijzigen.

Het CVZ is van mening dat keuzevrijheid voor de patiënt weliswaar belangrijk is, maar dat deze zich zal moeten verhouden tot vraagstukken rondom grenzen van de zorg. Een beperking van de keuzevrijheid behoeft niet tot kwaliteitsverlies te leiden. Hier geldt het belang van protocollering, waarmee een goede match wordt verkregen tussen hoorbehoefte en hooroplossing.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het deelrapport Hulpmiddelenzorg. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kun u vinden op onze website www.cvz.nl.

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

bezoekadres
Churchillaan 11
Utrecht

postadres
Postbus 169
3500 AD Utrecht

(tekst)telefoon
(030) 291 66 00

fax
(030) 297 01 11

banknummer
22.65.32.003

e-mail
bureau@cg-raad.nl

internetadres
www.cg-raad.nl

College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht 11 februari 2010
Kenmerk: S10-0124/A1.01/PV/PC/SdR/mhg
Betreft: Pakketadvies CVZ 2010
Inlichtingen bij: Piet Vreeswijk

Geachte heer Boer,

Het bestuur van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) geeft graag gehoor aan uw verzoek om een reactie op uw pakketadvies (CVZ 2010). In onze reactie richten wij ons op de voor ons zwaarst wegende onderdelen uit uw advies. Het betreft achtereenvolgens de volgende onderwerpen:

1. Uitstroomadviezen: criterium 'noodzaak', off-labelgebruik geneesmiddelen, eenvoudige hulpmiddelen, dieetvoeding
2. Systemadviezen: nieuwe en eerdere systemadviezen, heroriëntatie hulpmiddelen, voorwaardelijke financiering
3. Te verzekeren prestaties
4. De financiële gevolgen van uw advies

Wij hopen dat onze visie op deze thema's bijdraagt aan herziening en bijstelling van uw advies.

Wij zijn uiteraard graag bereid onze standpunten nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Drs. A.A.R.G. Poppelaars,
Directeur Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad)



S10-0124

-2-

Reactie CG-Raad op het pakketadvies CVZ 2010

Voordat wij inhoudelijk op enkele elementen uit het pakketadvies 2010 ingaan, maken wij een algemene opmerking over de (onvoorziene?) neveneffecten die voorgestelde pakketverkleiningen hebben op de inkomenspositie van mensen met een handicap of chronische ziekte. In de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) geldt het gebruik van bepaalde hulpmiddelen of medicijnen als een criterium voor vergoeding van meerkosten. Dit betekent bijvoorbeeld dat het geheel schrappen van eenvoudige hulpmiddelen uit het pakket, gebruikers uitsluit van een Wtcg-tegemoetkoming. Dit probleem doet zich ook voor bij dieetpreparaten. Dergelijke effecten dienen meegewogen te worden bij de keuzes die er in dit pakketadvies gemaakt worden.

1. Uitstroomadviezen

Evaluatie uitstroomadviezen

De CG-Raad pleit ervoor evaluatieonderzoeken van eerdere uitstroomadviezen te betrekken bij dit pakketadvies. De casus van de sta-op-stoelen leent zich hier goed voor. Het is bekend dat de verkoopcijfers van deze stoelen met ongeveer negentig procent zijn gedaald. Een verkoopdaling van deze omvang roept vragen op naar de effecten van uw advies. Was er door dit advies meer inzet nodig van mantelzorgers? Leidde het advies tot snellere indicaties voor intramurale zorg? Hebben meer mensen door een onfortuinlijke val een trauma opgelopen? Heeft er een verschuiving plaatsgevonden naar duurere hulpmiddelen?

Pakketcriterium 'noodzaak'

U constateert terecht dat er oneigenlijke elementen in het spel zijn bij het hanteren van het criterium 'noodzaak'. De CG-Raad is het echter niet eens met de suggestie hiervoor in de plaats het begrip 'ziektelast' te introduceren. Wij pleiten voor gebruik van het criterium 'medische noodzaak'.

De CG-Raad is het oneens met een apart criterium 'algemeen gebruikelijk' waarin kosten, leeftijd en toegankelijkheid meewegen om te beoordelen of iets al dan niet in het pakket wordt opgenomen.

Principieel gezondheidskundige redenen vereisen dat hulpmiddelen niet in de 'markt' terecht komen, want daarmee komt de procesmatige zorg die erbij hoort, al gauw in de knel. Zie voor nadere toelichting onder meer ons commentaar op de eenvoudige loophulpmiddelen.

Off-labelgebruik geneesmiddelen

De CG-Raad vraagt u uitdrukkelijk bij de pakketadvisering rekening te houden met het off-labelgebruik van medicijnen. Geneesmiddelen kunnen een positieve uitwerking hebben op bepaalde aandoeningen; een andere uitwerking dan die waarvoor het geneesmiddel aanvankelijk is bedoeld.



S10-0124

-3-

Wanneer op grond van praktijkervaringen een medicijn off-label wordt voorgeschreven, zou de verstrekking ervan volgens de CG-Raad onder de aanspraak farmaceutische zorg moeten vallen. Tevens pleit de CG-Raad voor een mogelijkheid voor off-label gebruik van medicijnen die niet in het pakket zijn opgenomen.

Hieronder wordt ingegaan op een aantal problemen die wij voorzien als onderstaande medicijnen niet langer vergoed worden. In algemene zin geldt voor ál deze medicijnen het belang van maatwerk. Maatwerk moet te allen tijde blijven prevaleren bij de verstrekking van medicijnen. Ook medicijnen die voor een grote groep mensen kunnen worden aangeduid als algemeen gebruikelijk, kunnen voor mensen met een chronische aandoening noodzakelijke zorg zijn. Voor die groep mensen moet de medicatie toegankelijk zijn en vergoed worden.

In 2009 zijn de *benzodiazepinen* uit het vergoedingssysteem voor geneesmiddelen gehaald. Patiënten die zo'n middel off-label krijgen voorgeschreven bij spasmen of ernstige pijnklachten, krijgen hier geen vergoeding meer voor.

Vanaf 1 januari 2010 komen geneesmiddelen met *acetylcysteïne* als enige werkzame stof niet meer in aanmerking voor vergoeding. De reden: acetylcysteïne komt in geen enkele richtlijn voor. Een richtlijn is echter bedoeld ter ondersteuning en advisering van de behandelaar. Een middel dat niet de eerste keuze is in een richtlijn, is daarmee nog geen waardeloos geneesmiddel.

Ook zijn alle middelen die *mercapto-ethaansulfonzuur* bevatten verwijderd uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Deze middelen zijn voor een groep patiënten met een ernstige chronische luchtwegaandoening soms het laatste redmiddel. Sommige patiënten werd zo'n middel gedurende vele jaren voorgeschreven en zij hadden er baat bij. Zij konden hierdoor blijven functioneren en hun toestand verslechterde niet. De groepen waar het hier om gaat zijn veelal te klein voor goed klinisch onderzoek. De middelen worden sowieso voorgeschreven aan kleine patiëntenpopulaties met aandoeningen als cystic fibrosis, longfibrose en primaire ciliaire dyskinesia. Een arts zal voortaan alleen nog mucolytica voorschrijven als het middel dat als eerste keuze is beschreven in de richtlijn niet werkt of als de patiënt last krijgt van bijwerking van de voorgeschreven middelen.

Dornase alfa wordt uitsluitend nog vergoed aan patiënten met cystic fibrosis. Dit middel is echter ook van grote betekenis voor andere patiënten met chronisch obstructief longlijden.



S10-0124

-4-

De CG-Raad verzoekt dringend een uitzondering te maken voor de kleine groep patiënten met een ernstige chronische luchtwegaandoening en voor deze groep de mucolytica als verzekerde prestatie beschikbaar te stellen.

Anticonceptiemiddelen

Anticonceptiemiddelen worden behalve ter voorkoming van zwangerschap gebruikt als een mogelijke oplossing voor endometriose. Sommige middelen zijn ook geregistreerd als werkzaam bij endometriose (duphaston), andere anticonceptiemiddelen zijn dat niet.

Anticonceptiemiddelen worden eerste keuze in therapie bij endometriose omdat ze relatief goedkoop zijn (kosteneffectief) en weinig bijwerkingen hebben. Anticonceptiemiddelen zijn bij de behandeling van endometriose noodzakelijk en effectief: specialisten schrijven ze al jaren als eerste keuze voor. Bij veel vrouwen met endometriose voldoet dit middel: de klachten verminderen.

Als voor het goedkoopste anticonceptiemiddel wordt gekozen, blijkt soms een duurder middel noodzakelijk. In het pakketadvies 2010 geeft u aan dat 'geringe kosten van de goedkoopste eerste keuzemiddelen maken dat de zorg voor eigen rekening kan komen van de patiënt'.

De CG-Raad meent dat deze redenering principiële onjuist is. Als zorg noodzakelijk is, behoort deze te worden opgenomen in het basispakket, ook als die zorg goedkoop is.

Voor de groep vrouwen met endometriose is het goedkoopste middel ook niet altijd het juiste middel. In een zorgvuldig zoekproces wordt vaak uitgezocht welk anticonceptiemiddel de juiste keuze van behandeling blijkt te zijn.

Als de anticonceptiepil ook voor vrouwen met endometriose uit het pakket verdwijnt, wordt waarschijnlijk gezocht naar een oplossing in de vorm van vervolgmiddelen, die nog wel vergoed worden. Deze middelen hebben meer bijwerkingen en zijn duurder.

U adviseert een uitzondering te maken voor het hormoonspiraaltje 'indien dit wordt toegepast voor klachten van gynaecologische aard'.

De CG-Raad adviseert om vergoeding via het basispakket voor vrouwen met endometriose en andere aandoeningen te handhaven. Deze uitzondering gaat op voor alle geneesmiddelen die noodzakelijk zijn voor de aandoening en die al dan niet off-label worden voorgeschreven.

Eenvoudige loophulpmiddelen

Uw uitleg van het begrip 'algemeen gebruikelijk' maakt dit advies voor de CG-Raad onacceptabel. Deze interpretatie maakt uw advies inconsistent vanuit het oogpunt van een functiegerichte benadering en door het kostenverhogende effect ervan op de zorg. De CG-Raad is het verder geheel oneens met de wijze waarop u loophulpmiddelen koppelt aan heroriëntatie.



S10-0124

-5-

U stelt dat een rollator een 'algemeen gebruikelijke voorziening' is. Een rollator kan niet als algemeen gebruikelijk worden omschreven, omdat dit hulpmiddel vanwege zijn functionaliteit (handhaven van het evenwicht en ondersteuning bij het lopen) alleen wordt gebruikt door mensen met evenwichts- en/of loopproblemen. Een beperkte groep mensen heeft loopproblemen. U zou positief handelen door het gebruik van krukken bij een DBC toe te kennen bij heup- en beenbreuken.

Het tweede argument dat u gebruikt is dat van de financiële toegankelijkheid. In de notitie Pakketbeheer 1 stelt CVZ dat het nadeel van een criterium 'financiële toegankelijkheid' ligt in het ontbreken van een cumulatieplafond voor alle eigen uitgaven en bijdragen in de zorg. Dit argument gaat ook op voor deze loophulpmiddelen. Het weren van loophulpmiddelen uit het pakket heeft een averechtse uitwerking in de sfeer van eigen bijdragen.

Waar het volgens de CG-Raad om gaat:

- De effectiviteit van eenvoudige loophulpmiddelen
- De betekenis van de beschikbaarheid van eenvoudige loophulpmiddelen voor de integrale zorg aan mensen met loopproblemen.

U heeft tot nu toe geen vraagtekens gezet bij de inzet van loophulpmiddelen door de betrokken beroepsgroepen. De behandeling van mensen met loopproblemen met eenvoudige loophulpmiddelen is functioneel en effectief. Een andere vorm van effectiviteit van loophulpmiddelen is preventie van ongevallen. Er zijn weinig mensen die zelf de stap zetten naar het gebruik van een loophulpmiddel. Aandacht voor loopproblemen en de oplossing ervan is en blijft een belangrijke taak van huisartsen.

Het is opvallend dat er steeds meer aandacht komt voor preventie, ook in het pakketadvies 2010. De inzet van eenvoudige loophulpmiddelen heeft een preventief effect: het voorkomen van vallen en daarmee van heup- en beenbreuken. Dergelijke breuken kunnen verstrekkende gevolgen hebben voor betrokkenen. Het gericht inzetten van loophulpmiddelen werkt kostenbesparend, in de sfeer van specialistische zorg, verpleging en verzorging. De voorgestelde besparing van negen miljoen euro zou wel eens kunnen leiden tot een veelvoud aan extra uitgaven.

De CG-Raad heeft grote moeite met de manier waarop u het advies koppelt aan de heroriëntatie. Het belang van een thematische benadering wordt onderstreept en aangevoerd als argument om de loophulpmiddelen over te hevelen naar de Wmo. Wanneer u voorafgaand aan de heroriëntatie had gesteld dat de loophulpmiddelen uit het pakket verdwijnen, dan had de thematische benadering geen enkele betekenis gehad, en evenmin de basis kunnen vormen van uw advies over heroriëntatie.



S10-0124

-6-

Het zou van consistentie getuigen als u in dit advies het thematische argument van de heroriëntatie had gehandhaafd, ook al verschilt de CG-Raad op dit punt met u van mening.

Dieetvoeding

De CG-Raad is van mening dat dieetvoeding en dieetzorg in het basispakket thuishoren. Want dieetvoeding wordt voorgeschreven als er functioneringsproblemen zijn die worden veroorzaakt door gediagnosticeerde aandoeningen of stoornissen. Verder mag dieetvoeding immers alleen onder medisch toezicht worden gebruikt.

U stelt dat het toepassen van dieetvoeding 'uitsluitend om te voeden geen geneeskundige zorg is en om die reden niet thuishoort in de zorgverzekering'. Vervolgens concludeert u heel snel dat 'daarom alle dieetpreparaten uit het verzekerde pakket kunnen worden verwijderd'. U gaat daarmee voorbij aan het gegeven dat dieetpreparaten onder geneeskundige zorg horen, dus onder de basiszorg.

Dieetpreparaten worden ingezet/voorgeschreven:

- Alleen als normale, eventueel aangepaste voeding onvoldoende is.
- Aan patiënten in een (veelal) ernstige situatie.

Dieetpreparaten zijn:

- Een geïntegreerd onderdeel van de behandeling van ziekten als kanker, COPD, maag-darmaandoeningen.
- Opgenomen in de richtlijnen van medische professionals.
- Specifiek afgestemd op de patiënt.
- De enige mogelijke behandeling bij stofwisselingsziekten, koemelkallergie en als de patiënt als gevolg van een ziekte volledig afhankelijk is van sondevoeding.

Dieetpreparaten vervangen nooit de normale voeding, tenzij de patiënt volledig afhankelijk is van sondevoeding.

Een dieetpreparaat mag uitsluitend worden gebruikt onder medisch toezicht.

Kortom: de reden die u aanvoert om te bewijzen dat dieetvoeding uitsluitend om te voeden geen geneeskundige zorg is en daarom niet thuishoort in de zorgverzekering is hier niet aan de orde.

Bovendien heeft wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat dieetpreparaten kosteneffectief zijn. Ze verkorten de ligduur in ziekenhuizen, voorkomen complicaties en verergering van de ziekte en versnellen wondgenezing.



S10-0124

-7-

Voor een meer gedetailleerde reactie op het onderdeel dieetpreparaten verwijs ik u overigens naar de brief die de stuurgroep Ondervoeding u mede namens de CG-Raad gestuurd heeft.

2. Systeemadviezen

Nieuwe systeemadviezen

De CG-Raad is het eens met de functiegerichte omschrijvingen, zoals die over de gehoorfunctie, over de functie van mictie en defecatie, stoornissen aan het hematologisch systeem en in de bloedsuikerspiegel. De CG-Raad heeft in het verleden herhaaldelijk aangedrongen op de toepassing van de ICF en waardeert het dat die toepassing hier aan de orde is. Eenzelfde waardering geldt voor de relatie die gelegd wordt met protocollering, die vormt immers een voorname randvoorwaarde voor goede uitvoering van de systeemwijzigingen.

Eerdere systeemadviezen

De CG-Raad herkent de onvolkomenheden in de Zorgzwaarte Systematiek die ook u signaleert. Wij waarderen het dat hier aandacht voor is. Wij vragen nadrukkelijk aandacht voor functioneringsproblemen van mensen met lichamelijke beperkingen, bezien in het licht van de onvolkomenheden die de huidige systematiek met zich meebrengt voor onder meer zintuiglijk gehandicapten, beademingspatiënten en mensen met niet aangeboren hersenletsel. Er is een discrepantie tussen wat zij nodig hebben en wat hen wordt geboden via de zorgzwaarte pakketten.

Wij benadrukken de wenselijkheid van toepassing van de ICF bij herformulering van de grondslagen. Wij willen graag betrokken worden bij het door u aangekondigde nader onderzoek.

Heroriëntatie hulpmiddelen

De CG-Raad heeft u al vorig jaar laten weten het oneens te zijn met de rapporten 1 en 2.

Voorwaardelijke financiering

Bij de presentatie van het CVZ-rapport heeft de CG-Raad zijn waardering uitgesproken voor de gehanteerde benadering en de wijze waarop CVZ deze benadering inhoud en vorm geeft. Hierbij komt er meer ruimte voor innovaties.



S10-0124

-8-

3. Te verzekeren prestaties

De CG-Raad vindt het belangrijk dat verpleegkundige zorg in het kader van langdurige zorg en behandeling gegeven kan blijven worden in de care (AWBZ). Deze zorg blijft op die manier bijdragen aan het verhelpen van functioneringsproblemen van mensen met een langdurige zorgvraag, vertraagt verslechtering van de situatie of ondersteunt mensen bij het kunnen blijven deelnemen aan de samenleving en/of blijven wonen en leven in eigen omgeving/huis.

Verpleegkundige zorg die gericht is op genezing, een kortdurend karakter heeft en onder actief toezicht en in opdracht van een geneeskundig specialist plaatsvindt, kan in principe in de cure (Zorgverzekeringswet) plaatsvinden. Deze verpleegkundige zorg is tijdelijk en kortdurend.

Wij hebben waardering voor uw benadering van verpleegkundige zorg bij herstructurering in de verdeling van hulpmiddelen voor extramuraal gebruik en hulpmiddelen in het kader van de DBC's. De CG-Raad pleit voor een soortgelijke benadering bij de verpleegkundige zorg in de Zvw en de AWBZ. U gebruikt hierbij het criterium van uitvoering van de behandeling of verrichting onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De CG-Raad vindt dat hiermee het verschil tussen cure en care goed wordt verhelderd.

4. Financiële gevolgen advisering

Er is grote onduidelijkheid over hoe pakketbeheer zich verhoudt tot het financiële beheer. Al eerder sprak de CG-Raad hierover zijn bezorgdheid uit. U benadrukte in antwoord hierop dat deze verhouding zich beperkt tot een beoordeling of een verzekerde prestatie voldoet aan eisen van wetenschappelijk inzicht en praktijkervaringen en aan overige pakketcriteria. De CG-Raad wil van u graag een overzicht ontvangen waaruit blijkt dat die geen enkele taakstelling omvat, maar die uitsluitend een weergave is van kosten en baten van uw advisering.

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
De heer drs. A.A.R.G. Poppelaars
Postbus 169
3500 AD UTRECHT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
S10-0124/A1.01/PV/PC/SdR/mhg

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025799

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Poppelaars,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Uw reactie is ook te beschouwen als reactie van de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO). Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Algemeen

U merkt op dat de door het CVZ voorgestelde pakketverkleiningen neveneffecten kunnen hebben op de inkomenspositie van mensen met een handicap of chronische ziekte. Dit omdat in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) het gebruik van bepaalde hulpmiddelen of geneesmiddelen als criterium gelden voor de vergoeding van meerkosten die deze mensen maken.

Het CVZ realiseert zich dat de door u opgemerkte neveneffecten zich zouden kunnen voordoen. Een dergelijk neveneffect kan echter geen reden zijn om voorzieningen die niet tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren of die op grond van de pakketprincipes niet (langer) zijn aan te merken als een te verzekeren prestatie in de Zvw te handhaven. Mochten de door u gestelde effecten zich voordoen, ligt een aanpassing van de berekeningssystematiek Wtcg meer voor de hand. Het CVZ brengt dit onder de aandacht van de minister.

Evaluatie uitstroomadviezen

U pleit ervoor evaluatieonderzoeken van eerdere uitstroomadviezen te betrekken bij het pakketadvies. De casus van de sta-opstoel leent zich daar naar uw mening goed voor. U schetst daarbij een aantal ontwikkelingen die onderdeel van een dergelijke evaluatie zouden kunnen zijn.

Het CVZ zal een aantal van zijn adviezen evalueren. Op basis van een risico-analyse maakt het CVZ hierin een keuze.

Pakketcriterium 'noodzaak'

U geeft aan dat het CVZ terecht opmerkt dat er oneigenlijke elementen in het spel zijn bij het hanteren van het criterium 'noodzaak'. U bent het niet eens met het in plaats hiervoor hanteren van het begrip 'ziektelast' en pleit voor het criterium 'medische noodzaak'. Ook bent u het oneens met een apart criterium 'algemeen gebruikelijk', omdat principieel gezondheidskundige redenen vereisen dat hulpmiddelen niet in de 'markt' terecht komen, want daarmee komt de procesmatige zorg die erbij hoort al gauw in de knel.

Het CVZ is niet van mening dat het hanteren van het criterium 'noodzakelijkheid' oneigenlijke elementen bevat. Het CVZ wijst erop dat 'noodzakelijkheid' uit twee dimensies bestaat, namelijk 'ziektelast' en 'noodzakelijk te verzekeren', waarbij het CVZ van oordeel is dat de dimensie 'ziektelast' deel zal moeten uitmaken van de assessmentfase en de dimensie 'noodzakelijk te verzekeren' van de appraisalfase. Dit omdat bij de laatstgenoemde dimensie vooral maatschappelijke overwegingen aan de orde zijn. Het is het CVZ bekend dat u het oneens bent met het hanteren van het criterium 'algemeen gebruikelijk'. Hierover heeft eerder uitgebreide correspondentie met u plaatsgevonden. 'Algemeen gebruikelijk' is één aspect van het pakketprincipe noodzakelijkheid. Het gaat hier om de vraag of middelen die een groot deel van de bevolking voor eigen rekening aanschaf (gemeengoed) noodzakelijk te verzekeren zorg betreffen. Daarbij betreft het CVZ ook de eventuele meerkosten als gevolg van een aan de handicap aangepaste uitvoering van een dergelijk middel. Alle aspecten die het CVZ onderscheidt binnen de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' weegt het CVZ in samenhang. Het feit dat het CVZ een bepaald middel als algemeen gebruikelijk aanmerkt, heeft op zich geen doorslaggevende betekenis.

Off-label gebruik geneesmiddelen.

Op uw opmerking dat aanvaard off-label gebruik van geneesmiddelen onder de aanspraak farmaceutische zorg moet vallen wil ik in het kader van dit pakketadvies niet ingaan. Binnenkort brengt het CVZ een afzonderlijk advies uit over het off-label gebruik van geneesmiddelen.

Benzodiazepinen

U stelt dat patiënten met spierspasmen die benzodiazepine off-label krijgen voorgeschreven daar geen vergoeding meer voor krijgen. Deze stelling is op zich juist maar onvolledig. Bij de behandeling van spierspasme is diazepam het enige benzodiazepine dat hiervoor wel is geregistreerd. Off-label gebruik is in dit geval niet nodig. Op advies van het CVZ heeft de minister de vergoedingsvoorwaarden voor benzodiazepinen aangepast. Bij een verzekerde die niet ambulans is en dit middel gebruikt als spierrelaxans bij therapieresistente spierspasmen ten gevolge van een neurologische aandoening wordt diazepam wel vergoed.

Mucolytica

Wat betreft de uitstroom van mucolytica het volgende. Zowel acetylcysteïne als mercapto-ethaansulfonzuur zijn niet (bewezen) effectief voor de behandeling van chronisch obstructief longlijden. Ook de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ ziet daarom geen plaats meer voor deze middelen in de behandeling. Dit is het belangrijkste argument dat het CVZ adviseert oor uitstroom. Dat de richtlijnen deze middelen ook afraden, is een logisch gevolg van de wetenschappelijke bevindingen. Ook de beroepsgroepen zijn namelijk van mening dat deze middelen geen plaats meer hebben in de behandeling van chronisch obstructief longlijden.

Anticonceptiemiddelen.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd, dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. Het CVZ concludeert dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling (considerans) van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het CVZ adviseert daarom voor alle leeftijdsgroepen uitstroom van de zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap. Het gebruik van de anticonceptieve middelen die

voorgeschreven worden voor medische indicaties heeft het CVZ beoordeeld op basis van de pakketcriteria. Het CVZ adviseert op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid om deze middelen voor eigen rekening te laten komen.

Uw reactie heeft betrekking op een beperkter uitstroomadvies dan nu naar de Minister is gestuurd. De strekking van uw commentaar is in de optiek van het CVZ echter ook, in nog sterkere mate, van toepassing op het huidige advies. Hieronder gaat het CVZ in op uw brief.

U wijst er op dat anticonceptiemiddelen behalve ter voorkoming van zwangerschap ook worden voorgeschreven voor vrouwen met endometriose. Ze zijn dan eerste keuze omdat ze effectief en relatief goedkoop zijn en weinig bijwerkingen kennen. U bent bevreesd dat uitgeweken zal worden naar vervolgmiddelen die duurder zijn en meer bijwerkingen kennen als anticonceptiemiddelen niet langer vergoed worden. Het CVZ schat dit risico niet erg hoog in. (Huis)artsen zullen vanuit hun verantwoordelijkheid als behandelaar niet onnodig kiezen voor middelen met meer bijwerkingen. Patiënten zullen evenmin snel geneigd zijn op grond van de kosten aan te dringen op het voorschrijven van een middel met meer bijwerkingen.

Het CVZ is het met u eens dat een uitzonderingspositie voor het Mirenaspiraaltje niet consistent en niet wenselijk is. Er zijn inderdaad ook andere hormonale anticonceptiva die voor medische indicaties kunnen worden ingezet. Het CVZ komt daarom terug op zijn eerder gemaakte uitzondering voor het Mirenaspiraaltje, en adviseert de minister om alle anticonceptiva te laten uitstromen uit het te verzekeren pakket.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

In uw reactie op het advies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen geeft u aan de uitleg van het begrip 'algemeen gebruikelijk' onacceptabel te vinden. De term 'algemeen gebruikelijk' is in het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg uitgewerkt. De minister heeft in zijn reactie op het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg aangegeven, dat met het beoordelingskader een goede aanzet wordt gegeven tot een meer transparante beoordelingswijze van de hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet. Het CVZ, aldus de minister, onderbouwt ermee waarom niet alle verkrijgbare hulpmiddelen tot het verzekerde pakket behoren. Voorts geeft de minister aan dat het beoordelingskader goed aansluit bij de door hem gestelde beleidsdoelen.

Een rollator wordt niet alleen in medisch speciaalzaken verkocht en er is daarbij geen specifieke deskundigheid vereist. Op grond daarvan merkt het CVZ de rollator aan als algemeen gebruikelijk.

In uw reactie geeft u aan het oneens te zijn met de wijze waarop het CVZ het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen koppelt aan de heroriëntatie. Het CVZ maakt echter geen koppeling, maar geeft aan in welk perspectief het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, in relatie met het rapport Heroriëntatie Hulpmiddelen moet worden gezien. Het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen en het voorliggende advies staan los van elkaar. Op verzoek van de minister is het CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) te komen tot een voor de burger logischer ordening van de extramurale hulpmiddelenzorg. Dit heeft verzoek heeft geleid tot het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Al in het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (algemeen gebruikelijk en/of financieel toegankelijk) niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken. In zijn reactie op dat advies heeft de minister aangegeven dat hij de overwegingen van het CVZ begrijpt, maar op dat moment onvoldoende aanleiding zag om de vergoeding van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te beperken. De minister gaf aan dit vraagstuk eventueel te bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo. Vanwege het aanhouden van de besluitvorming over het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het Pakketadvies 2007 geeft het CVZ in het huidige advies aan in welk perspectief dit moet worden gezien

met het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen. Om het regeltechnische verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen, zijn in het voorliggende advies ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt betrokken.

U geeft verder aan dat het criterium 'financieel toegankelijk' een cumulatie van kosten tot gevolg kan hebben. U verwijst daarbij naar het rapport Pakketbeheer in de praktijk. In het rapport Pakketbeheer in de praktijk spreekt het CVZ niet over een nadeel van dit criterium als gevolg van het ontbreken van een cumulatie plafond. Het CVZ erkent dat de gevolgen van de adviezen kunnen leiden tot een cumulatie van kosten maar merkt daarbij op dat verzekeren dan mogelijk een beroep op bijzondere bijstand kunnen doen. In uw reactie onderstreept u het preventief effect dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen kunnen hebben. Het CVZ bestrijdt dit niet, maar is van opvatting dat burgers in deze ook een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Dieetvoeding.

Voor de reactie van het CVZ over dieetvoeding, verwijs ik naar de brief aan de Stuurgroep Ondervoeding d.d. 2 april 2010 (bijlage).

Nieuwe systeemadviezen

U heeft aangegeven het eens te zijn met de functiegerichte omschrijvingen zoals voorgesteld en spreekt haar waardering uit voor de toepassing van de ICF en de relatie die het CVZ legt met protocollering. U bent van mening dat dit immers een voorname randvoorwaarde voor een goede uitvoering van de systeemwijzingen vormt. Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om deze randvoorwaarde te realiseren. Dit betekent echter niet, dat de wet- en regelgeving niet kan worden omgevormd, zolang nog niet aan deze 'randvoorwaarde' is voldaan. Totdat protocollen en/of richtlijnen tot stand zijn gekomen, kunnen partijen nog de oude indicatiecriteria hanteren voor de uitvoering van de functiegerichte omschrijving (met uitzondering van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie). Het belangrijkste is dat wetenschappelijk onderbouwde ontwikkelingen (bijv. innovaties en uitbreidingen van indicatiegebieden) niet worden gefrustreerd door wet- en regelgeving.

Heroriëntatie hulpmiddelen

U bent het oneens met de eerder door het CVZ uitgebrachte rapporten over de Heroriëntatie hulpmiddelen. U hebt uw mening tijdens consultatieronde voor het rapport dat het CVZ in juli 2009 uitgebreid verwoord en naar aanleiding van dat rapport, samen met Zorgverzekeraars Nederland en de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, een alternatief voorstel voor de heroriëntatie ingediend. In zijn vervolgrapport over de heroriëntatie (november 2009) is het CVZ uitgebreid op uw zienswijze ingegaan.

Voorwaardelijke financiering

Het CVZ is blij met uw waardering voor het in december 2009 uitgebrachte rapport 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket'.

Te verzekeren prestaties

U spreekt uw waardering uit voor de benadering van het CVZ van verpleegkundige zorg bij herstructurering in de verdeling van hulpmiddelen voor extramuraal gebruik en hulpmiddelen in het kader van DBC's. U pleit voor een soortgelijke benadering bij de verpleegkundige zorg in de Zvw en AWBZ.

In het standpunt 'Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ' (augustus 2009) heeft het CVZ al aandacht besteed aan dit onderwerp. Het CVZ is van oordeel dat een wijziging van artikel 2.11 Bzv, waardoor een deel van de AWBZ-zorg wordt overgeheveld naar de Zvw, een aantal afbakeningsproblemen kan oplossen en een aantal gewenste ontwikkelingen binnen de eerste lijn mogelijk maakt. Het CVZ doet onderzoek naar de randvoorwaarden en om de uitvoeringsconsequenties van een dergelijke overheveling in beeld te brengen. In de loop van 2010 brengt het CVZ een definitief advies uit.


Financiële gevolgen advisering

Het CVZ heeft voor zijn pakketadvies geen financiële taakstelling opgelegd gekregen. Wel acht het CVZ de betaalbaarheid van het verzekerde pakket van groot belang. Om die reden besteedt het CVZ in het Pakketadvies 2010 ook uitgebreid aandacht aan de efficiencywinst die is te behalen met gepast gebruik en aan de rol die de betrokken partijen daarbij kunnen spelen. Het bevorderen van gepast gebruik is niet ingegeven door een bezuinigingsdoelstelling, maar is ingegeven door het leveren en verzekeren van kwalitatief de beste zorg. Dit laat onverlet dat het CVZ het ook zijn taak acht om het bestaande verzekerde pakket periodiek door te lichten op basis van de pakketcriteria.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Audiologische Industrie Nederland
Technologie voor het horen
www.blijfhoren.nl

College voor Zorgverzekeringen
Mevrouw M.A. Den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onze ref. : GAIN/brf2010-01/hpa/iv
Telefoon : (079) 353 1154
Onderwerp: Concept hulpmiddelen
rapport 2010

Zoetermeer, 11 februari 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om commentaar te geven op het concept Hulpmiddelen rapport 2010.

Algemeen

Het concept-rapport van CVZ bevat een aantal voorstellen die de kwaliteit van de gehoorrevalidatie ten goede komen. In het bijzonder geldt dit voor de criteria ten aanzien van de aanspraak op hoortoestellen. Hiervoor hebben wij grote waardering.

Onze vereniging onderschrijft ook de wenselijkheid om de volledige hooroplossing binnen één wettelijk kader te realiseren, namelijk binnen de Zvw.

Het CVZ stelt ten principale dat de hoorbehoefte uitgangspunt moet zijn voor de hooroplossing. Uiteraard onderschrijven wij dit principe dat deel uitmaakt van de Veldnorm. De gevolgtrekking van het CVZ dat de vergoedingslimieten moeten worden afgeschaft, deelt onze vereniging niet. De huidige budgetregeling betekent niet alleen keuzevrijheid voor de consument / patiënt, maar heeft daarnaast geleid tot veel technologische innovaties in de hoortoestellen, die vaak na korte periode ook beschikbaar komen in het lage prijssegment. Daarbij willen wij wél aantekenen dat de vergoeding niet is meegegroeid met de technologische ontwikkelingen van hoortoestellen.

Boerhaavelaan 40

Postbus 190, 2700 AD Zoetermeer
Telefoon (088) 400 84 77
Telefax (079) 353 13 65
E-mail: gain@fme.nl

GAIN/Brieven 2010-01
Pagina 1 van 3

FME CWM

Gelieerd aan de
Vereniging FME-CWM

Functionele aanspraak

Hoortoestellen hebben van oudsher een specifieke vergoedingsregeling, die rekening houdt met de kenmerken van hoortoestellen en de aanpassing ervan. Het systeem van functionele aanspraak met inbegrip van de matchmethodiek tussen beoogd gebruik en functioneren tot op productniveau, werkt mogelijk goed voor bepaalde groepen van medische hulpmiddelen. Dit geldt echter niet voor hoortoestellen. Het CVZ-rapport vermeldt dat er mogelijkheden "lijken te bestaan" voor het ontwikkelen van protocollen voor een matchmethodiek betreffende hoorbehoeften en oplossingen. Het is naar onze mening niet verantwoord om op basis van slechts een vermoeden zo een nieuw systeem te introduceren. Het gaat immers om het verstrekken van hulpmiddelen die voor het functioneren van mensen met een hoorhandicap uiterst belangrijk zijn.

Betekenis functionaliteiten

Hoortoestellen zijn verkrijgbaar in vele uitvoeringen en met een groot aantal functionaliteiten. Deze functionaliteiten zijn beschikbaar in uiteenlopende gradaties en prijs-kwaliteitverhoudingen. Het CVZ gaat in zijn voorstel uit van een basisvoorziening van hoortoestellen die beschikken over functionaliteiten als luisterspoel, ruisonderdrukking, feedbackonderdrukking en microfoonrichtinggevoeligheid. Deze algemene benamingen voor functionaliteiten zeggen echter weinig over de kwaliteit ervan. Decennia geleden waren er ook al toestellen verkrijgbaar die deze functionaliteiten bezaten. In het Oor-toestellen zijn niet uitgerust met luisterspoelen en hebben uit de aard der zaak geen richtinggevoelige microfoon. Voor veel consumenten/patiënten zal het een aderlating betekenen indien de keuzevrijheid voor deze categorie toestellen wordt uitgesloten.

Het belang van keuzevrijheid

Een kwalitatief goede oplossing rust op drie pijlers. Naast de kwaliteit van het hoortoestel en de kwaliteit van het aanmeten ervan, is de keuzevrijheid van de consument/ patiënt essentieel. Omdat keuzevrijheid als uitgangspunt reeds is vastgelegd in de Veldnorm, die door alle veldpartijen is onderschreven, laten wij een toelichting achterwege.

Complexiteit aanpassing hoortoestellen

Het CVZ-rapport gaat niet in op de complexiteit van de aanpassing van hoortoestellen. Uiterlijkheden zoals vorm spelen een niet onbelangrijke rol voor de keuze en het gebruik van een hoortoestel. Ook is een aantal niet meetbare zaken zoals klankkleur van grote betekenis voor de keuze.

Zoals hierboven aangegeven gaat het CVZ uit van een basisvoorziening van hoortoestellen over een aantal vastgestelde functionaliteiten. Een van die functionaliteiten is microfoonrichtinggevoeligheid. Ter illustratie van de complexiteit vermelden wij, zonder volledigheid na te streven, dat de functionaliteit richtinggevoelige microfoons vijf niveaus kent: vast, adaptief, meerkanaals, dynamisch en binauraal. De inzetbaarheid van deze niveaus is afhankelijk van de behoefte van en noodzaak voor de consument/patiënt.

Mocht binnen CVZ behoefte bestaan aan een nadere toelichting over de complexiteit van hoortoestellen in relatie tot de aanpassing ervan, dan zijn onze experts daar graag toe bereid.

Inkoopwinst zorgverzekeraars

Het uitgangspunt dat de hoorbehoefte uitgangspunt moet zijn voor de hooroplossing, brengt met zich mee dat de uiteindelijke keuze voor merk en type hoortoestel niet voorspelbaar is. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars moet plaatsvinden op basis van de uitkomsten van dit uitgangspunt. Hieruit volgt dat de inkoopvoordelen op grond van schaalvergroting niet aan de orde zijn en dat de verwachte opbrengsten van een ander inkoopbeleid van zorgverzekeraars niet erg realistisch zijn.

Conclusie

De hoorbehoefte als uitgangspunt nemen voor hooroplossingen, is reeds vastgelegd in de Veldnorm. Deze norm gaat uit van keuzevrijheid van de consument/patiënt. Indien zorgverzekeraars deze keuzevrijheid in hun inkoopbeleid niet respecteren, vrezen wij dat in Nederland vrijwel uitsluitend basishoortoestellen worden verstrekt met een lage prijs-kwaliteitverhouding. Dat is niet in het belang van de consument/patiënt, die het recht op de vrije keuze inclusief bijbetalingen voor een kwalitatief hoogwaardiger hulpmiddel, niet kan worden ontzegd.

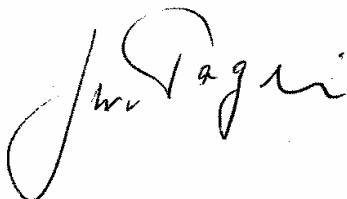
De vereniging GAIN is bereid wel expertise beschikbaar te stellen voor het ontwikkelen van protocollen die de keuze en aanpassing van hoortoestellen transparant maakt.

De hoogte van de vergoeding is naar de mening van de vereniging GAIN een politieke keuze. Omdat de minister bij het beantwoorden van Kamervragen heeft aangekondigd dat het CVZ ook op dit punt zal adviseren, geven wij in overweging een vergoedingbedrag te adviseren van € 687,-. De huidige regeling kent dit bedrag al. De andere, gestaffelde, vergoedingen en de gebruiksperiodes van zes en zeven jaar komen dan te vervallen. Het bedrag van € 687,- voor een gebruiksperiode van vijf jaar, zal de markt een nieuwe impuls geven om toestellen aan te bieden met een hoge prijs-kwaliteitverhouding. Daarmee wordt bovendien tegemoet gekomen aan de wens zoals in de Tweede Kamer geuit.

Vanzelfsprekend zijn wij graag bereid deze materie verder toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Vereniging GAIN



J.W. van Pagée,
voorzitter

Vereniging GAIN
T.a.v. de heer J.W. van Pagée
Postbus 190
2700 AD ZOETERMEER

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
GAIN/brf2010-01/hpa/iv

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025610

Behandeld door
mw. E.C.M. Visser

Doorkiesnummer
(020) 797 87 75

Onderwerp
Consultatie deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Van Pagée,

Hartelijk dank voor uw reactie op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

U bent van mening dat de voorstellen van het CVZ de kwaliteit van de gehoorrevalidatie ten goede komen. In het bijzonder geldt dit voor de criteria ten aanzien van de aanspraak op hoortoestellen. Hiervoor spreekt u uw waardering uit.

Ten aanzien van een aantal andere aspecten van de voorstellen plaatst u kanttekeningen. Het betreft de volgende aspecten.

Vergoedingslimieten en keuzevrijheid

Uw vereniging deelt niet de opvatting van het CVZ dat de vergoedingslimieten moeten worden afgeschaft. De huidige budgetregeling betekent naar uw mening niet alleen keuzevrijheid voor de consument/patiënt, maar heeft daarnaast geleid tot technologische innovaties in de hoortoestellen, die vaak na korte periode ook beschikbaar komen in het lage prijssegment. U tekent hierbij aan dat de vergoeding niet is meegegroeid met de technologische ontwikkelingen van hoortoestellen.

In verband hiermee geeft u het CVZ in overweging een maximum vergoedingsbedrag te adviseren van € 687,-. Een dergelijk vergoedingsbedrag zal de markt een nieuwe impuls geven om toestellen aan te bieden met een hoge prijs-/kwaliteitsverhouding.

Het CVZ is van mening dat u een iets te rooskleurige voorstelling geeft van de keuzevrijheid van verzekerden onder het huidige vergoedingsregime. Deze keuzevrijheid is in de huidige situatie vooral weggelegd voor de financieel meer draagkrachtige verzekerden, gezien het feit dat hoge bijbetalingen eerder regel dan uitzondering zijn.

Het CVZ is van mening dat keuzevrijheid voor de patiënt weliswaar belangrijk is, maar dat deze zich zal moeten verhouden tot vraagstukken rondom grenzen van de zorg. Een beperking van de keuzevrijheid hoeft niet tot kwaliteitsverlies te leiden. Hier geldt het belang van protocollering, waarmee een goede match wordt verkregen tussen hoorbehoefte en hooroplossing.

De door u voorgestelde maximum vergoeding is nagenoeg een kopie van de huidige verstrekingsregeling, met alle nadelen van dien. De nadelen van vergoedingslimieten zoals die sinds jaar en dag voor hoortoestellen gelden, zijn in het rapport verwoord. Het CVZ ziet dan ook geen aanleiding zijn voorstel op dit punt te wijzigen.

Tijdens de stakeholdersbijeenkomst hebt u de vraag gesteld of bijbetaling mogelijk is voor slechthorenden die 'meer' willen dan wat er conform de functiegerichte verstrekking voor hen beschikbaar is. In feite gaat het om de vraag of bijbetaling voor niet-gcontracteerde 'luxe' zorg mogelijk is. Deze vraag zal het CVZ pakketbreed oppakken (en dus niet alleen voor de hulpmiddelenzorg). Naar verwachting zal het CVZ hierover medio 2010 een standpunt innemen.

Functionele aanspraak

In het CVZ-rapport is vermeld dat er mogelijkheden 'lijken te bestaan' voor het ontwikkelen van protocollen voor een matchmethodiek tussen hoorbehoeften en oplossingen. U bent van mening dat het niet verantwoord is om op basis van slechts een vermoeden zo een nieuw systeem te introduceren.

Hoewel de door het CVZ gekozen terminologie aan de voorzichtige kant is, berust deze stelling niet slechts op een 'vermoeden' zoals u suggereert. In de samenvatting op het PACT rapport is hierover het volgende gesteld: *"Hoewel er in de literatuur weinig concrete aanwijzingen gevonden kunnen worden om op het niveau van de individuele cliënt tot een eenduidige koppeling tussen beoogd functioneren (van de cliënt) en beoogd gebruik (van het hoorhulpmiddel) te komen zijn er mogelijkheden een instrument te ontwikkelen om te komen tot goed controleerbare procedures in het selectie- en aanpasproces. Dit zal extra tijd vragen, maar de expertise en de wens om daar gezamenlijk vorm aan te geven zijn in het veld aanwezig".*

Aangezien het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH) – waar uw vereniging aan deelneemt – als klankbordgroep heeft gefungeerd bij de totstandkoming van het rapport, mag het CVZ veronderstellen dat partijen in het veld gezamenlijk vorm willen geven aan de gewenste protocollering. Uit uw reactie blijkt dat ook GAIN hieraan wil meewerken door zijn expertise beschikbaar te stellen.

Basisvoorziening

In uw brief gebruikt u tweemaal de term 'basisvoorziening'. U stelt dat het CVZ in zijn voorstel uitgaat van een basisvoorziening van toestellen die beschikken over functionaliteiten als luisterspoel, ruisonderdrukking, feedbackonderdrukking en microfoon-richting gevoeligheid. Daarnaast vreest u dat er in Nederland vrijwel alleen nog 'basishoortoestellen' zullen worden verstrekt als zorgverzekeraars de keuzevrijheid van verzekerden niet respecteren.

De term 'basisvoorziening' komt niet voor in het advies van het CVZ. Wel noemt het CVZ een aantal functionaliteiten van hoortoestellen die in het 'basissegment' beschikbaar zouden moeten zijn. Ook uit reacties van andere partijen blijkt dat hiermee kennelijk het misverstand kan ontstaan dat een functiegericht systeem leidt tot verstrekking van één toestel met een aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn. Het CVZ heeft dit in zijn voorstellen allerminst willen suggereren. Omdat de tekst op dit punt kennelijk tot misverstanden leidt, heeft het CVZ dit in het rapport verduidelijkt.

Wat betreft de keuzevrijheid van verzekerden verwijs ik u korthedshalve naar hetgeen hierover eerder in deze brief is gesteld. Uw vrees dat er in Nederland vrijwel alleen nog 'basishoortoestellen' zullen worden verstrekt, deelt het CVZ niet. Het gevolg van de nieuwe regelgeving zal immers zijn, dat alle partijen belang hebben bij een geprotocolleerde verstrekking van hoorhulpmiddelen. Bovendien hebben partijen de intentie uitgesproken om daadwerkelijk mee te werken aan de ontwikkeling daarvan.

3/ZA/2010025610

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het deelrapport Hulpmiddelenzorg. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kun u vinden op onze website www.cvz.nl.

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
T.a.v. mevrouw M.A den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 10 februari 2010
ons kenmerk 2010-75/DSB/01.01.01/PSch/hm
voor informatie Mw. drs. P. Schout
uw kenmerk ZA/2010001987
onderwerp **reactie concept pakket advies 2010**

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Telefoon
030 297 03 03

Fax
030 297 06 06

E-mail
npcf@npcf.nl

Website
www.npcf.nl

Postbank
370907

K.v.K.
40482340

Geachte mevrouw Den Haan,

Op 15 januari ontvingen wij het concept pakketadvies 2010. In uw begeleidende brief vraagt u om een reactie op het hoofdrapport en de daarin opgenomen nieuwe adviezen. Tevens vraagt u een reactie op de nieuwe adviezen uit het deelrapport hulpmiddelenzorg. De NPCF maakt graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op het conceptadvies te reageren.

Hoofdrapport

Gepast gebruik – geen onder- maar ook geen overbehandeling – is een belangrijk thema in het pakketadvies 2010. U stelt dat gezondheidszorg betaalbaar blijft door een doelmatige inzet van zorg. Gepast gebruik kan uitstroomadviezen voorkomen.

De NPCF ondersteunt deze visie. De patiënt is gebaat bij zorg die een passend antwoord geeft op zijn zorgvraag: zorg op maat die tijdig wordt ingezet. Van belang zijn de keuzes die gemaakt worden in het pakketbeheer in relatie met gepast gebruik. Gepast gebruik wil niet alleen zeggen gematigd gebruik. Het wil ook zeggen een tijdige inzet van expertise en preventie. Vanuit het perspectief van de patiënt zijn de volgende items van belang bij gepast gebruik: effectieve zorg, preventie, samenhangende zorg en zelfmanagement.

Effectieve zorg

Het opnemen van bewezen effectieve zorg en het uitsluiten van bewezen niet effectieve zorg is dan ook goed verdedigbaar.

Waar patiënten moeite mee hebben, is het uitsluiten/laten uitstromen van zorg die strikt genomen nog niet helemaal 'evidence-based' is maar waarvoor wel genoeg aanwijzingen zijn dat het werkt. Een aantal issues die hier spelen:

- Het bepalen van de uitkomstmaten

Er ontstaat een discrepantie als de meerwaarde voor patiënten in de kwaliteit van leven zit en het effectiviteitsonderzoek zich uitsluitend richt op fysieke waarden. Er zou consensus moeten zijn over de uitkomstmaten die gehanteerd worden in onderzoek dat de basis vormt voor pakketadviezen.



- Het bepalen van (kleine) indicatiegebieden
Gebrek aan onderzoek en richtlijnen kan leiden tot uitsluiting van bepaalde zorgvormen. Voor kleine indicatiegebieden en zeldzame aandoeningen zou in het pakketbeheer een duidelijke plaats moeten komen voor een meer 'practice-based' benadering van casestudies en expertopinie.

Preventie

Het voorkómen van problemen vermindert zorggebruik in de toekomst. Preventie die kansrijk is voor gezondheidswinst dient dan ook een duidelijke plaats te krijgen in het verzekerde pakket. Zeker als het gaat om preventie als onderdeel van een totaal zorgproces.

Samenhangende zorg

In het kader van het pakketbeheer is de inhoudelijke afstemming tussen preventie, cure en care van belang. Onderdelen van een samenhangend zorgproces dienen zo veel mogelijk binnen het zorgdomein gehouden te worden om een logische samenhang voor patiënten te bewerkstelligen. Dat ondersteuning een onderdeel is van de Wmo is voor ons een gegeven.

Zelfmanagement

Waar mogelijk heeft de patiënt zelf de regie in handen hetgeen hem minder afhankelijk maakt van zorgverleners. Dat vraagt om aandacht in het pakketbeheer voor zelfzorgmiddelen, ict-middelen en begeleiding naar zelfmanagement.

Nieuwe adviezen hoofdrapport

Dieetvoeding

Het CVZ redeneert dat dieetvoeding uitsluitend om te voeden geen geneeskundige zorg is en om die reden niet thuishoort in de zorgverzekering. Via een compensatieregeling (buiten de zorgverzekering) zouden burgers vervolgens gecompenseerd kunnen worden voor te hoge kosten van noodzakelijke dieetvoeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding vormt een belangrijk onderdeel van een samenhangend zorgproces en hoort daarmee volgens patiëntenorganisaties tot het zorgdomein. Het wordt ingezet tegen dreigende ondervoeding bij o.a. COPD patiënten, kankerpatiënten en patiënten met maagdarmziekten. Dieetpreparaten, meestal een noodzakelijke aanvulling op de normale voeding, leveren een belangrijke bijdrage aan het herstel van de patiënt. Een tijdige en juiste inzet van dieetvoeding bij ernstig zieke mensen is een vorm van gepast gebruik. Voor deze patiënten zouden dieetpreparaten tot de verzekerde zorg moeten behoren.

Nieuwe adviezen deelrapport hulpmiddelen

Eenvoudige loophulpmiddelen

Het CVZ adviseert om eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit te laten stromen als een te verzekeren prestatie (zowel Zvw als AWBZ). Deze hulpmiddelen, waaronder rollators en krukken, zijn volgens CVZ algemeen gebruikelijk en/of kunnen voor eigen rekening komen. Dit advies is te rechtvaardigen als het gaat om eenmalige aanschaf voor structureel gebruik of om tijdelijk gebruik (bruikleen) na een operatie. Maar er zijn groepen patiënten voor wie het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen onderdeel uitmaakt van een samenhangend zorgtraject. Een voorbeeld is valpreventie bij progressieve spierziekten. De inzet van



mobilitieitshulpmiddelen –van eenvoudig naar individueel aangepast (afhankelijk van de progressiviteit) – is een vorm van gepast gebruik van zorg. Voor deze patiënten zouden ook de eenvoudige loophulpmiddelen tot verzekerde zorg moeten behoren.

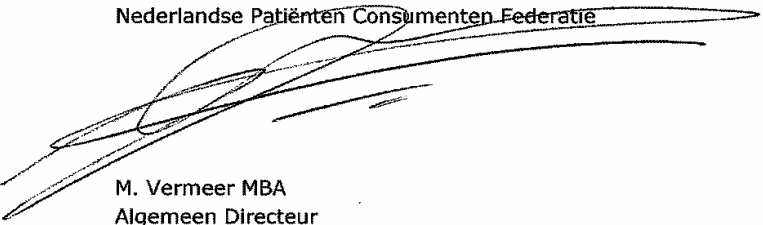
Functiegerichte omschrijving

(hoorfunctie, urinelozing en defecatie, hematologisch systeem, bloedsuikerspiegel)

De NPCF ondersteunt het functioneel omschrijven van hulpmiddelen. Door de hulpmiddelen functioneel te omschrijven, zou ruimte moeten ontstaan voor maatwerk en innovaties die gewaardeerd worden door de klant. De pakketmonitor zou inzicht moeten geven of deze gewenste ontwikkelingen ook daadwerkelijk tot stand komen.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



M. Vermeer MBA
Algemeen Directeur

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
(NPCF)
De heer M. Vermeer MBA, algemeen directeur
Postbus 1539
3500 BM UTRECHT

Uw brief van
10 februari 2010

Uw kenmerk
2010-75/DSB/01.01.01/PSch/hm

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028431

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Vermeer,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

- **Pakketadvies 2010**

Gepast gebruik

U ondersteunt het CVZ in zijn visie op gepast gebruik. De patiënt is gebaat bij zorg die een passend antwoord geeft op zijn zorgvraag. U onderscheidt een aantal onderwerpen die vanuit het perspectief van de patiënt van belang zijn bij gepast gebruik. Hierna ga ik op puntsgewijs op deze aspecten in.

Effectieve zorg

U acht het opnemen van bewezen effectieve zorg en het uitsluiten van bewezen niet effectieve zorg goed verdedigbaar. Waar u wel moeite mee hebt, is het uitsluiten of laten uitstromen van zorg die strikt genomen nog niet helemaal 'evidence based' is, maar waarvoor wel genoeg aanwijzingen zijn dat het werkt. Een aantal aspecten speelt daarbij naar uw mening een rol, namelijk het bepalen van de uitkomstmaten en de indicatiegebieden

Als reactie daarop het volgende.

De manier waarop het CVZ het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' beoordeelt, heeft hij beschreven in het Rapport beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ gaat daar reeds in op de door u genoemde aspecten.

Verder wijst het CVZ op het advies dat hij in december 2009 heeft uitgebracht: 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket'. Het CVZ heeft geadviseerd om, in aanvulling op bestaande regelingen, een subsidieregeling te treffen op basis van de Zvw en AWBZ waardoor (innovatieve) zorg tijdelijk kan worden gefinancierd. Doel van deze regeling is om zorg die veelbelovend is, maar waarover nog onvoldoende gegevens over de effectiviteit en veiligheid voorhanden zijn, tijdelijk te financieren onder

voorwaarde dat die ontbrekende gegevens worden verzameld, zodat daarna een beter onderbouwd besluit kan volgen.

Preventie

U geeft aan dat het voorkómen van problemen het zorggebruik in de toekomst vermindert. Preventie die kansrijk is voor gezondheidswinst dient daarom naar uw mening een duidelijke plaats te krijgen in het verzekerde pakket, zeker als het gaat om preventie als onderdeel van een totaal zorgproces.

Het CVZ onderschrijft het belang dat u aan preventie toekent. De afgelopen jaren heeft het CVZ verschillende preventierapporten uitgebracht, waarin hij heeft verduidelijkt welke preventie tot de te verzekeren prestaties behoort. Ik verwijs u naar het rapport Van preventie verzekerd. Het CVZ heeft daarbij wel de huidige grenzen van de Zorgverzekeringswet in acht genomen.

Samenhangende zorg

U geeft aan dat in het kader van pakketbeheer de inhoudelijke afstemming tussen preventie, cure en care van belang is. Onderdelen van een samenhangend zorgproces dienen zo veel mogelijk binnen het zorgdomein gehouden te worden om een logische samenhang voor patiënten te bewerkstelligen. Dat ondersteuning een onderdeel is van de Wmo is daarbij voor u een gegeven.

Het CVZ deelt uw mening dat zo veel mogelijk gestreefd moet worden naar een voor de burger logisch samenhangend geheel aan voorzieningen. Voor zover het binnen de bevoegdheden en mogelijkheden van het CVZ ligt zetten wij ons daar ook voor in.

Zelfmanagement

Als de patiënt, waar mogelijk, zelf de regie in handen heeft, maakt die hem minder afhankelijk van zorgverleners. Dat vraagt aandacht in het pakketbeheer voor zelfzorgmiddelen, ict-middelen en begeleiding naar zelfmanagement.

Het CVZ zal in 2010 rapporteren over de verschillende aspecten van zelfmanagement in relatie tot het te verzekeren pakket.

Dieetvoeding

U bent van mening dat dieetvoeding een belangrijk onderdeel vormt van een samenhangend zorgproces en hoort om die reden tot het zorgdomein. Het wordt ingezet tegen dreigende ondervoeding bij o.a. COPD patiënten, kankerpatiënten en patiënten met maagdarmziekten. Dieetpreparaten, meestal een noodzakelijke aanvulling op de normale voeding, leveren een belangrijke bijdrage aan het herstel van de patiënt. Het CVZ stelt uw bijdrage op prijs en heeft het door u geboden inzicht meegewogen in zijn besluit.

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft het conceptadvies herziening vergoeding dieetpreparaten besproken in haar vergadering van 12 maart jl. Alle reacties die het CVZ heeft ontvangen van de belanghebbende partijen, inclusief de reactie van uw organisatie, zijn door de commissie meegewogen.

Over het conceptadvies dieetvoeding heeft de ACP het volgende geadviseerd: De vraag of dieetvoeding wel of niet onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt, is niet voor het hele veld van de dieetvoeding eenduidig te beantwoorden. De ACP is van mening dat in een aantal situaties dieetpreparaten vergoed moeten blijven worden. Immers, in sommige gevallen maken dieetpreparaten onlosmakelijk deel uit van de medische behandeling en kan dit niet gezien worden als voeding zoals men zelf ook zou regelen. Differentiatie kan dan plaatsvinden op basis van pakketcriteria. De ACP heeft daarnaast een andere overweging: zij raadt aan de evaluatie van de vorige pakketmaatregel af te wachten, zoals zij destijds heeft voorgesteld.

Naar aanleiding van het advies van de ACP, alsmede de reacties van de belanghebbende partijen heeft de Raad van Bestuur van het CVZ besloten nu geen advies over dit

onderwerp uit te brengen. Mochten de evaluatiegegevens van de laatste aanpassing van de vergoeding van de kosten van de dieetpreparaten aanleiding geven tot een hernieuwd standpunt of advies, dan zal het CVZ dit dossier heropenen. In dat geval zal het CVZ u tijdig informeren en consulteren.

- **Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010**

Eenvoudige loophulpmiddelen

In uw advies geeft u aan dat het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen is te rechtvaardigen als het gaat om eenmalige aanschaf voor structureel gebruik of tijdelijk gebruik na een operatie.

U merkt op dat er groepen patiënten zijn voor wie het gebruik van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen onderdeel uit maakt van een samenhangend zorgtraject. Als voorbeeld noemt u de valpreventie bij progressieve spierziekten. De NPCF is van mening dat voor deze groep patiënten eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen tot de te verzekeren prestaties moeten behoren.

Het CVZ gaat ervan uit dat de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen en dat daarmee dus ook geen risico bestaat voor de samenhang in de zorgtrajecten.

Functiegerichte omschrijving

Het CVZ is verheugd met het feit dat uw organisatie de functiegerichte omschrijvingen inzake de hoorfunctie, urinelozing en defecatie, hematologisch systeem en bloedsuikerspiegel ondersteunt.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.


Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



FENAC ▲ Federatie van Nederlandse Audiologische Centra
Landelijk bureau: Chr. Krammilaan 2, Postbus 222, 3500 AE Utrecht.
Telefoon: (030) 276 99 02 ▲ Teksttelefoon (030) 273 04 59 ▲ Fax: (030) 271 28 92
E-mail: info@fenac.nl ▲ Postbank 20 72 778

College voor zorgverzekeringen
T.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Nederland

Utrecht, 09 februari 2010
Ons kenmerk: MS/FEN/2010/11714

Onderwerp: bestuurlijke reactie FENAC deelrapport hulpmiddelenzorg

Geachte mevrouw Den Haan,

Met genoegen heeft het bestuur van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC) kennis genomen van het deelrapport hulpmiddelenzorg 2010. Wij danken u voor de mogelijkheid om te reageren. We zullen ons beperken tot hoofdstuk 4a: hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie.

We zijn verheugd te zien, dat u intensief en consequent kennis heeft genomen van de adviezen die zijn gegeven door de gezamenlijke partijen betrokken bij de verstrekking van hoorhulpmiddelen, verenigd in het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen. Zoals u weet is dit een platform waarin industrie, audiciens, voorschrijvers, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars overleg plegen over vraagstukken met betrekking tot hoorhulpmiddelen.

De FENAC is van mening, dat uw advies consequent uitgaat van het basisprincipe dat hooroplossingen moeten worden geplaatst binnen één wettelijk kader, met als uitgangspunt 'verantwoorde en adequate zorg'. Uw advies leidt ons inziens tot structurele verbeteringen in het hoorhulpmiddelen beleid. Uw advisering is consequent, adequaat en in zekere zin moedig te noemen. U adviseert een beleid dat een zuivere consequentie is van het politiek en beleidsmatige uitgangspunt 'functioneel omschrijven van aanpassingen van hulpmiddelen'.

Wellicht ten overvloede benadrukken we, dat Audiologische Centra zorgaanbieders zijn. Uitgezonderd bijzondere doelgroepen verstrekken Audiologische Centra ten principale zelf geen hoorhulpmiddelen. Audiologische Centra zijn een tweede lijn voorziening. Ze beperken zich in de verstrekking van hoorhulpmiddelen tot het bepalen van de functionele noodzaak en behoefte voor een patiënt, vertaald in objectieve maten. Deze functie wordt deels omschreven als de 'rol van voorschrijver', maar is breder dat dit. Audiologische Centra voeren noodzakelijke en gewenste diagnostiek uit bij gehoor en communicatieproblemen, zowel bij kinderen als volwassenen en vervolgen dit indien nodig door revalidatietrajecten. Indien gewenst en noodzakelijk voeren Audiologische Centra ook controles uit met betrekking tot adequaatheid van een verstrekking van een hoorhulpmiddel. Op deze wijze wordt de indicatie voor een verstrekking en de verstrekking zelf in de meest zuivere vorm gescheiden. Hoorhulpmiddelen vormen een belangrijk onderdeel van hoorrevalidatie trajecten, maar worden verstrekt door audicienwinkels.

De FENAC is van mening, dat uw voorstellen zullen zorgen voor een gewenst krachtenspel tussen enerzijds de financiers van hulpmiddelen, de zorgverzekeraars, en anderzijds de leveranciers van hulpmiddelen, de audiciens, over kwaliteit en adequaatheid van verstrekking van hulpmiddelen. Het huidige systeem laat dit duidelijk in mindere mate toe en heeft in zekere zin zelfs perverse effecten wanneer het gaat om beheersvraagstukken. Willen we komen tot een zuivere vorm van hulpmiddelenverstrekking waarbij functiegerichte aanpassing de maat wordt, dan zal marktwerking



discussies rondom bekostiging en financiering moeten ontstijgen en vooral worden ingericht rondom thema's als kwaliteit, doelmatigheid en adequaatheid. Uw conclusie dat maximale vergoedingslimieten deze vorm van marktwerking frustreert onderschrijven wij. Het verzwakt de positie van zowel de patiënt, de verzekeraar alsook de audicien om te komen tot inhoudelijke en kwalitatieve hoogwaardige keuzen en onderbouwing met betrekking tot doelmatige en adequate hooroplossingen.

De FENAC stelt vast, dat er een aantal randvoorwaarden zijn voor het slagen van een verbeterde, functionele, benadering van het hoorhulpmiddelen beleid. We benoemen ze kort.

- **Een functionele aanpassing veronderstelt een gedifferentieerde indicatiestelling gevolgd door een gedifferentieerde verstrekking.**
Een zuivere benadering van de functionele aanpassing veronderstelt maatwerk voor iedere slechthorende. In de bepaling van de functionele aanpassing dienen medische, technische en psychosociale criteria te worden meegenomen. Hierbij mag en moet ruimte zijn om meer subjectieve maten van de patiënt te betrekken. De term 'basisvoorziening' lijkt hiermee op gespannen voet te staan. Er is geen standaardoplossing voor standaard problemen. Het onderzoek van PACT benoemt weliswaar een aantal basisfunctionaliteiten voor bijvoorbeeld een hoortoestel, maar daarmee wordt niet verondersteld, dat met deze functionaliteiten per definitie een functiegerichte aanpassing wordt gerealiseerd. Het geeft echter wel enige basis om vervolgens te onderbouwen waarom specifieke features in specifieke gevallen wenselijk zijn, waarbij niet zo zeer prijs/kwaliteit vraagstukken aan de orde zijn maar vooral prijs/functionaliiteit verhoudingen. Functionaliteit dient hierbij leidend te zijn.
- **Een functionele benadering veronderstelt heldere, objectiveerbare en toetsbare maten voor het bepalen van 'functioneel', 'doelmatig' en 'adequaaf'.**
Voorspelbaar is dat in de driehoek 'verzekeraar' – 'patiënt' – 'hoortoestelverkoper' logischerwijs verschil van inzicht ontstaat over de invulling van 'functioneel', 'doelmatig' en 'adequaaf'. Vooropgesteld staat ons inziens de beperking van de slechthorende en de mogelijkheid om deze beperking zo optimaal mogelijk te compenseren door verstrekking van een hoorhulpmiddel. In zekere zin is 'functionele omschrijving van een hoorhulpmiddel' dus misleidend. Het gaat immers om het functioneel omschrijven van het willen minimaliseren van een beperking bij een slechthorende. Dit veronderstelt een zuiver proces waarin wordt bepaald wat een individuele slechthorende in zijn of haar specifieke geval nodig heeft om de vastgestelde, ervaren, beperking te minimaliseren. Protocollen om te komen tot een functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen zijn hierbij noodzakelijk. We stellen vast dat er intensieve trajecten zullen moeten worden ingezet om te komen tot dergelijke protocollen. Deze protocollen dienen vooral procesmatig van aard te zijn. Toch zal ook continue getoetst moeten worden in hoeverre een verstrekt hoorhulpmiddel het gewenste effect behaalt. Objectieve outputmaten zijn hierbij noodzakelijk. Keuzevrijheid voor de patiënt staat voorop, maar deze zal zich begrijpelijkerwijs moeten verhouden tot vraagstukken rondom grenzen van de zorg. Hoorhulpmiddelen zijn tenslotte geen standaard consumentengoederen. Keuzevrijheid voor de hoortoestellenleverancier staat voorop, maar zal zich moeten verhouden tot vragen over nut en noodzaak van specifieke innovaties bij een individuele zorgvraag. Hiervoor geldt immers hetzelfde; hoorhulpmiddelen zijn geen standaard consumentengoederen. De zorgverzekeraar dient de mogelijkheid te hebben om vraag en aanbod optimaal op elkaar af te stemmen. Alleen dan ontstaat een systeem waarbij zorgverzekeraars zich meer dan nu zullen bezig houden met vraagstukken rondom kwaliteit en prijsstelling van hoorhulpmiddelen. Daarbij zal gewaakt moeten worden voor het vervallen in de functie van schadelastverzekeraar.
- **Specifieke aandacht vragen we nog voor een aantal specifieke issues.**
We onderschrijven de verruiming naar het criterium van 35 db per oor. Voor twee specifieke kwesties in dit verband moet worden gewaakt dat dit criterium niet ten nadele gaat werken voor een



functionele aanpassing: Tinnitus maskeerders voor tinnitus patiënten en solo apparatuur voor kinderen met auditieve verwerkingsproblemen. In beide gevallen is niet altijd sprake van meer dan 35 db gehoor verlies, maar is algemene consensus over het feit, dat genoemde hulpmiddelen in dergelijke gevallen geëigende hulpmiddelen zijn. Voorts moet aandacht blijven voor de BAHA met softband. Voorkomen moet worden, dat in transitie van hulpmiddelenverstrekking de bekostiging van deze specifieke aanpassing niet verloren gaat.

Wij waarderen het werk, dat CVZ heeft verricht om te komen tot deze notitie. Wij spreken de verwachting uit dat de Minister van VWS uw advies zal opvolgen. Indien gewenst zijn wij uiteraard bereid om één en ander nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

drs. M.H. Strik
directeur
FENAC

FENAC
T.a.v. de heer drs. M.H. Strik
Postbus 222
3500 AE UTRECHT

Uw brief van
9 februari 2010

Uw kenmerk
MS/FEN/2010/11714

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025517

Behandeld door
mw. E.C.M. Visser

Doorkiesnummer
(020) 797 87 75

Onderwerp
Consultatie deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Strik,

Hartelijk dank voor uw reactie op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Het CVZ constateert dat de FENAC zich in belangrijke mate kan vinden in de strekking van het voorstel van het CVZ om te komen tot een functiegericht omschreven aanspraak op hoorhulpmiddelen. U bent van mening dat het advies van het CVZ tot structurele verbeteringen leidt in het hoorhulpmiddelenbeleid.

U stelt vast dat er een aantal randvoorwaarden zijn voor het slagen van een verbeterde functionele benadering van de hoorzorg. Het gaat daarbij om de volgende punten.

Een functionele aanpassing veronderstelt een gedifferentieerde indicatiestelling gevolgd door een gedifferentieerde verstrekking

Een zuivere benadering van de functionele aanpassing veronderstelt maatwerk voor iedere slechthorende. De term 'basisvoorziening' lijkt hiermee op gespannen voet te staan, zo stelt u.

De term 'basisvoorziening' komt niet voor in het advies van het CVZ. Wel noemt het CVZ een aantal functionaliteiten van hoortoestellen die in het 'basissegment' beschikbaar zouden moeten zijn. Ook uit reacties van andere partijen blijkt dat hiermee kennelijk het misverstand kan ontstaan dat een functiegericht systeem leidt tot verstrekking van één toestel met een aantal basisfunctionaliteiten, dat voor alle slechthorenden geschikt zou zijn. Het CVZ heeft dit in zijn voorstellen allerminst willen suggereren. Omdat de tekst op dit punt kennelijk tot misverstanden leidt, heeft het CVZ dit in het rapport verduidelijkt.

Een functionele benadering veronderstelt heldere, objectiveerbare en toetsbare maten voor het bepalen van 'functioneel', 'doelmatig' en 'adequaat'.

Uit uw brief blijkt dat ook de FENAC het belang van protocollering onderschrijft om te komen tot een zo zuiver mogelijk proces, waarin wordt bepaald wat een individuele slechthorende in zijn of haar specifieke geval nodig heeft om de vastgestelde - ervaren -

beperking te minimaliseren. Keuzevrijheid voor de patiënt staat voorop, maar deze zal zich begrijpelijkerwijs moeten verhouden tot vraagstukken rondom grenzen van de zorg. Het CVZ is het eens met uw opvatting. Het CVZ heeft het belang van protocollering in zijn rapport benadrukt, maar is zich ervan bewust dat een dergelijke protocol vooral procesmatig van aard zal zijn. Het CVZ heeft dit in het rapport genuanceerd.

Specifieke kwesties

U onderschrijft de verruiming naar het criterium van 35dB per oor, maar vraagt in dit verband aandacht voor twee specifieke kwesties, namelijk tinnitus maskeerders voor tinnitus patiënten en solo-apparatuur voor kinderen met auditieve verwerkingsproblemen. In beide gevallen is niet altijd sprake van meer dan 35dB gehoorverlies, maar is algemene consensus over het feit dat genoemde hulpmiddelen in dergelijke gevallen geëigende hulpmiddelen zijn.

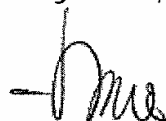
Naar de mening van het CVZ biedt het voorgestelde artikel 2.10 voldoende waarborgen om in deze kwesties hulpmiddelen te verstrekken. In artikel 2.10, eerste lid, onder a, wordt - *naast* de indicatie van tenminste 35 dB gehoorverlies - ernstig oorsuizen als indicatie voor gehoorhulpmiddelen genoemd. Er is dus geen probleem als het gaat om de verstrekking van maskeerders voor tinnitus patiënten.

Met het derde lid van dit artikel heeft het CVZ de mogelijkheid gecreëerd dat zorgverzekeraars bij bijzondere individuele zorgvragen kunnen afwijken van het indicatiecriterium en daarmee toch tot verstrekking van hoorhulpmiddelen kunnen overgaan. Een bijzondere individuele zorgvraag zou bijvoorbeeld kunnen zijn gelegen in auditieve verwerkingsproblematiek bij kinderen. Het CVZ heeft dit in de voorgestelde toelichting op de regeling verhelderd.

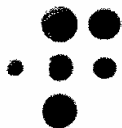
Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het deelrapport Hulpmiddelenzorg. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kun u vinden op onze website www.cvz.nl.

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



de fysiotherapeut

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Retouradres: Postbus 248 - 3800 AE Amersfoort

College voor Zorgverzekeringen
Ter attentie van de heer dr A. Boer
Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH Diemen

Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Stadsring 159b
3817 BA Amersfoort

T 033 467 29 00
F 033 467 29 99
hoofdkantoor@kngf.nl
www.kngf.nl
www.defysiotherapeut.com

ABN AMRO 55.30.44.028
IBAN NL59ABNA0553044028
BTW 0025.84.700.B.01
KvK 40508528

Relatienummer	--	Doorkiesnummer	917
Onze referentie	--	E-mailadres	--
Datum	11 februari 2010	Pagina	1 van 2
Onderwerp	Bestuurlijke consultatie pakket advies 2010	Bijlage(n)	--

Geachte heer Boer,

Naar aanleiding van uw brief van 14 januari 2010 en in vervolg op de bijeenkomst in Diemen van 29 januari 2010 treft u hieronder de opmerkingen van het KNGF bij het concept-pakketadvies 2010 aan. Ik beperk me daarbij tot de onderdelen van het advies die raken aan de fysiotherapie.

1. Stoppen met Roken

Hierbij wijk ik af van uw verzoek ons te beperken tot die onderwerpen waarover niet al eerder een bestuurlijke consultatie heeft plaatsgevonden. Het KNGF blijft het een gemiste kans vinden dat in de advisering over Stoppen met Roken weinig tot geen aandacht is geschonken aan het belang van bewegen.

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt immers dat beweegprogramma's de resultaten van stoppen met roken programma's aanzienlijk verbeteren.

Door het KNGF is hiervoor, met subsidie van de EU, een speciaal programma ontwikkeld onder de naam "staying clean". Wij dringen er op aan om dit aspect alsnog aan uw advies toe te voegen.

2. Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Vanwege het grote belang van de bekkenfysiotherapie bij de behandeling van incontinentie betreuren wij het bijzonder dat we niet betrokken zijn geweest bij de eerdere consultatieronde en visievorming over dit onderdeel van het rapport. De onderstaande opmerkingen zijn mede namens de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg (NVFB).


Het KNGF kan op hoofdlijnen instemmen met hetgeen u verwoordt op de pagina's 39 en 40 met betrekking tot bekkenfysiotherapie. Wij pleiten er echter voor om de voor myofeedback benodigde probes onder de hulpmiddelenregeling te laten vallen. Deze probes zijn kostbaar en kunnen niet uit het reguliere tarief worden bekostigd.

Indien en voor zover u deze aanpassing niet overneemt, dringen we er bij u op aan om de passage over het opgenomen zijn in de tarieven uit het advies te schrappen. De redenen daarvoor zijn de volgende:

1. Indien het (vooralnog) geen verzekerde zorg betreft valt het buiten de reikwijdte van de taakopdracht van CVZ om iets over de bekostiging op te nemen.
2. Voor de fysiotherapie gelden vrije prijzen; de betreffende passage grijpt daar op in. De opbouw van de tarieven kan dus variëren, zodat de verwoorde stelling niet juist is.

Ik ga er van uit dat u de gemaakte opmerkingen in het definitieve rapport zult verwerken. Uiteraard ben ik gaarne bereid tot nadere toelichting

Met vriendelijke groet,


mw drs H.J. Veldhuizen
Directeur

Koninklijk Nederlands Genootschap voor
Fysiotherapie (KNGF)
Mevrouw drs. H.J. Veldhuizen
Postbus 248
3800 AE AMERSFOORT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010026268

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw Veldhuizen,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Stoppen met roken

U vindt het een gemiste kans dat het CVZ in het rapport Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! weinig tot geen aandacht heeft besteed aan het belang van bewegen. Naar uw mening blijkt uit epidemiologisch onderzoek dat beweegprogramma's de resultaten van stoppen-met-rokenprogramma's aanzienlijk verbeteren. Ook wijst u op het door uw organisatie ontwikkelde programma 'staying clean'. U dringt er op aan dat het CVZ beweegprogramma's alsnog aan het eerder uitgebrachte advies toevoegt.

Graag onderschrijft het CVZ nog eens het nut van bewegen. Ook voor mensen die willen stoppen met roken kan bewegen ondersteunend zijn.

Het CVZ wijst erop dat de zorgverlener die zorg biedt aan mensen die stoppen met roken, kan adviseren om (meer) te bewegen. Het adviseren over meer bewegen en het begeleiden in de zin van instrueren, motiveren valt onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Het CVZ betreurt het dat uw organisatie niet in een eerder stadium inhoudelijk is geconsulteerd. Dit is een omissie van onze kant. Het CVZ is dan ook verheugd te vernemen dat u wel op hoofdlijnen kunt instemmen met ons advies.

Specifiek plaatst u de volgende opmerking bij het advies. U pleit ervoor om de voor myo-feedback benodigde probes onder de hulpmiddelenregeling te laten vallen. Deze probes zijn kostbaar en kunnen volgens u niet uit het reguliere tarief worden bekostigd. Als het CVZ deze aanpassing niet overneemt, dan dringt u erop aan om de passage over het opgenomen zijn in de tarieven uit het advies te schrappen.

2/ZA/2010026268

Het CVZ neemt uw advies om de probes onder de hulpmiddelenregeling te brengen niet over. De reden hiervoor is dat hulpmiddelen die in de fysiotherapeutenpraktijk worden gebruikt voor diagnostiek en behandeling nooit onder de hulpmiddelenzorg vallen. De probe kan onderdeel uitmaken van de fysiotherapeutische behandeling. Als een dergelijke behandeling geen te verzekeren zorg is, zoals dat het geval is bij bekkenbodetherapie bij incontinentie dan geldt dat ook voor de daarbij gebruikte hulpmiddelen.

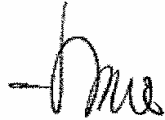
Zorg die niet in het basispakket zit valt echter wel onder de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Dit betekent dat ook de probes onder de vrije tarieven van de fysiotherapeuten kunnen vallen. Voor een adequate bekostiging zal de NZa een WMG-prestatie moeten vaststellen, die partijen overigens wel zelf moeten aanvragen.

Naar aanleiding van uw opmerkingen zal het CVZ de tekst van het advies aanpassen.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Aan het College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. dhr Boer
Postbus 320
1110 AH Diemen

Postbus 2069
3500 GB Utrecht
Churchillaan 11 - 4e etage
T 030 276 99 85
F 030 271 90 38
www.ouderenorganisaties.nl

Plaats en datum: Utrecht, 11 februari 2010
Kenmerk: B 6116 Z&W/AV /HS/
Onderwerp: Reactie CSO op pakketadvies

Geachte heer Boer,

De Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) hebben kennisgenomen van het pakketadvies 2010. Over onze reactie op uw advies hebben we overleg gevoerd met de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en we hebben geconstateerd dat onze opvattingen met betrekking tot dit onderwerp overeenkomen.

Wij verzoeken u derhalve om de reactie van de CG-Raad, die u vandaag zult ontvangen, ook te beschouwen als reactie van de CSO.

Hoogachtend,

Drs. G. van Soest
voorzitter

De Koepel van ouderenorganisaties (CSO)
De heer drs. G. van Soest
Postbus 2069
3500 GB UTRECHT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
B 6116 Z&W/AV/HS

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025851

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Van Soest,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. In uw brief geeft u aan de reactie van de CG-Raad ook te beschouwen als reactie van het CSO. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Algemeen

U merkt op dat de door het CVZ voorgestelde pakketverkleiningen neveneffecten kunnen hebben op de inkomenspositie van mensen met een handicap of chronische ziekte. Dit omdat in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) het gebruik van bepaalde hulpmiddelen of geneesmiddelen als criterium gelden voor de vergoeding van meerkosten die deze mensen maken.

Het CVZ realiseert zich dat de door u opgemerkte neveneffecten zich zouden kunnen voordoen. Een dergelijk neveneffect kan echter geen reden zijn om voorzieningen die niet tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoren of die op grond van de pakketprincipes niet (langer) zijn aan te merken als een te verzekeren prestatie in de Zvw te handhaven. Mochten de door u gestelde effecten zich voordoen, ligt een aanpassing van de berekeningssystematiek Wtcg meer voor de hand. Het CVZ brengt dit onder de aandacht van de minister.

Evaluatie uitstroomadviezen

U pleit ervoor evaluatieonderzoeken van eerdere uitstroomadviezen te betrekken bij het pakketadvies. De casus van de sta-opstoel leent zich daar naar uw mening goed voor. U schetst daarbij een aantal ontwikkelingen die onderdeel van een dergelijke evaluatie zouden kunnen zijn.

Het CVZ zal een aantal van zijn adviezen evalueren. Op basis van een risico-analyse maakt het CVZ hierin een keuze.

Pakketcriterium 'noodzaak'

U geeft aan dat het CVZ terecht opmerkt dat er oneigenlijke elementen in het spel zijn bij het hanteren van het criterium 'noodzaak'. U bent het niet eens met het in plaats hiervoor hanteren van het begrip 'ziektelast' en pleit voor het criterium 'medische noodzaak'. Ook bent u het oneens met een apart criterium 'algemeen gebruikelijk', omdat principieel gezondheidkundige redenen vereisen dat hulpmiddelen niet in de 'markt' terecht komen, want daarmee komt de procesmatige zorg die erbij hoort al gauw in de knel.

Het CVZ is niet van mening dat het hanteren van het criterium 'noodzakelijkheid' oneigenlijke elementen bevat. Het CVZ wijst erop dat 'noodzakelijkheid' uit twee dimensies bestaat, namelijk 'ziektelast' en 'noodzakelijk te verzekeren', waarbij het CVZ van oordeel is dat de dimensie 'ziektelast' deel zal moeten uitmaken van de assessmentfase en de dimensie 'noodzakelijk te verzekeren' van de appraisalfase. Dit omdat bij de laatstgenoemde dimensie vooral maatschappelijke overwegingen aan de orde zijn. Het is het CVZ bekend dat u het oneens bent met het hanteren van het criterium 'algemeen gebruikelijk'. Hierover heeft eerder uitgebreide correspondentie met u plaatsgevonden. 'Algemeen gebruikelijk' is één aspect van het pakketprincipe noodzakelijkheid. Het gaat hier om de vraag of middelen die een groot deel van de bevolking voor eigen rekening aanschaft (gemeengoed) noodzakelijk te verzekeren zorg betreffen. Daarbij betreft het CVZ ook de eventuele meerkosten als gevolg van een aan de handicap aangepaste uitvoering van een dergelijk middel. Alle aspecten die het CVZ onderscheidt binnen de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' weegt het CVZ in samenhang. Het feit dat het CVZ een bepaald middel als algemeen gebruikelijk aanmerkt, heeft op zich geen doorslaggevende betekenis.

Off-label gebruik geneesmiddelen.

Op uw opmerking dat aanvaard off-label gebruik van geneesmiddelen onder de aanspraak farmaceutische zorg moet vallen wil ik in het kader van dit pakketadvies niet ingaan. Binnenkort brengt het CVZ een afzonderlijk advies uit over het off-label gebruik van geneesmiddelen.

Benzodiazepinen

U stelt dat patiënten met spierspasmen die benzodiazepine off-label krijgen voorgeschreven daar geen vergoeding meer voor krijgen. Deze stelling is op zich juist maar onvolledig. Bij de behandeling van spierspasme is diazepam het enige benzodiazepine dat hiervoor wel is geregistreerd. Off-label gebruik is in dit geval niet nodig. Op advies van het CVZ heeft de minister de vergoedingsvoorwaarden voor benzodiazepinen aangepast. Bij een verzekerde die niet ambulante is en dit middel gebruikt als spierrelaxans bij therapieresistente spierspasmen ten gevolge van een neurologische aandoening wordt diazepam wel vergoed.

Mucolytica

Wat betreft de uitstroom van mucolytica het volgende. Zowel acetylcysteïne als mercapto-ethaansulfonzuur zijn niet (bewezen) effectief voor de behandeling van chronisch obstructief longlijden. Ook de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ ziet daarom geen plaats meer voor deze middelen in de behandeling. Dit is het belangrijkste argument dat het CVZ adviseert oor uitstroom. Dat de richtlijnen deze middelen ook afraden, is een logisch gevolg van de wetenschappelijke bevindingen. Ook de beroepsgroepen zijn namelijk van mening dat deze middelen geen plaats meer hebben in de behandeling van chronisch obstructief longlijden.

Anticonceptiemiddelen.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd, dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. Het CVZ concludeert dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling (considerans) van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het CVZ adviseert daarom voor alle leeftijdsgroepen uitstroom van de zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap. Het gebruik van de anticonceptieve middelen die

voorgeschreven worden voor medische indicaties heeft het CVZ beoordeeld op basis van de pakketcriteria. Het CVZ adviseert op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid om deze middelen voor eigen rekening te laten komen.

Uw reactie heeft betrekking op een beperkter uitstroomadvies dan nu naar de Minister is gestuurd. De strekking van uw commentaar is in de optiek van het CVZ echter ook, in nog sterkere mate, van toepassing op het huidige advies. Hieronder gaat het CVZ in op uw brief.

U wijst er op dat anticonceptiemiddelen behalve ter voorkoming van zwangerschap ook worden voorgeschreven voor vrouwen met endometriose. Ze zijn dan eerste keuze omdat ze effectief en relatief goedkoop zijn en weinig bijwerkingen kennen. U bent bevreesd dat uitgeweken zal worden naar vervolgmiddelen die duurder zijn en meer bijwerkingen kennen als anticonceptiemiddelen niet langer vergoed worden. Het CVZ schat dit risico niet erg hoog in. (Huis)artsen zullen vanuit hun verantwoordelijkheid als behandelaar niet onnodig kiezen voor middelen met meer bijwerkingen. Patiënten zullen evenmin snel geneigd zijn op grond van de kosten aan te dringen op het voorschrijven van een middel met meer bijwerkingen.

Het CVZ is het met u eens dat een uitzonderingspositie voor het Mirenaspiraaltje niet consistent en niet wenselijk is. Er zijn inderdaad ook andere hormonale anticonceptiva die voor medische indicaties kunnen worden ingezet. Het CVZ komt daarom terug op zijn eerder gemaakte uitzondering voor het Mirenaspiraaltje, en adviseert de minister om alle anticonceptiva te laten uitstromen uit het te verzekeren pakket.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

In uw reactie op het advies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen geeft u aan de uitleg van het begrip 'algemeen gebruikelijk' onacceptabel te vinden. De term 'algemeen gebruikelijk' is in het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg uitgewerkt. De minister heeft in zijn reactie op het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg aangegeven, dat met het beoordelingskader een goede aanzet wordt gegeven tot een meer transparante beoordelingswijze van de hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet. Het CVZ, aldus de minister, onderbouwt ermee waarom niet alle verkrijgbare hulpmiddelen tot het verzekerde pakket behoren. Voorts geeft de minister aan dat het beoordelingskader goed aansluit bij de door hem gestelde beleidsdoelen.

Een rollator wordt niet alleen in medisch speciaalzaken verkocht en er is daarbij geen specifieke deskundigheid vereist. Op grond daarvan merkt het CVZ de rollator aan als algemeen gebruikelijk.

In uw reactie geeft u aan het oneens te zijn met de wijze waarop het CVZ het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen koppelt aan de heroriëntatie. Het CVZ maakt echter geen koppeling, maar geeft aan in welk perspectief het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, in relatie met het rapport Heroriëntatie Hulpmiddelen moet worden gezien. Het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen en het voorliggende advies staan los van elkaar. Op verzoek van de minister is het CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) te komen tot een voor de burger logischer ordening van de extramurale hulpmiddelenzorg. Dit heeft verzoek heeft geleid tot het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Al in het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (algemeen gebruikelijk en/of financieel toegankelijk) niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken. In zijn reactie op dat advies heeft de minister aangegeven dat hij de overwegingen van het CVZ begrijpt, maar op dat moment onvoldoende aanleiding zag om de vergoeding van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te beperken. De minister gaf aan dit vraagstuk eventueel te bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo. Vanwege het aanhouden van de besluitvorming over het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het Pakketadvies 2007 geeft het CVZ in het huidige advies aan in welk perspectief dit moet worden gezien

met het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen. Om het regeltechnische verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen, zijn in het voorliggende advies ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt betrokken.

U geeft verder aan dat het criterium 'financieel toegankelijk' een cumulatie van kosten tot gevolg kan hebben. U verwijst daarbij naar het rapport Pakketbeheer in de praktijk. In het rapport Pakketbeheer in de praktijk spreekt het CVZ niet over een nadeel van dit criterium als gevolg van het ontbreken van een cumulatie plafond. Het CVZ erkent dat de gevolgen van de adviezen kunnen leiden tot een cumulatie van kosten maar merkt daarbij op dat verzekerden dan mogelijk een beroep op bijzondere bijstand kunnen doen. In uw reactie onderstreept u het preventief effect dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen kunnen hebben. Het CVZ bestrijdt dit niet, maar is van opvatting dat burgers in deze ook een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Dieetvoeding.

Voor de reactie van het CVZ over dieetvoeding, verwijs ik naar de brief aan de Stuurgroep Ondervoeding d.d. 2 april 2010 (bijlage).

Nieuwe systeemadviezen

U heeft aangegeven het eens te zijn met de functiegerichte omschrijvingen zoals voorgesteld en spreekt haar waardering uit voor de toepassing van de ICF en de relatie die het CVZ legt met protocollering. U bent van mening dat dit immers een voorname randvoorwaarde voor een goede uitvoering van de systeemwijzingen vormt. Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om deze randvoorwaarde te realiseren. Dit betekent echter niet, dat de wet- en regelgeving niet kan worden omgevormd, zolang nog niet aan deze 'randvoorwaarde' is voldaan. Totdat protocollen en/of richtlijnen tot stand zijn gekomen, kunnen partijen nog de oude indicatiecriteria hanteren voor de uitvoering van de functiegerichte omschrijving (met uitzondering van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie). Het belangrijkste is dat wetenschappelijk onderbouwde ontwikkelingen (bijv. innovaties en uitbreidingen van indicatiegebieden) niet worden gefrustreerd door wet- en regelgeving.

Heroriëntatie hulpmiddelen

U bent het oneens met de eerder door het CVZ uitgebrachte rapporten over de Heroriëntatie hulpmiddelen. U hebt uw mening tijdens consultatieronde voor het rapport dat het CVZ in juli 2009 uitgebreid verwoord en naar aanleiding van dat rapport, samen met Zorgverzekeraars Nederland en de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties, een alternatief voorstel voor de heroriëntatie ingediend. In zijn vervolgrapport over de heroriëntatie (november 2009) is het CVZ uitgebreid op uw zienswijze ingegaan.

Voorwaardelijke financiering

Het CVZ is blij met uw waardering voor het in december 2009 uitgebrachte rapport 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket'.

Te verzekeren prestaties

U spreekt uw waardering uit voor de benadering van het CVZ van verpleegkundige zorg bij herstructurering in de verdeling van hulpmiddelen voor extramuraal gebruik en hulpmiddelen in het kader van DBC's. U pleit voor een soortgelijke benadering bij de verpleegkundige zorg in de Zvw en AWBZ.

In het standpunt 'Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ' (augustus 2009) heeft het CVZ al aandacht besteed aan dit onderwerp. Het CVZ is van oordeel dat een wijziging van artikel 2.11 Bzv, waardoor een deel van de AWBZ-zorg wordt overgeheveld naar de Zvw, een aantal afbakeningsproblemen kan oplossen en een aantal gewenste ontwikkelingen binnen de eerste lijn mogelijk maakt. Het CVZ doet onderzoek naar de randvoorwaarden en om de uitvoeringsconsequenties van een dergelijke overheveling in beeld te brengen. In de loop van 2010 brengt het CVZ een definitief advies uit.

Financiële gevolgen advisering

Het CVZ heeft voor zijn pakketadvisering geen financiële taakstelling opgelegd gekregen. Wel acht het CVZ de betaalbaarheid van het verzekerde pakket van groot belang. Om die reden besteedt het CVZ in het Pakketadvies 2010 ook uitgebreid aandacht aan de efficiencywinst die is te behalen met gepast gebruik en aan de rol die de betrokken partijen daarbij kunnen spelen. Het bevorderen van gepast gebruik is niet ingegeven door een bezuinigingsdoelstelling, maar is ingegeven door het leveren en verzekeren van kwalitatief de beste zorg. Dit laat onverlet dat het CVZ het ook zijn taak acht om het bestaande verzekerde pakket periodiek door te lichten op basis van de pakketcriteria.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Landelijke Vereniging van Zorgaanbieders voor
Zorgverzekeringden

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. Mevrouw M. den Haan, projectleider
Pakketadvies
Postbus 320
1110 AH Diemen

Onderwerp Concept deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

Gaarne maken wij gebruik van de mogelijkheid om te reageren op een van de adviezen opgenomen in het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Daarin is een advies opgenomen over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. In dat kader wordt geadviseerd het recht op het in bruikleen krijgen van de 4-poot wandelstokken, looprekken, rollators en krukken uit te sluiten van het recht op zorg in het kader van de AWBZ.

In algemene zin stelt ActiZ zich op het standpunt dat het niet meer collectief financieren van deze mobiliteitshulpmiddelen de uitkomst dient te zijn van maatschappelijke en politieke keuzes. Echter ten aanzien van de overwegingen die ten grondslag liggen aan dit advies vragen wij uw aandacht voor het volgende.

Het schrappen van deze eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen kan in de praktijk een negatief effect hebben op de doelmatigheid van de zorg. In de praktijk zijn deze artikelen - op tijdelijke uitleenbasis - veelal aan de zorg gerelateerd. Immers bij de uitleen is doorgaans een (plotselinge) ziekte of ongeval aanleiding en noodzaak voor de acute beschikbaarheid van deze hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen gaan in de praktijk vaak samen met andere aanspraken op (AWBZ)functies (o.a. persoonlijke verzorging en verpleging) en kunnen daarbij consequenties hebben voor de doelmatige, effectieve en efficiënte uitvoering daarvan. Het valt ActiZ op dat het CVZ wel aandacht besteedt aan de directe financiële opbrengsten van dit voorstel, maar geen oog heeft voor mogelijke indirecte (financiële) gevolgen voor de integrale uitvoering van zorg. Voor integrale zorgverlening is het vaak noodzakelijk dat een aantal randvoorwaardelijke zaken eenvoudig en snel geregeld kunnen worden.

Indien het advies om het recht op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit te sluiten van de AWBZ-uitleen niet wordt overgenomen, adviseert ActiZ - anders dan u voorstelt - om deze hulpmiddelen niet over te hevelen naar de WMO. In onze

datum

15 februari 2010

ons kenmerk

GR AS 8402

in behandeling bij

drs. G. Rutten

doorkiesnummer

(030) 27 39 483

pagina

1/2

opvatting gaat het bij de uitleen namelijk om zorggerelateerde artikelen die thuis horen in het zorgdomein. Bovendien leidt een overheveling richting (431) gemeenten tot een onverantwoorde en kostenverhogende versnippering en diversiteit in de uitvoering.

Met vriendelijke groet,



drs. G.A.P. (Ger) Rutten
senior beleidsmedewerker team B&O
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

ActiZ organisatie van zorgondernemers
De heer drs. G.A.P. Rutten
Postbus 8258
3503 RG UTRECHT

Uw brief van
15 februari 2010

Uw kenmerk
GR AS 8402

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028452

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Rutten,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

In uw reactie geeft u aan dat ActiZ van mening is dat het niet meer collectief financieren van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen de uitkomst dient te zijn van maatschappelijke en politieke keuzes. Voor de goede orde merk ik op dat het Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 wordt uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De maatschappelijke afwegingen daarbij vinden plaats in de Adviescommissie Pakket van het CVZ. U vindt dat ook terug in het rapport. De minister bepaalt of hij de adviezen van het CVZ wenst over te nemen.

U spreekt uw bezorgdheid uit over een mogelijk negatief effect op de doelmatigheid van de zorg indien de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zijn uitgesloten van de Zorgverzekeringswet en AWBZ (bruikleen). Ook bestaat er naar uw mening gevaar voor een effectieve en efficiënte uitvoering van AWBZ functies als persoonlijke verzorging en verpleging. Verder merkt u op dat het CVZ alleen aandacht lijkt te hebben voor directe financiële opbrengsten maar geen oog zou hebben voor mogelijke indirecte financiële gevolgen.

In het advies geeft het CVZ aan dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ gaat er vanuit dat de burger een eigen verantwoordelijkheid heeft en overgaat tot de aanschaf van het benodigde hulpmiddel. Het CVZ verwacht dat indien de burger deze verantwoordelijkheid neemt een doelmatige, effectieve en efficiënte zorgverlening niet in gevaar komt en financieel nadelige effecten zullen uitblijven.

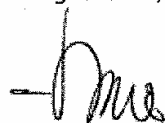
Ik heb kennis genomen van uw opvatting dat, indien het voorliggende advies niet wordt overgenomen, ActiZ, in het kader van de heroriëntatie hulpmiddelen, voorstelt de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet over te hevelen naar de Wmo.

2/ZA/2010028452

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Boer', written over a horizontal line.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

CVZ
T.a.v. Dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk : nfm.bri.226
Betreft : Reactie op het concept pakketadvies 2010
Datum : 11 februari 2010

Geachte heer Boer,

Hiermee reageren wij op een aantal elementen uit het concept van het pakketadvies 2010 en het deelrapport hulpmiddelenzorg.

Voorwaardelijke financiering en verantwoord pakketbeheer

Nefemed is verheugd dat het CVZ het rapport met bovenstaande titel aan VWS heeft uitgebracht juist met het oog op beantwoording van de pakketvraag "stand van de wetenschap en praktijk". Een aanvullend financieringsinstrument met het doel veelbelovende innovaties te ondersteunen met het genereren en registreren van data rond effectiviteit en veiligheid is gewenst om aan het innovatiebeleid in de zorg krachtig uitvoering te geven (zie ook hieronder).

Daarmee komen ook medische mogelijkheden zoals de beschreven transkatheter aortaklep implementatie binnen bereik voor patiënten met ernstige hartklepstenose.

Zorginnovatiewijzer (ZIW)

Een krachtig innovatiebeleid veronderstelt ook dat de betrokken actoren elkaar weten te vinden, dat regelingen op elkaar zijn afgestemd, dat procedures helder zijn, dat tijdslijnen bekend zijn en worden nageleefd etc.

De gesignaleerde knelpunten komen ons niet vreemd voor. De aanbevelingen ter verbetering onderschrijven wij dan ook.

Twee opmerkingen hierbij:

- wij zouden de rol van DBC Onderhoud in deze eveneens tegen het licht willen houden: waar heeft DBC onderhoud een eigen rol en waar vindt overlap plaats met bijv. het CVZ als het gaat om de beoordeling van criteria m.b.t. al dan niet verzekerde zorg.
- ter versnelling van aanvragen bij DBC Onderhoud stellen wij voor de volgtijdelijkheid van de inzet van betrokken organisaties als CVZ, NZa te schrappen en als werkwijze uit te gaan van een gelijktijdige betrokkenheid in het proces waarbij CVZ gaat over de pakketvraag, NZa over prestatiebeschrijving/-bekostiging en DBC onderhoud over de instrumentele uitvoering.

Richtlijnen en pakketbeheer

Voor ons is duidelijk dat richtlijnen van groot belang zijn voor de individuele patiëntenzorg. Een goede individuele patiëntenzorg veronderstelt dat richtlijnen tijdig worden aangepast aan de state of the art-behandelingen. In een concept-advies wordt gesteld dat opname van zorginnovaties pas in richtlijnen worden opgenomen wanneer hun waarde in de praktijk is bewezen. Het stelt nadrukkelijk dat de vergoedingsvraag niet mag afhangen van het feit of een behandeling wel of niet in de richtlijn is beschreven. Bij beslissingen spelen immers meer elementen dan de effectiviteitsvraag in richtlijnen.

We begrijpen de aarzeling van het CVZ m.b.t. de koppeling van richtlijnen en vergoedingen. Een nog sterkere aarzeling is voorstelbaar indien kosteneffectiviteit een rol gaat spelen binnen de richtlijnen. Het principe van kosteneffectiviteit is immers ook aan de orde bij pakketbeslissingen. Wij betwijfelen of deze ontwikkeling bijdraagt aan een transparante individuele patiëntenzorg op termijn. Verder vragen wij ons af welke rol CVZ bij deze ontwikkelingen speelt of gaat spelen.

Standpuntbepaling CVZ en voorbereidingsfase

Gesteld wordt dat het CVZ in zijn werkprocessen zal zoeken naar mogelijkheden om op standpunten te anticiperen door in de voorbereidingsfase al contact op te nemen met betrokken partijen. Wij ondersteunen het streven van CVZ om betrokken stakeholders tijdig in het besluitvormingsproces op te nemen. Uitnodigingen ter zake zien wij dan ook tegemoet.

Standpuntbepaling lumbale discusprothese

Het CVZ heeft hierover in mei 2009 een standpunt ingenomen. Wij dringen aan op herziening van dit standpunt. Naar onze mening zijn er voldoende studies (inclusief RCT's) beschikbaar. De lumbale discusprothese is inmiddels opgenomen in het vergoedingensysteem van een groot aantal Europese landen waaronder België, Duitsland, Engeland, Italië, Scandinavische landen en is deze inmiddels ook opgenomen in het vergoedingensysteem in de VS.

Hulpmiddelenzorg

Inverdien effecten en kwaliteit van leven.

Bij de deelparagraaf over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie wordt bij de kostenconsequenties gesteld dat nog geen rekening is gehouden met mogelijke inverdieneffecten zoals minder ziekteverzuim en minder (andere) zorgbehoeften en met een positief effect op de kwaliteit van leven.

Wij ondersteunen deze brede benaderingswijze bij de beoordeling van de kosten. Hetgeen geldt voor een goede gehoorrevalidatie geldt mutatis mutandis ook voor andere vormen van hulpmiddelenzorg. Wat ons betreft zou deze benaderingswijze een pregnantere plaats mogen krijgen in het deelrapport.

Functiegerichte aanspraak hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functie gerelateerd aan urinelozing en defecatie

Wij constateren dat naar aanleiding van onze reactie op de inhoudelijke consultatie over deze functiegerichte aanspraak een aantal wijzigingen is overgenomen.

Wij begrijpen dat het CVZ als pakketbeheerder bij de omzetting van de productgerelateerde Regeling hulpmiddelen/Besluit zorgverzekeringswet naar functiegerichte aanspraken op basis van het uitgangspunt van budgetneutraliteit een aantal beperkingen toevoegt zoals m.b.t. beschermende onderleggers. Deze zouden alleen nog vergoed worden als sprake is van een bijzondere, individuele zorgvraag.

Naar onze mening is het bij een juiste hantering van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg resp. de basisrichtlijn functionele aanspraak (incl. de ICF-systematiek) niet nodig te komen tot een beperking zoals nu wordt voorgesteld. Bij de procesbeschrijving resp. de basisrichtlijn staat de individuele benadering van de patiënt en zijn zorgvraag juist centraal.

De juiste hantering van de procesbeschrijving of basisrichtlijn moet leiden tot productkeuze(n) waarbij onderleggers niet altijd maar in bepaalde gevallen, ter beoordeling van de behandelaar, zeker wel noodzakelijk zijn. Eenzelfde redenering geldt t.a.v. fixatiebroekjes die weer wel in de vergoeding zouden moeten worden opgenomen. Ook hier geldt dat de individuele zorgvraag op basis van de ICF-systematiek bepalend is voor de mogelijke keuze van en/of tussen een systeem met fixatiebroek of een pant.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

Als participant van de Klankbordgroep Heroriëntatie Medische Hulpmiddelen zijn wij zeer verbaasd over dit deel van het pakketadvies. Het CVZ-rapport over de heroriëntatie is aan de minister gestuurd met de aanbeveling eerst de evaluatie van de WMO af te wachten voordat mogelijke uitvoering wordt gegeven aan het rapport. Het bevreemdt ons dat nu op voorhand wordt geconcludeerd dat een aantal hulpmiddelen zouden moeten worden uitgesloten van de ZVW en AWBZ waarmee dan tevens wordt aangegeven dat deze hulpmiddelen niet in aanmerking komen voor overheveling naar de WMO.

In de hoop u voldoende geïnformeerd te hebben, tekent,

Met vriendelijke groet,



Mr. Roelf A. van Run
directeur

Nefemed
T.a.v. de heer mr. R.A. van Run
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
nfm.bri.226

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028198

Behandeld door
J.C. de Wit
M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 87 97
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Van Run,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

- **Pakketadvies 2010**

Voorwaardelijke financiering en verantwoord pakketbeheer - Zorginnovatiewijzer
U bent verheugd over het rapport 'Voorwaardelijke financiering en verantwoord pakketbeheer', dat het CVZ in december 2009 heeft uitgebracht. Daarnaast onderschrijft u de knelpunten die het CVZ, de Nza en ZonMW hebben gesignaleerd in de eerste evaluatie van de Zorginnovatiewijzer. Wel maakt u twee opmerkingen. Ten eerste over de rol van DBC Onderhoud en de eventuele overlap met de werkzaamheden van het CVZ als het gaat om de beoordeling van criteria met betrekking tot verzekerde zorg. Ten tweede stelt u voor de volgtijdelijke inzet van de verschillende organisaties te schrappen en uit te gaan van een gelijktijdige betrokkenheid, waar het CVZ gaat over de pakketvraag, de Nza over de prestatiebeschrijving/-bekostiging en DBC Onderhoud over de instrumentele invoering.

De inrichting van het beoordelingsproces van DBC Onderhoud voor de opname van innovaties in het DBC systeem is niet de verantwoordelijkheid van CVZ, maar van DBC Onderhoud. Indien een innovatie daadwerkelijk wordt opgenomen in het DBC systeem toetst het CVZ de innovatie aan de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid) om te bepalen of het te verzekeren zorg is. Recente innovaties hebben een aanzienlijke afname van de tijdsduur van het proces getoond door het efficiënter inrichten van het proces. Opname in het DBC systeem is echter ook sterk medeafhankelijk van onder andere de volledigheid van ingediende aanvraagdossiers en uitlevering van nieuwe DBC tabellen.

Richtlijnen en pakketbeheer

U geeft aan dat u de aarzelingen van het CVZ met betrekking tot de koppeling van richtlijnen en vergoedingen begrijpt. Een nog sterkere aarzeling is voorstelbaar als kosteneff-

fectiviteit een rol gaat spelen binnen richtlijnen, omdat kosteneffectiviteit ook aan de orde is bij pakketbeslissingen. U betwijfelt of deze ontwikkeling bijdraagt aan een transparante individuele patiëntenzorg op termijn en vraagt zich ook of welke rol het CVZ bij deze ontwikkeling speelt of gaat spelen.

Ondanks zijn aarzelingen, juicht het CVZ wel toe dat er meer synergie komt tussen richtlijnen en vergoedingsbeslissingen. Wanneer richtlijnen goed zijn onderbouwd, kan het CVZ deze betrekken in zijn totaalbeoordeling. Daarnaast meent het CVZ dat richtlijnen een belangrijke rol kunnen spelen bij het bevorderen van gepast gebruik. Over de precieze rol van de Regieraad Kwaliteit van Zorg bij gepast gebruik en de afstemming van die rol met andere organen, waaronder het CVZ, ontstaat meer duidelijkheid op het moment dat de Regieraad zijn visie en de planning van zijn werkzaamheden heeft bekend gemaakt.

Standpuntbepaling CVZ en voorbereidingsfase

Het CVZ is blij met uw steun voor zijn streven om bij de voorbereiding van standpunten belanghebbende partijen tijdig in het besluitvormingsproces te betrekken.

Lumbale discusprothese

U verzoekt het CVZ zijn in mei 2009 ingenomen standpunt over de lumbale discusprothese te herzien. Naar uw mening zijn er voldoende studies (inclusief RCT's) beschikbaar. Ook wijst u erop dat de lumbale discusprothese in een aantal Europese landen en in de Verenigde Staten inmiddels in het vergoedingssysteem is opgenomen.

Conform de werkwijze die is neergelegd in het 'Beoordelingskader stand van de wetenschap en praktijk' heeft het CVZ de lumbale discusprothese beoordeeld en geconstateerd dat er geen gerandomiseerde studies van acceptabel niveau zijn gepubliceerd die de effectiviteit van de discusprothese ten opzichte van fusiechirurgie in kaart brengt. Ook blijkt binnen de beroepsgroep geen consensus te bestaan over de effectiviteit en veiligheid van deze ingreep. Een herbeoordeling kan het CVZ pas uitvoeren als voldoende studies van acceptabel niveau zijn gepubliceerd.

• Hulpmiddelenzorg

Inverdieneffecten

Bij de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie wordt bij de kostenconsequenties ook melding gemaakt van de mogelijke 'inverdieneffecten'. U ondersteunt deze brede benaderingswijze bij de beoordeling van kosten en vindt dat een dergelijke benaderingswijze een pregnantere plaats mag krijgen in het deelrapport.

Het CVZ probeert bij zijn pakketadviezen de kostenconsequenties zo breed mogelijk in beeld te brengen. Dit betekent dat daar waar mogelijke inverdieneffecten te benoemen zijn, deze in het rapport worden meegenomen.

Functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functie gerelateerd aan urinelozing en defecatie

U bent van mening dat het – bij een juiste hantering van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg respectievelijk de basisrichtlijn functionele aanspraak – niet nodig is te komen tot een beperking zoals nu wordt voorgesteld ten aanzien van de beschermende onderleggers. Hierbij staat immers de individuele benadering van de patiënt centraal.

Het CVZ is het met u eens dat – theoretisch gezien – het hanteren van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg ervoor zou moeten zorgen dat geen onnodige of ondoelmatige zorg wordt verleend. Helaas is de praktijk op dit punt weerbarstiger, mede door de belangen die hierin meespelen. Het komt regelmatig voor dat pallets met onderleggers aan verzorgingshuizen worden geleverd, waarbij de individuele benadering van de patiënt volledig uit beeld is. Ook zullen er weinig voorschrijvers zijn die een meer kosteneffectiever incontinentiesysteem voorschrijven als de patiënt een ander product wenst, daartoe gestimuleerd door reclameactiviteiten van fabrikanten en/of leveranciers.

Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

U hebt deelgenomen aan de klankbordgroep Heroriëntatie hulpmiddelen en bent verbaasd over het uitstroomadvies van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. Dit omdat het CVZ in zijn rapport over de Heroriëntatie hulpmiddelen heeft voorgesteld om de besluitvorming over de heroriëntatie hulpmiddelen aan te houden tot de evaluatie van de Wmo heeft plaatsgevonden. Het bevreemdt u dat het CVZ in zijn advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen concludeert dat een aantal hulpmiddelen op voorhand zouden moeten worden uitgesloten van de Zvw en AWBZ en dan tevens ook niet in aanmerking komen voor overheveling naar de Wmo.

Het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen en het voorliggende advies staan los van elkaar. Op verzoek van de minister is het CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) te komen tot een voor de burger logischer ordening van de extramurale hulpmiddelenzorg. Dit heeft verzoek heeft geleid tot het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Al in het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (algemeen gebruikelijk en/of financieel toegankelijk) niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken. In zijn reactie op dit advies heeft de minister van VWS aangegeven dat hij de overwegingen van het CVZ begrijpt, maar op dat moment onvoldoende aanleiding zag om de vergoeding van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te beperken. De minister gaf aan dit vraagstuk eventueel bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo. In dat kader heeft het CVZ zijn eerder advies geactualiseerd en vanwege het voorstel om het regeltechnische verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen daarbij ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen betrokken die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt. Het rapport over de heroriëntatie heeft het CVZ op verzoek van de minister van VWS opgesteld.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

firevaned

branchevereniging hulpmiddelen

CVZ
T.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Onze ref. : Firevaned/rvb/lta/001
Telefoon : (079) 353 1404
Betreft : reactie Pakketadvies 2010 inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

Zoetermeer, 11 februari 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

In navolging op uw toezending van het concept Pakketadvies 2010 reageren wij hierbij schriftelijk.

Verrast hebben wij kennis genomen van het ad-hoc voornemen, de eenvoudige loophulpmiddelen zowel voor uitstroom uit de Zorgverzekeringswet, alsook uit de ABWZ uitleen voor te dragen aan het Ministerie van VWS. Wij zien helaas een eenzijdige benadering, zonder het rapport Heroriëntatie Hulpmiddelen of substituut effecten hierin te betrekken.

Deze hulpmiddelen zijn immers ook onderdeel van de geadviseerde herindeling in het kader van de Heroriëntatie Hulpmiddelen (HH). Tijdens de consultaties HH is meerdere malen de formele toezegging gedaan door VWS dat het doel van de HH een vermindering van de loketten is en pertinent geen maatregel tot kostenbesparing c.q. bezuiniging. De advisering tot uitstroom van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen staat haaks op deze gedane toezegging.

Wij vernemen graag van u waarom er van deze lijn nu zo drastisch afgeweken wordt in uw advies.

Tijdens de bijeenkomst Pakketadvies 2010 is door u veel gesproken over **Gepast Gebruik**. Gepast Gebruik -in uw definitie- leidt tot effectievere verstrekking, waardoor er geen uitstroom uit het pakket noodzakelijk is en de verstrekking wordt gewaarborgd in situaties waarin het echt de goedkoopste, adequate oplossing is. In lijn met onze motiveringen in het kader van de Heroriëntatie Hulpmiddelen, zal door het WMO compensatiebeginsel een overheveling van de loophulpmiddelen plaatsvinden naar de WMO op Gepast Gebruik.

Uw **Stepped Care** principe bevestigt eveneens dat deze hulpmiddelen onveranderd onderdeel moeten blijven van de Heroriëntatie Hulpmiddelen; een loophulpmiddel zal in eerste instantie een substituut zijn voor Hulp bij het Huishouden, gevolgd door een

firevaned

branchevereniging hulpmiddelen

combinatie met een ander hulpmiddel, mogelijk een elektrisch hulpmiddel en in een zo laat mogelijk stadium intramurale zorg. WMO projecten zoals De Kanteling gaan juist in op ondersteuning in plaats van verzorgen, waarbij goede inzet van hulpmiddelen essentieel is.

Als reden voor het uit laten stromen van de eenvoudige hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet, noemt u dat deze hulpmiddelen algemeen gebruikelijk zijn. Wij zijn van mening dat dit niet het geval is. Deze mobiliteitshulpmiddelen zijn i) speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem (uw eerste criterium) en ii) deze hulpmiddelen worden alleen vergoed wanneer deze voldoen aan specifieke (technische) eisen die alleen door de medische speciaalzaken c.q. de revalidatiehulpmiddelen leveranciers gegarandeerd worden (uw tweede criterium). Deze leveranciers hebben een 24-uurs servicedienst, leveren producten met ergotherapeutisch advies en met een garantie op correct en optimaal gebruik van het hulpmiddel. Bij de verstrekking van de nu voor uitsluiting voorliggende hulpmiddelen is ergotherapeutisch advies inclusief gebruiksinstructie en correcte instelling noodzakelijk, ook bij de rollator. Als de rollator defect is, kan de persoon in kwestie zich normaliter niet meer zelfstandig verplaatsen, is onmiddellijke reparatie of verstrekking van een leenvoorziening noodzakelijk om de mobiliteit niet in te perken. Alle hulpmiddelen die in het pakketadvies genoemd worden, zijn noodzakelijk voor zelfstandige verplaatsing. Het ontbreken van een loophulpmiddel betekent, dat hulp in de vorm van mantelzorg, thuiszorg, of verzorgend personeel nodig is.

In de bijgaande RIVM publicatie wordt gewezen op de bovengenoemde noodzaak voor goed onderhoud, juiste instructie en duidelijke gebruiksaanwijzingen in relatie tot veilig gebruik. Het RIVM signaleert drie trends waarbij de inzet van hulpmiddelen belangrijk is i) het aantal ouderen en chronische zieken zal toenemen ii) de overheid wil stimuleren dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en dat de opnameduur in ziekenhuizen of andere instellingen zo kort mogelijk is iii) patiënten geven steeds vaker de voorkeur aan om thuis behandeld te willen worden. Hierbij wordt tevens het belang voor de zorgverlener belicht.

In relatie tot valpreventie (met hoge zorgkosten als gevolg) zijn een goede gebruiksinstructie en juiste instelling van het hulpmiddel eveneens cruciaal, zie details in het VWS' initiatief "Zorg voor Beter". Preventie is, naast Gepast Gebruik en Stepped Care, tevens een door u genoemde reden om het pakket c.q. vergoeding in stand te houden. Wanneer mensen een hulpmiddel zelf moeten gaan kopen, wordt de aanschaf van hulpmiddelen zo lang mogelijk uitgesteld en pas nadat meerdere valincidenten hebben plaatsgevonden.

In relatie tot de financiële toegankelijkheid wijzen wij wederom op de valpreventie middels o.a. een rollator. Ondeugdelijke hulpmiddelen, onjuiste instelling/instructie en dus ondeugdelijk te gebruiken hulpmiddelen zullen leiden tot hoge zorgkosten (negatief besparingseffect). Tevens is het deze doelgroep die bijvoorbeeld door een aangescherpte AWBZ indicatiestelling sowieso al meer zorgkosten heeft en hulpmiddelen niet uit eigen zak kan betalen. Dit zal derhalve leiden tot een verder verminderde mobiliteit c.q. verminderde maatschappelijke participatie van deze mensen.

Boerhaavelaan 40
Postbus 190
2700 AD Zoetermeer
T 079 353 12 75
F 079 353 13 65
E firevaned@fme.nl
I www.eengoedhulpmiddel.nl

De verkregen mobiliteit door een hulpmiddel leidt daarbij juist tot actieve participatie en een bijdrage van de gebruiker aan de maatschappij, via bijvoorbeeld vrijwilligerswerk en het ondersteunen van naasten. Hiermee kan gesteld worden dat het verstrekken van hulpmiddelen niet alleen een verminderd beroep op de mantelzorg betekent, maar vice-versa juist bijdraagt aan een grotere beschikbaarheid van mantelzorgers.

De effecten van de loophulpmiddelen, in het bijzonder de krukken, uit de AWBZ extramuraal (uitleen) worden niet volledig en niet geheel correct weergegeven:

- De krukken voor kortdurend gebruik zijn inderdaad niet algemeen gebruikelijk wanneer iemand bijvoorbeeld zijn been breekt en het genoemde huurtarief is een tarief wat gerekend wordt na de uitleen periode, dus wanneer het uitleentarief voor 26 weken al berekend is. De kosten voor eventuele huur zijn daarmee niet correct weergegeven.
- De krukken in de uitleen worden voor kortdurend gebruik benut. Dit varieert van een paar dagen tot een paar weken. Mensen zijn niet bereid tot het maken van kosten voor een product wat een zeer korte termijn gebruikt wordt.
- Wanneer toch een bedrag betaald dient te gaan worden voor een paar krukken, voorzien wij een direct substituut in de verstrekking van andere hulpmiddelen vanuit de uitleen. Bijvoorbeeld een tijdelijke rolstoel. Deze verschuiving van kosten is niet weergegeven.
- Qua zorgkosten bestaat het risico voor een dramatischer effect wanneer een langer verblijf in een ziekenhuis benodigd is, door het niet willen/kunnen bekostigen van een paar krukken door de patiënt.
- Valgevaar door het niet gebruiken van krukken (mensen gaan meer risico lopen wanneer men krukken zelf moeten kopen) leidt tot hogere zorgkosten. De raming van daaruit voortvloeiende kosten zijn niet door u vermeld.
- De logistieke tarieven, zoals gesteld door de NZA, zijn voor ieder hulpmiddel gelijk (krukken, bedden, tilliften etc). Wanneer het volume eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen verdwijnt in de AWBZ uitleen wordt de mix ten opzichte van de overige duurdere hulpmiddelen sterk negatief beïnvloed. Dit zal leiden tot een gemiddeld hogere kostprijs voor de overige uitleenproducten, waardoor de gestelde besparing zoals nu berekend in het Pakketadvies niet correct is.
- Indien geen vergoeding van deze hulpmiddelen meer bestaat vanuit de Zorgverzekeringswet of WMO zal een groep mensen een beroep doen op de (bijzondere) bijstand. Tevens is belastingaftrek bij privé aanschaf, inclusief onderhoud en reparatie, nog altijd mogelijk. Deze voorzieningen leiden eveneens tot mindere macro-economische besparingen dan geschetst in het Pakketadvies 2010.

firevaned

branchevereniging hulpmiddelen

Daarnaast baart uw voornemen om de eenvoudige loophulpmiddelen te laten uitstromen uit de Zorgverzekeringswet, in snelle navolging van de uitstroom van de sta-opstoel, ons zorgen in het kader van de voortgang op het gebied van extramuralisatie. Het tempo waarmee hulpmiddelen in dat geval voor eigen rekening van de burger komen en de kosten die daar gestapeld mee gemoeid zijn, brengt het zelfstandig thuis kunnen blijven wonen in gevaar.

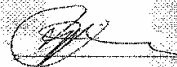
Recent onderzoek, in relatie tot het wegvallen van AWBZ zorg, leert dat 30% van de mensen die minder zorg krijgt (lees hier in dit verband hulpmiddelen) onzeker is of men nog wel zelfstandig kan blijven wonen.

De beloofde CVZ monitor betreffende "uitstroom sta-op stoelen" zien wij graag tegemoet om het beoogde effect van de uitstroom daadwerkelijk te kunnen meten. Deze kan vervolgens als basis dienen voor uw pakketadvies. Met de uitkomst van de "uitstroom monitor" en beantwoording van de openstaande vragen, waaronder de substitutie effecten is een beter beeld te geven van de daadwerkelijke kosten. Wij adviseren, tot slot, om uw advies Heroriëntatie Hulpmiddelen onveranderd te laten. Dus inclusief de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. De werkelijk implicaties inclusief substitutie effecten zijn op dit moment onvoldoende duidelijk om een realistische besparing te kunnen afgeven.

Een raming onzerzijds leidt juist tot een enorme macro economische kostenstijging. Ter vergelijking is in het rapport "De baten van de scootmobiel" (Ape, juni 2008) een besparing van € 300M berekend op professionele en mantelzorg. Wij lichten de details van de geraamde kostenstijging, als gevolg van uw advies, graag toe in een persoonlijk gesprek.

In afwachting van uw reactie.

Met vriendelijke groet,
FIREVANED



Frank Bangma
Voorzitter

Boerhaavelaan 40
Postbus 190
2700 AD Zoetermeer
T 079 353 12 75
F 079 353 13 65
E firevaned@fme.nl
I www.eengoedhulpmiddel.nl

Firevaned
De heer F. Bangma
Postbus 190
2700 AD ZOETERMEER

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
Firevaned/rvb/Ita/001

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028933

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Bangma,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

In uw reactie geeft u aan verrast te zijn door het advies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. Vooral omdat het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen er niet bij betrokken is en in de Klankbordgroep heroriëntatie hulpmiddelen aangegeven is dat de heroriëntatie niet gericht is op bezuinigingen. U bent van mening dat het huidige advies haaks staat op de gedane toezegging.

Het CVZ merkt op dat het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen en het voorliggende advies los staan van elkaar. Op verzoek van de minister is het CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) te komen tot een voor de burger logischer ordening van de extramurale hulpmiddelenzorg. Dit heeft verzoek heeft geleid tot het rapport Heroriëntatie hulpmiddelen.

Al in het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en de blindentaststok, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (algemeen gebruikelijk en/of financieel toegankelijk) niet langer als een te verzekeren prestatie aan te merken. In zijn reactie op dat advies heeft de minister aangegeven, dat hij de overwegingen van het CVZ begrijpt, maar op dat moment onvoldoende aanleiding zag om de vergoeding van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te beperken. De minister gaf aan dit vraagstuk eventueel te bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo. Vanwege het aanhouden van de besluitvorming over het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het Pakketadvies 2007 komt het CVZ nu met een actualisatie. Om het regeltechnisch verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen zijn in het voorliggende advies ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt betrokken.

U merkt voorts op dat het CVZ als onderbouwing van het advies de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen omschrijft als 'algemeen gebruikelijk'. Dit is niet juist, met uitzondering van de rollator is het CVZ van mening dat alle overige genoemde eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet algemeen gebruikelijk zijn. Het CVZ is van mening dat alle eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en blindentastokken, zijn aan te merken als financieel toegankelijk.

U noemt in uw reactie een aantal voordelen, zoals 24-uurs service, gebruiksinstructie correcte instelling en reparatie, die met de levering van de verstrekte eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen gepaard gaan. Indien eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet meer worden verstrekt in het kader van de Zorgverzekeringswet of in bruikleen worden verstrekt in het kader van de AWBZ, wil dit niet zeggen dat dergelijke service niet meer geleverd zou kunnen worden. Het CVZ deelt niet uw opvatting dat dit tot gevolg zou kunnen hebben dat er meer mantelzorg, thuiszorg of verzorgend personeel nodig is.

Het CVZ is van mening dat burgers ook een eigen verantwoordelijkheid hebben en gaat er vanuit dat burgers zullen overgaan tot aanschaf van de benodigde mobiliteitshulpmiddelen.

Verder stelt u dat de effecten van de loophulpmiddelen, in het bijzonder de krukken, uit de AWBZ-uitleen niet volledig en niet geheel correct worden weergegeven. U merkt op dat de huurprijs voor krukken niet correct is weergegeven. Uit een verkenning van de huidige huurmogelijkheden blijkt dat krukken wel voor het genoemde bedrag zijn te huren. Ik geef toe dat het genoemde bedrag een ondergrens is, maar de huurprijzen liggen niet substantieel hoger.

Dat mensen niet bereid zijn tot het maken van kosten bij kortdurend gebruik lijkt mij onwaarschijnlijk. De kleine (huur)bedragen waarover het gaat vormen naar het oordeel van het CVZ geen beletsel om de benodigde hulpmiddelen te huren. Dat mensen zullen uitwijken naar een tijdelijke rolstoel of zelfs langer in een ziekenhuis zullen verblijven, acht het CVZ niet reëel.

Dat, zoals u stelt, er een toenemend valgevaar zou ontstaan door het niet gebruiken van krukken wat weer tot hogere zorgkosten zou leiden, acht ik ook niet reëel. Eerder heb ik al gewezen op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers om over te gaan tot aanschaf van de benodigde hulpmiddelen. Kosten van de hulpmiddelen vormen naar het oordeel van het CVZ ook hier geen beletsel om tot aanschaf of huur over te gaan. U merkt op dat tarieven, na overname van het advies door de minister, voor de overige hulpmiddelen zullen stijgen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft opgemerkt dat aanpassing van de beleidsregel nodig is. Of wijziging van de beleidsregel gevolgen heeft voor de tarieven is nog onbekend.

U stelt dat overname van het advies tot gevolg heeft dat meer mensen een beroep gaan doen op de bijzondere bijstand. Het CVZ erkent dat de gevolgen van het advies kunnen leiden tot een beroep op de bijzondere bijstand. Dat kan inderdaad incidenteel het geval zijn.

Tot slot adviseert u het CVZ het advies Heroriëntatie hulpmiddelen ongewijzigd te laten. De rapporten Heroriëntatie hulpmiddelen en Heroriëntatie hulpmiddelen 2 zijn reeds door de Raad van Bestuur van het CVZ vastgesteld. Het voorliggende advies betreft een actualisering van het advies over de mobiliteitshulpmiddelen uit het Pakketadvies 2007 met een aanvulling van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ. Het advies staat daarmee los van het advies inzake de heroriëntatie hulpmiddelen, dat het CVZ eerder op verzoek van VWS heeft uitgebracht.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op

3/ZA/2010028933

12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Boer', written over a horizontal line.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Orde van Medisch Specialisten

De weledelgestrenge vrouwe
Mr. M. van der Veen-Helder, hoofd
Afdeling Zorg Advies
CVZ
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650
Telefax (030) 28 23 651
Website www.orde.nl
E-mail secc@orde.nl

Onze referentie
HV/HT/jw/20101602

Uw referentie
--

Datum
15 februari 2010

Onderwerp
Pakketadvies 2010

Doorkiesnummer
(030) 28 23 681

Geachte mevrouw Den Haan,

Bijgaand ontvangt u de reactie van de Orde op de consultatie rond het pakketadvies 2010.

Half januari 2010 heeft de Orde het consultatiedocument pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 ontvangen. Het pakketadvies 2010 en het deelrapport hulpmiddelenzorg 2010 worden apart van commentaar voorzien.

Pakketadvies 2010

Bij Paragraaf Ontwikkelingen in pakketbeheer:

In deze paragraaf wordt beschreven in welke verhouding de wijze van pakketbeheer staat tot:

- Het BKZ zorginhoud in relatie tot geld
- Gepast gebruik:
 - Normstelling
 - Toezicht
 - Sturing
- Eigen risico
- Voorwaardelijke financiering
- Innovatie
- Richtlijnen

In dit hoofdstuk lijkt de geldstroom meer leidend dan de zorginhoudelijke aspecten. Het is de vraag of CVZ, naast de NZa en de financiële kaders aangegeven door VWS – en indirect Financiën – niet veel nadrukkelijker een pleidooi voor de zorginhoud zou moeten geven.

In de somatische zorg zijn er nog al wat horden te nemen alvorens iets echt effectief in het pakket zijn toepassing vindt:

- Ontwikkeling: fase voorafgaan aan:
 - o Toets door CVZ
 - o Daarna DBC-voorstel
 - o Wetenschappelijk raad DBC-onderhoud
 - o DBC vaststelling
 - o NZa procedure



Op zich kunnen alle stappen transparant worden gezet. De doorlooptijd bedraagt evenwel meerdere jaren, let wel niemand wordt in de beklagde bank gezet, maar in het kader van liberalisering zou een voorschakeling van aanbieder en zorgverzekeraar wellicht 1 á 2 jaar zonder meer een discutabele periode kunnen zijn in de opmaat naar de doorloop van CVZ naar een afgeronde NZa-procedure.

Op pagina 26 wordt het volgende geschreven: 'In het vervolg traject zal het CVZ een aantal argumenten die pleiten voor en tegen vergoeding van IVF behandelingen ten laste van de ZVW te bespreken met een extern panel.' De Orde gaat ervanuit dat Orde en NVOG worden uitgenodigd voor dit panel.

Op pagina 34 wordt er gesproken over een werkgroep Plastische chirurgie. De NVPC is betrokken geweest bij het beoordelen van de laatste versie van de werkwijzer. Hierin konden ze echter alleen marginale veranderingen aanbrengen. Er zitten nog altijd evidente knelpunten in deze versie: zo wordt bijvoorbeeld het plaatsen van een siliconen borstprothese exclusief toegestaan in geval van borstkanker. Indien een patiënt een aangeboren afwijking heeft met een fors verschil in grootte van de borsten dan is alleen een 1-zijdige verkleining toegestaan, ook al leidt dit tot een volstrekt onwenselijk resultaat. De plastische chirurgie heeft geen formele zitting (gehad) in de genoemde werkgroep. Uiteraard zijn zij daar wel toe bereid!

Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

- De NIV geeft aan dat bepaalde essentiële beslissingen, met name voor de diabetes, worden doorgeschoven naar een later tijdstip. De NIV participeert gaarne in het vervolgtraject.

Opmerking NVOG

De NVOG geeft aan de conceptdocumenten nooit officieel via het bestuur te hebben ontvangen. De NVOG is wel uitgenodigd voor de deelbijeenkomst van 27 januari, waarbij dr. J. Laven aanwezig was voor de bespreking van de noodzakelijkheid van IVF. Dhr. Laven heeft in deze discussiebijeenkomst mondeling zijn visie gegeven, maar heeft voorafgaand aan het overleg nooit stukken ontvangen. Gezien de importantie van het onderwerp wil de NVOG zich goed kunnen voorbereiden (en afstemmen met de achterban) zodat een gedragen standpunt kan worden weergegeven. De Orde/NVOG willen gaarne betrokken worden bij verdere uitwerking van dit dossier.

Hopend u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

H.J.T. Vermeulen
Secretaris Kamer Vrij Beroep

Orde van Medisch Specialisten (OMS)
De heer H. Vermeulen
Postbus 20057
3502 LB UTRECHT

Uw brief van
15 februari 2010

Uw kenmerk
HV/HT/jw/20101602

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010029047

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Vermeulen,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

- **Pakketadvies 2010**

Ontwikkelingen in pakketbeheer

U geeft aan dat in het hoofdstuk Ontwikkelingen in pakketbeheer de geldstroom meer leidend lijkt te zijn dan de zorginhoudelijke aspecten. U vraagt zich af of het CVZ, naast de NZa en de financiële kaders aangegeven door VWS (en indirect Financiën) niet veel nadrukkelijk een pleidooi voor de zorginhoud zou moeten geven.

Als reactie daarop het volgende.

U hebt gelijk dat het CVZ in dit pakketadvies relatief veel aandacht besteedt aan de betaalbaarheid van het pakket. Dit is mede ingegeven door de economische crisis, die het onvermijdelijk maakt dat ook in de zorg keuzen moeten worden gemaakt. De door het kabinet in gang gezette heroverwegingsoperatie moet op het terrein van de zorg leiden tot voorstellen voor een structurele besparing van € 11 miljard.

Overigens wijst het CVZ erop dat voor zijn adviezen ook de zorginhoud wel degelijk leidend is. Het bevorderen van gepast gebruik bijvoorbeeld is niet ingegeven door een bezuinigingsdoelstelling, maar is ingegeven door het leveren en verzekeren van kwalitatief de beste zorg. Ook aan het advies 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket' dat het CVZ in december 2009 uitbracht, ligt een zorginhoudelijke reden ten grondslag.

Doorlooptijd

U wijst erop dat in de somatische zorg nog al wat horden zijn te nemen voordat iets echt effectief in het pakket zijn toepassing vindt. Op zich kunnen alle stappen transparant worden gezet, maar de doorlooptijd bedraagt naar uw mening meerdere jaren.

Het CVZ onderkent dat de doorlooptijd van het aanvragen van een DBC tot de vaststelling ervan door de Nza, lang kan zijn. Het CVZ is een schakel in de hele procedure, maar streeft met de betrokken partijen naar verkorting van de doorlooptijd. Bij een aantal recente innovaties was sprake van een aanzienlijke afname van de tijdsduur door het efficiënter inrichten van het proces. Opname in het DBC systeem is echter ook sterk mede-afhankelijk van onder andere de volledigheid van ingediende aanvraagdossiers en uitlevering van nieuwe DBC tabellen.

Vervolgtraject IVF

Het CVZ heeft bij de verkenning van de vraag of IVF een noodzakelijk te verzekeren behandeling moet blijven in het kader van de Zvw een andere weg bewandeld dan bij de adviezen. Alleen de rapportage over de huidige IVF-praktijk is rondgestuurd ter bestuurlijke consultatie. Parallel aan dit bestuurlijk traject heeft het CVZ een sessie georganiseerd waarin argumenten pro en contra vergoeding zijn voorgelegd aan een panel van belanghebbende partijen. Aan dit panel hebben vertegenwoordigers van diverse beroepsgroepen deelgenomen: de NVOG, de Vereniging van Fertiliteitsartsen, de Vereniging voor Klinische Embryologie en de Vereniging voor Neonatologie.

De deelnemers waren eensgezind in hun visie dat de IVF-behandeling deel moet blijven uitmaken van het basispakket. Het CVZ ziet op dit moment geen aanleiding de Minister te adviseren de vergoeding van IVF te schrappen. De rapportage van de denksessie is toegevoegd aan het eerder voorgelegde rapport over de huidige IVF-praktijk.

Als vervolg op de verkenning zal het CVZ zich nader bezinnen op de gesignaleerde knelpunten en op effectiviteitsvraagstukken. Deze vervolgactiviteiten zal het CVZ in nauw overleg met de beroepsgroep uitvoeren.

Plastische chirurgie: werkgroep

U geeft aan dat de NVPC formeel geen zitting heeft in de werkgroep plastische chirurgie die in mei 2009 de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastische chirurgische aard' heeft uitgebracht. U bent wel bereid om in deze werkgroep zitting te nemen. Tevens geeft u aan dat de laatste versie van de werkwijzer pas in een laat stadium aan de NVPC is voorgelegd, waaronder zij alleen marginale veranderingen kon aanbrengen. U bent van mening dat de werkwijzer nog evidente knelpunten bevat.

De werkwijzer plastische chirurgie is een gezamenlijk product van de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij zorgverzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ. Aanleiding voor het opstellen van deze werkwijzer was het grote aantal geschillen op het terrein van de plastische chirurgie. Met de totstandkoming van de werkwijzer is tussen de genoemde partijen consensus bereikt over de beoordelingen van aanvragen van plastisch chirurgische aard.

Bij de totstandkoming van de werkwijzer is de NVPC meermalen betrokken geweest. Het feit dat u aangeeft dat de NVPC alleen marginale veranderingen heeft kunnen aanbrengen en dat nog evidente knelpunten bestaan, vindt naar de mening van het CVZ zijn oorzaak in de omschrijving van deze te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet, die de basis vormt voor de werkwijzer.

Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

U geeft aan dat de NIV het eens is met de voorgestelde functiegerichte omschrijving, maar geeft aan tijdig betrokken te willen worden bij de in te nemen standpunten over zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken en de continue glucosemonitoring.

Het CVZ zal u hierbij tijdig betrekken en uw organisatie voldoende tijd (ten minste vier weken) geven om inhoudelijk op deze standpunten te reageren.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer,
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 46
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Ir. P.M. van Rooij / mr. J.J.J. Veerkamp
Doorkiesnummer (030) 698 83 44
Ons kenmerk ZDIR 2010 0025
Uw kenmerk ZA/2010001987
Datum 19 februari 2010
Onderwerp Reactie op concept-Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Boer,

Evenals in voorgaande jaren ontvingen wij in de tweede helft van januari het concept-Pakketadvies van CVZ dat u in april 2010 wil uitbrengen aan de minister van VWS. Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om commentaar te leveren. In deze reactie willen wij ons eerst richten op een aantal algemene aspecten, en vervolgens nader ingaan op een aantal deelvoorstellen, en dan met name op die onderdelen waarin u uitdrukkelijk een reactie op prijs stelt.

A. Algemeen

Het pakketadvies heeft sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet een belangrijke plaats verworven om periodiek vast te stellen welke vormen van zorg en behandeling nog deel behoren uit te maken van de aanspraken op grond van de basisverzekering Zvw. De algemene, in de regelgeving vastgelegde norm is dat zorg wordt verleend naar stand van wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Het pakketadvies is wat dat betreft een belangrijk ijkmoment.

Van onze kant wordt onderschreven dat consistentie in het adviesbeleid van belang blijft, met consequente toepassing van de 4 criteria (achtereenvolgens noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) die hierbij door CVZ worden gehanteerd. Op deze wijze zal, naar wij aannemen, successievelijk het totale wettelijk pakket op enig moment een keer zijn "doorgelicht".

In dit licht zouden wij wel willen voorstellen om deze jaarlijkse pakketadvisering in te passen in een cyclus van meerdere jaren. Als gekozen zou worden voor een periode van 4 jaar kan bij de totstandkoming van een regeerakkoord een aantal voorstellen worden meegenomen, en kan ook in politieke zin gekeken worden naar een evenwichtige aanpassing van wettelijke

aanspraken. Immers, de "jo-jo-ervaring" rond "de pil" heeft geleerd dat niet alleen de gezondheidszorgaspecten in relatie tot de wettelijke basisverzekering een rol spelen, maar ook de argumenten in de maatschappelijke discussie. In dat licht is het bij het pakketadvies gevoegde historisch overzicht rond de verstrekking van de pil zeer instructief. Met het oog daarop zijn de zorgverzekeraars van mening dat "jo-jo-effecten" moeten worden voorkomen". Als zodanig maakt dat een rommelige indruk naar het publiek, hetgeen ondermeer de reputatie van het zorgverzekeringsbedrijf niet ten goede komt. Bovendien brengen dergelijke wijzigingen qua pakket aanzienlijke administratieve lasten met zich. Wijzigingen van polisteksten, het geven van tekst en uitleg van het waarom van de wijzigingen inclusief de voorlichting aan de verzekerden, omgaan met overgangssituaties etc. belasten dan nodeloos de uitvoeringspraktijk.

Speciale aandacht heeft u gevraagd voor het begrip Gepast Gebruik. Daaraan liggen meerdere overwegingen ten grondslag:

- overbehandeling noch onderbehandeling zou mogen voorkomen. Dit dient dan mede gezien te worden vanuit de optiek dat een verzekerde aanspraak heeft op die vorm van zorg waarop hij redelijkerwijs is aangewezen. De zorg moet effectief zijn en niet duurder dan nodig (goedkoop als het kan, duur als het moet).
- In het kader van de ook voor de toekomst gewenste beheerste kostenontwikkeling zou hier nog veel te winnen zijn, en kunnen wellicht ernstiger ingrepen in de zorg worden voorkomen.

Deze opvatting delen wij, met de aantekening dat het een weg van lange adem zal zijn, die om afstemming met alle andere betrokken organisaties op het terrein van de gezondheidszorg vraagt. Dit ligt dan ten dele op het terrein van de verdere ontwikkeling van richtlijnen, het inbouwen van waarborgen en voorwaarden en het maken van nadere afspraken hierover met zorgverleners.

Een specifiek opmerking betreft Gepast Gebruik in relatie tot het DBC-traject: een DBC alleen zegt weinig over de vraag of de meest gewenste of gepaste vorm van zorg heeft plaatsgevonden. In dat kader wordt al een verbetering bereikt bij invoering van DOT, omdat op dat moment er tussentijds een of meer ijkpunten komen, hetgeen moet leiden tot de juiste DBC-classificatie, met gebruikmaking van de zgn. Grouper. In het kader van Gepast Gebruik bepleiten wij dat juist in dat traject ook de door u genoemde richtlijnen ingebouwd kunnen worden, zodat zowel vooraf, bij de aanvang van de behandeling als achteraf duidelijk wordt dat de meest passende behandeling heeft plaatsgevonden. Zorgverzekeraars en CVZ samen zouden gezamenlijk het initiatief moeten nemen om zo de module binnen de Grouper te ontwikkelen.

In reactie op onze brief over de betekenis van een CVZ-standpunt voor de uitvoeringspraktijk heeft u tegelijk met het concept-Pakketadvies een antwoord gegeven. Deze brief verheldert een en ander. Wij delen uw standpunt dat het individuele gevallen, bijvoorbeeld naar aanleiding van uitspraken in een geschilzaak, noodzakelijk kan zijn om tijdens het lopende verzekeringsjaar een nadere duiding te geven van de inhoud van het verzekerde pakket. Tegelijkertijd blijven wij van mening dat meer algemene duidingen en standpunten van het CVZ niet zouden moeten leiden tot aanpassingen in feitelijk verzekerde en ingekochte zorg gedurende de looptijd van de aangegane zorgverzekeringspolis. Wel zijn we blij met de toezegging dat ook van uw kant een maximale inspanning zal worden gedaan om met alle betrokken organisaties, variërend van andere toezichthouders tot het veld van aanbieders, reeds in de voorbereidingsfase contact op te nemen.

Wij zien dit als een goede stap in de richting die wij vorig jaar hebben bepleit dat een duiding c.q. standpunt gelijk op zou moeten gaan met de mogelijkheden om dit te implementeren in de bekostiging, inkoop en administratieve verwerking, met inbegrip van een goed overgangstraject.

B. Concept-adviezen

U vroeg reactie op 5 onderdelen, de eerste betreft

1. Anti-conceptiemiddelen

In aansluiting op wat in de algemene paragraaf al is aangevoerd, kunnen we het standpunt van CVZ delen dat de toegankelijkheid van deze vorm van zorg niet in gevaar komt als anti-conceptiemiddelen niet langer ten laste van de wettelijke dekking in de basisverzekering zouden komen. Het verleden heeft geleerd dat deze vorm(-en) van anticonceptie op zich goed te verzekeren zijn via de aanvullende verzekering.

2. Mondzorg 18 tot en met 21 – jarigen

a. Uitstroom achttien- tot tweeëntwintigjarigen

ZN vindt het merkwaardig dat de leeftijdsgrens van het verzekerde pakket Mondzorg voor de jeugd begin 2008 van 18 naar 22 jaar is gebracht en dat nu, op basis van toen al bekende onderzoeken, deze leeftijdsgrens weer wordt verlaagd. Dit terwijl in het nu beschikbare (concept-) Signalement Mondzorg 2009 een verslechterende tendens bij een bepaalde categorie volwassenen wordt geconstateerd. Weliswaar zijn er verzekeringstechnisch geen wezenlijke bezwaren en kan deze leeftijdscategorie opnieuw ondergebracht worden in de aanvullende verzekeringen. ZN vindt het echter beter eerst de resultaten van aangekondigd vervolgonderzoek af te wachten om mogelijke jojo-effecten in de verzekerde prestaties te voorkomen. Voor aanvullende gegevens verwijzen wij u graag naar de bijlage over Mondzorg.

b. Overige benodigde pakketaanpassingen mondzorg

Wanneer er pakketwijzigingen/aanpassingen gewenst zijn, vindt ZN dat er ook kritisch gekeken zou moeten worden naar de functionele omschrijving van de verzekerde prestaties mondzorg (artikel 2.7 Besluit zorgverzekering) t.a.v. de jeugd, t.a.v. de overkappingsprothese op implantaten en t.a.v. de chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard. Voor een motivering daarvan verwijzen wij u ook naar de bijlage over Mondzorg.

3. Dieetvoeding

Ten aanzien van het uitstroombadvies dieetvoeding voor medisch gebruik merken wij op dat we moeite hebben met de redenering van het CVZ dat het hier om voeding gaat en niet om zorg. Volgens ZN en zorgverzekeraars is er in een aantal situaties wel degelijk sprake van geneeskundige zorg. Daarnaast is het advies niet in overeenstemming met de regierol die de zorgverzekeraar toegewezen heeft gekregen en de ruimte om deze rol functiegericht in te vullen. Voor ons commentaar verwijzen wij naar de bijlage over dieetvoeding.

4. Geneesmiddelen

Met betrekking tot de geneesmiddelen stemt het concept-Pakketadvies overeen met de eerder uitgebrachte deeladviezen.

5. Hulpmiddelen

Het advies om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet langer deel te laten uitmaken van het te verzekeren pakket stuit bij zorgverzekeraars op bezwaren. Verder zou dit deeladvies eigenlijk in samenhang gezien moeten worden met de elders in het concept-Advies genoemde heroriëntatie rond hulpmiddelenzorg van CVZ. Met betrekking tot deze heroriëntatie wordt allereerst verwezen naar het Plan van aanpak dat gezamenlijk door ZN, de CG-Raad en CSO is opgesteld hierop en het feit dat er in dit stadium nog geen eenduidig beeld bestaat over de uitvoering van de WMO door gemeenten.

Nu verwacht mag worden dat dit rapport in begin 2010 beschikbaar komt, vindt ook ZN het een goede zaak besluitvorming over de hulpmiddelen aan te houden.


Een uitvoeriger toelichting is aangegeven in bijlage 3 bij deze brief.

6. Eigen bijdrage Psychologische hulp (eerstelij)

Dezertijds wordt het voorstel onderschreven om de eigen bijdrage voor deze vorm van hulp te laten vervallen, nu deze eerder al bij de GGZ- hulp in de tweedelij is komen te vervallen. Wij kunnen niet overzien of dit financiële consequenties heeft als gevolg van mogelijk meer gebruik.

Deze reactie overziende blijkt opnieuw dat bij diverse onderdelen van zorg, waarover het concept-Advies een voorstel doet, naast gezondheidszorgaspecten ook sprake is van een maatschappelijke kant. Ook deze zal een rol spelen in de verdere besluitvorming. Het is uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid hierover een besluit te nemen. Namens alle zorgverzekeraars wil Zorgverzekeraars Nederland echter wel bepleiten om ook bij de verdere besluitvorming de consistentie nu en in de toekomst een belangrijke rol toe te kennen, en de overheid te vragen hiermee rekening te houden. Het wordt door verzekerden vaak niet goed begrepen om welke reden vormen van zorg die op enig moment deel uitmaken van de wettelijke aanspraken, na relatief korte tijd alweer voor eigen rekening komen dan wel via een aanvullende verzekering alsnog geheel of gedeeltelijk vergoed kunnen worden.

Hoogachtend,
Zorgverzekeraars Nederland



dr. P.F. Hasekamp,
algemeen directeur



Mondzorg

ZN vindt dat wanneer er wijzigingen noodzakelijk zijn in de verzekerde prestaties mondzorg (artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, verder Bzv) deze integraal beoordeeld dienen te worden. ZN is van oordeel dat in het nu voorliggende pakketadvies andere benodigde aanpassingen/wijzigingen ontbreken. ZN vindt dit de kans om onvolkomenheden in wet- en regelgeving aan te pakken.

De door ZN voorgestelde wijzigingen/aanpassingen zijn eerder in een technisch overleg met CVZ besproken.

Voorstel ZN

1. Voorlopig opschorten van het voorstel van CVZ over de uitstroom van achttien- tot tweeëntwintigjarigen uit de verzekerde prestaties, zoals opgenomen in artikel 2.7 lid 4 van het Bzv.

Toelichting:

In 2008 is de leeftijdsgrens van het recht op mondzorg voor de jeugdige verzekerde van 18 naar 22 jaar opgetrokken. Dit is destijds een zorginhoudelijke keuze geweest als uitruil tegen de plannen om de consultatie van de volwassen verzekerde toe te voegen aan de verzekerde prestaties in artikel 2.7 Bzv, zoals dit was opgenomen in het coalitieakkoord van het huidige Kabinet. De onderzoeken waar CVZ op doelt betreffen onderzoeken van 2005 en eerder. In het nu tevens voorliggende (concept-)Signalement Mondzorg 2009 constateert CVZ dat er bij een bepaalde categorie volwassen verzekerden een verslechterende tendens is ontstaan en meldt daarover dat dit mogelijk nog een te positief beeld schetst. CVZ meldt ook dat de uitgangspunten van de 'stelselherziening tandheelkunde' van 1995 onder druk komen te staan. ZN vindt het daarom op dit moment voorbarig om een slechts 2 jaar geleden ingevoerde aanpassing van de verzekerde prestaties nu al weer terug te draaien en adviseert op zijn minst eerst het door CVZ zelf aangekondigde vervolgonderzoek af te wachten. Dit temeer omdat anders in de nabije toekomst mogelijke jojo-effecten in de verzekerde prestaties kunnen ontstaan.

2. Artikel 2.7 lid 4 Bzv m.i.v. 1 januari 2011 functioneel omschrijven

Toelichting:

De principiële gedachte achter de invoering van de Zorgverzekeringswet en het daaruit voortvloeiende Besluit zorgverzekering was om het recht op zorg functioneel te omschrijven. De huidige verzekerde prestaties voor de jeugdige verzekerde zijn geformuleerd in een limitatieve opsomming. ZN vindt dat deze omschrijving bij de op handen zijnde pakketaanpassing, de principes van de Zvw indachtig, functioneel zou moeten worden. De omschrijving zou als volgt aangepast kunnen worden: "de jeugdige verzekerde tot 18 jaar heeft recht op integrale mondzorg, m.u.v. orthodontie en kroon- en brugwerk" (benevens enkele andere kleinere prestaties, waarvan het nu te ver voert deze in detail te benoemen)". Aanvullend kan opgemerkt worden dat de NZa op dit moment bezig is de prestaties in de mondzorg opnieuw te beschrijven in het kader van de liberalisering. Wanneer de nieuwe prestatiebeschrijvingen worden ingevoerd zal dit niet kunnen zonder dat het recht op mondzorg voor de jeugd functioneel wordt omschreven. Voor het geval de liberalisering onverhoopt geen doorgang mocht vinden is de NZa van oordeel dat in het kader van de transparantie het totaal aan verrichtingen eveneens aangepast moet worden. Dus ook in dat geval ligt een functionele omschrijving voor de hand.

3. Ook artikel 2.7 lid 5 sub a. (chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard) functioneel omschrijven en daarmee in overeenstemming brengen met de principiële gedachte achter de Zorgverzekeringswet.

Toelichting:

Ten tijde van de Ziekenfondswetgeving was de zorg omschreven in de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekerden. Voor de volwassen verzekerde gold aanspraak op "chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel 6 lid 1 sub b. RTHZ)". Daarbij golden geen beperkingen v.w.b. de uitvoerder; de hulp kon toen dus geleverd worden door zowel de tandarts als de kaakchirurg. Het is daarom merkwaardig dat bij de invoer van de Zvw per 1 januari 2006 in de toenmalige toelichting op het Besluit deze hulp plotseling werd beperkt tot alleen de kaakchirurg als uitvoerder. Dit is strijdig met de principiële gedachte achter de Zvw v.w.b. de functionele omschrijving daarvan, maar het is tevens strijdig met de idee dat het de intentie was om de toenmalige ziekenfonds aanspraak één op één over te nemen in het Bzv. ZN vindt dat deze inconsequente formulering ongedaan gemaakt dient te worden, zodat verzekeraars weer in staat worden gesteld deze zorg ook bij de daartoe bekwame tandarts algemeen practicus in te kopen, zoals ook de intentie was van de Zvw.

4. De verzekerde prestatie "overkappingsprothese op implantaten" als zodanig op nemen in artikel 2.7 lid 2, zodat daarover in de toekomst geen misverstanden kunnen ontstaan.

Toelichting:

De verzekerde prestatie implantaten en de mesostructuur daarop is geregeld in artikel 2.7 lid 1, sub a. juncto lid 2 Bzv. De overkappingsprothese die daarop vervaardigd dient te worden, wordt nergens als zodanig benoemd bij de verzekerde prestaties. ZN stelt voor om de verzekerde prestatie "overkappingsprothese op implantaten" als zodanig op te nemen in artikel 2.7 lid 2 Bzv. De verzekerde prestatie conventionele uitneembare volledige gebitsprothese per kaak is geregeld in artikel 2.7 lid 5 sub b. Bzv. Omdat onder de conventionele volledige gebitsprothese ook wordt begrepen de overkappingsprothese op wortelstompen van natuurlijke gebitselementen, al dan niet voorzien van enige vorm van verankering en daarmee niet wezenlijk afwijkt van een overkappingsprothese op implantaten en de mesostructuur daarop kunnen er misverstanden ontstaan. ZN vindt dan ook dat de overkappingsprothese op implantaten en mesostructuur daarop duidelijker verwoord dient te worden in het Bzv. Dit nog onafhankelijk van een mogelijk te voeren discussie of de verzekerde prestatie van de volledige overkappingsprothese op implantaten nog als tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen aangemerkt zou moeten worden.

ZN is gaarne bereid haar voorstellen nader toe te lichten en deze samen met CVZ en VWS verder uit te werken.



CVZ uitstroomadvies dieetvoeding voor medisch gebruik

Het CVZ is van mening dat dieetvoeding voor medisch gebruik geen geneeskundige zorg is. Het is voeding, bestemd om mensen te voeden en niet om een ziekte te behandelen. Het CVZ verwijst naar het beoordelingskader van de Voedsel en Waren Autoriteit: een product is géén dieetvoeding voor medisch gebruik wanneer het bedoeld is om een ziekte te genezen, te voorkomen of te behandelen. Het valt dan namelijk onder de Geneesmiddelenwet en zou via het GVS voor vergoeding in aanmerking moeten komen. Het gebruik van dieetvoeding voor medisch gebruik om te voeden is derhalve geen geneeskundige zorg en hoort niet thuis in de zorgverzekering. De dieetvoeding voor medisch gebruik kan derhalve in haar geheel verwijderd worden uit de te verzekeren prestatie. ZN en zorgverzekeraars hebben moeite met deze redenering van het CVZ. Op onderdelen leidt deze namelijk tot ongewenste uitkomsten. Wij hebben de volgende kanttekeningen.

Sondevoeding

- De kosten van sondevoeding (voeding die niet herkenbaar is als voeding) zijn hoog. Indertijd is besloten om de sondevoeding in het pakket op te nemen, omdat patiënten anders onnodig lang gebruik maken van dure ziekenhuiszorg. Dit argument geldt ons inziens nog steeds. Daarnaast wordt de sondevoeding gegeven als aanvulling bij bv CF patiënten. Bij hen vervangt het geen voeding maar is het medisch noodzakelijk als aanvullende voeding omdat de patiënt van de normale hoeveelheid calorieën slechts een fractie opneemt. Het heeft dus alles met de ziekte te maken. Wordt dit niet goed geregeld dan wordt de zorgverzekeraar met enorme kosten geconfronteerd door onnodige ziekenhuisopnames en medicatie.
- Onzes inziens is enterale sondevoeding via neus, darm (Peg sonde) of parenterale voeding (intraveneus) wel degelijk een onlosmakelijk onderdeel van geneeskundige zorg, ook al valt het er in strikt juridische termen (Warenwet en Geneesmiddelenwet) wellicht niet onder. Bij deze ernstig zieke patiënten is er, zonder deze voeding, geen sprake van goede zorg en/of genezing. Wij vinden dus dat deze voeding onderdeel moet blijven van het verzekerdenpakket.
- Wij achten het vergoeden van sondevoeding ook uitvoerbaar en beheersbaar. Wij verwachten geen instroom van patiënten die sondevoeding als alternatief voor de (niet langer vergoede) drinkvoeding gaan gebruiken. Sondevoeding kan als categorie ook helder worden onderscheiden van drinkvoeding. De voedingspompen en andere toebehoren blijven immers wel in het pakket.
- Tenslotte zou er bijvoorbeeld wel een eigen bijdrage geheven kunnen worden vanwege het feit dat men bespaart op normale voeding. De leverancier van de sondevoeding zou deze eigen bijdrage dan moeten innen.

Daarnaast zou dieetvoeding voor medisch gebruik als zodanig ook bij bepaalde aangeboren (PKU) of verworven stofwisselingsziekten vergoed moeten blijven. Dit vanwege de extreem hoge kosten van deze speciale voeding en het levenslange gebruik. Deze ziektes moeten dan wel expliciet genoemd worden in de regeling.

Bij patiënten in slechte voedingstoestand, die een operatie moeten ondergaan, kan bijvoeding doelmatig zijn. Zorgverzekeraar en ziekenhuis kunnen hiervoor in DBC's afspraken maken.

In alle andere gevallen kan wat ons betreft de dieetvoeding voor medisch gebruik uit het verzekerdenpakket.

Besparingen door uitstroommaatregel

Eventuele compensatie van kosten via de gemeente zou in elk geval als voorwaarde moeten hebben dat patiënten een deel van die kosten zelf betalen. Daardoor kan er vanuit de vraagzijde prijsconcurrentie ontstaan tussen de leveranciers van de producten en daardoor lagere prijzen.

Het CVZ geeft aan dat de besparing niet geheel ingeboekt kan worden omdat een deel doorgeboekt moet worden naar de compensatieregeling buiten de Zvw, maar dat de besparing ook zal bestaan uit lagere inkoop en afleveringskosten en geen overlap van regelingen.

Ons inziens is deze aanname onjuist. Momenteel bestaat er geen overlap van regelingen, zijn er geen afleveringskosten en kopen de zorgverzekeraars deze middelen al jaren tegen een zeer laag bedrag in bij de toeleveranciers, meestal geen apotheken. Daarnaast besparen de zorgverzekeraars ook omdat ze afspraken maken generiek voor te schrijven en niet op merknaam.

Wij verwachten derhalve geen besparing en lagere kosten. Als de voedingszorg deels bij de WMO ondergebracht wordt is het zeer waarschijnlijk dat de kosten uiteindelijk hoger uitvallen als gevolg van substitutie, langere opname in de ziekenhuizen of het versleutelen van deze middelen in een DBC. Waardoor het niet meer transparant is en er ook rechtsongelijkheid gaat bestaan.

Tenslotte

Het CVZ geeft aan dat het basispakket evenwichtiger wordt met de uitstroom van de dieetvoeding voor medisch gebruik. Dat is volgens ons niet in overeenstemming met het preventiebeleid en de ketenzorg. Daarin wordt de zorgverzekeraar juist aangesproken om de verzekerde preventief te stimuleren ter voorkoming van extra aanspraak op zorg achteraf, zoals projecten voor overgewicht, diabetes, COPD, decubitus etc. De uitspraken van het CVZ staan haaks op dit beleid. Daarnaast is over het geheel genomen het advies van het CVZ niet in overeenstemming met de regierol die de verzekeraar toegewezen heeft gekregen en de ruimte om deze functiegericht in te gaan vullen.



Reactie op het Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Signalen naar aanleiding van de signaleringslijst

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om een aantal knelpunten en/of onduidelijkheden ten aanzien van hulpmiddelenzorg en de aanspraken hierop onder uw aandacht te brengen, deels zijn dit signalen die wij al eerder onder uw aandacht gebracht hebben in de notitie van 2009. Tevens maken wij van de gelegenheid gebruik om te reageren op de signalen in uw signaleringslijst.

- De bloedglucosemeter (BGM) die een constante bloedglucosemeting (CGM) uitvoert (deze is onderdeel van een insuline infuuspomp) hoort nu niet tot de aanspraken hulpmiddelenzorg. U geeft aan dat u begin 2010 met een standpunt komt. Wij willen graag onder uw aandacht brengen dat de informatie die de leverancier nu geeft bij het inzetten van een insuline infuuspomp met mogelijkheid tot constante bloedglucosemeting niet volledig is, de leverancier geeft niet aan dat één van de functionaliteiten waar men op inzet (het stoppen van de insulinetoevoer bij een hypo), niet beschikbaar is als de CGM niet uitgevoerd wordt. Hier ontberen we richtlijnen wanneer een dergelijke pomp in te zetten, alsmede een gedegen onderzoek naar een dergelijke functionaliteit.
- Caphosol, u geeft hier aan dat u gaat onderzoeken of het aan te merken is als een te verzekeren prestatie dan wel toegelaten moet worden tot het te verzekeren pakket. ZN zou graag zien dat u dit breder trekt en het niet toespitst tot alleen dit spécialité maar generiek wilt beoordelen of alle kunstspeeksel tot de aanspraken kunnen behoren.
- Er bestaat aanspraak op een enterale voedingspomp en een uitwendige infuuspomp als de bijbehorende sondevoeding of het geneesmiddel wordt vergoed. In uw advies omtrent de vergoeding van dieetpreparaten, geeft u aan dat sondevoeding uit het pakket dient te gaan. Er is geen verwijzing naar dit ingenomen advies terug in uw signaleringslijst. Graag aandacht hiervoor.
- Epilepsiealarm wordt aangevraagd als alarmeringsapparatuur. Er spelen hier twee problemen. Gezien de toelichting bij artikel 2.26 onder j, sub 2 valt het epi alarm niet onder de aanspraken in de Zvw. Om te zorgen dat er toch een voorziening wordt vergoed vraagt men een saturatiemonitor/bewakingsmonitor aan. Ook deze behoren in de huidige wetgeving niet tot de aanspraken hulpmiddelenzorg, maar vallen onder de medische specialistische zorg (DBC). Wij verzoeken u om te onderzoeken of de epi alarm onder de alarmeringsapparatuur verstrekt kan worden. Het tweede probleem is de vraag of een bewakingsmonitor bij langdurige inzet wel onder een DBC kan/moet blijven vallen. Mocht dit niet bij langdurig gebruik onder een DBC vallen, is de vraag of deze monitoren dan onder de aanspraken hulpmiddelenzorg gebracht kunnen worden. Dit verzoek heeft ZN in de reactie op uw pakketadvies 2009 al ingebracht.

Systeemadviezen

Heroriëntatie hulpmiddelenzorg

Het CVZ heeft bij de heroriëntatie gekozen voor een thematische benaderingen bij de herverdeling van de hulpmiddelenzorg. In zijn advies met betrekking tot de AWBZ-uitien werkt het CVZ deze thematische beoordeling verder uit.

Het voorstel van de zorgverzekeraars en de cliëntenorganisaties is om alle hulpmiddelen vanuit de Zvw te organiseren. De scheiding tussen medisch en participatie is arbitrair, zo ook de thematische benadering van zelfredzaamheid. Ook in het CVZ-advies wordt vanuit pragmatische overwegingen hier soms vanaf geweken. Dit maakt het er voor de patiënten en de zorgverleners niet eenvoudiger op.

Zeker de AWBZ-uitleenartikelen vinden de oorsprong in een medisch probleem. De verstrekking van de hulpmiddelen vergt vaak geen uitstel en zeker geen indicatieorgaan ertussen.

De integrale verlening van zorg op basis van functiegerichte aanspraken vanuit één regeling sluit tevens aan bij de ontwikkeling van ketenzorgproducten en functionele bekostiging van chronische ziekten. Hulpmiddelenzorg maakt onderdeel uit van de zorgketen en dient in één prestatie vanuit één regeling bekostigd te worden.

Func tiegerichte omschrijving

Zorgverzekeraars staan positief tegenover het functiegericht omschrijven binnen het hulpmiddelenbeleid, omdat dit beleid de individuele zorgvraag van de verzekerde centraal stelt en meer ruimte biedt om maatwerkoplossingen te contracteren voor hun verzekerden. Wel zijn er twijfels over de haalbaarheid van de invoering van de functiegerichte aanspraken zoals deze bedoeld zijn, gezien het beperkte aanbod van protocollen en richtlijnen.

Wij hebben geen inhoudelijke opmerkingen bij de voorgestelde systeemadviezen met betrekking tot de functiegerichte omschrijving. Zoals we al eerder aangegeven hebben, is de input die door de zorgverzekeraars zijn gegeven, meegenomen. We zien in uw advies het voorstel om een eigen bijdrage te vragen bij de hoorhulpmiddelen niet terug. Hier kunnen wij ons wel in vinden.

Randvoorwaarden om de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg te doen slagen zijn:

1. de indicatiestelling door voorschrijvers dient functiegericht te zijn, verwijzend naar de ICF-classificatie;
2. het beschikbaar zijn van richtlijnen en protocollen voor het objectief vaststellen van de zorgvraag;
3. de hulpmiddelen zijn op een betrouwbare wijze gelabeld met het 'Cliq-classificatiesysteem' en sluiten qua functionaliteit op een objectieve en transparante wijze aan op de zorgvraag.

Zorgverzekeraars hebben het initiatief genomen om samen met de patiëntenorganisaties (CG-Raad, CSO) verder invulling te geven aan het functiegericht omschrijven van de aanspraken op hulpmiddelenzorg, met als doel meer maatwerk voor de verzekerden. Overigens verwachten wij dat het loslaten van vergoedingslimieten tot aanzienlijke meerkosten gaat leiden. In uw financieel overzicht is dit niet opgenomen.

Adviezen

Mobiliteitshulpmiddelen

Zorgverzekeraars staan afwijzend tegenover het advies om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het te verzekeren pakket te halen. Wij zien ons hier ook gesteund door de CG-Raad en de Ouderenbonden. Het criterium algemeen gebruikelijk gaat hier niet op. Maar hier willen we een lans breken tegen de stapeling van eigen bijdragen voor verzekerden.

De zorgverzekeraar koopt de rollator door het hoge volume tegen een zeer scherpe prijs in. De consumentenprijs zoals we die nu zien ligt tot een factor 4 hoger. Daarnaast wordt het principe van functiegerichte aanspraken hier geweld aan gedaan. Als er geen laaggeprijsde hulpmiddelen meer verstrekt kunnen worden, zullen we een verschuiving zien naar de individueel aangepaste hulpmiddelen die vaak vele malen duurder maar niet adequater zijn.

Ook geeft u aan dat de AWBZ-uitleen voor deze hulpmiddelen kan vervallen. Krukken en rollators of looprekjes in de uitleen worden kortdurend gebruikt en weer, na inname, hergebruikt.

Zo wordt voorkomen dat een hulpmiddel nog slechts eenmalig gebruikt wordt en dan wordt weggedaan. Schaft men het niet aan, dan is de consequentie vaak dat men langer van andere zorg gebruik maakt.

Mocht het advies van het CVZ niet overgenomen worden, dan stelt het CVZ dat deze hulpmiddelen overgeheveld worden naar de WMO, gezien het advies van het CVZ ten aanzien van de heroriëntatie.

ZN vindt samen met de CG-Raad dat alle hulpmiddelen, dus ook de mobiliteitshulpmiddelen, onder de aanspraken op de Zvw dienen te vallen. Dit is het standpunt dat we bij het hoofdstuk heroriëntatie al aan de orde gesteld hebben.

Hulpmiddelen voor anticonceptie

ZN kan zich in dit advies vinden. Al kunnen we ons niet aan de indruk onttrekken dat het CVZ niet consistent is in haar uitingen. Aan de ene kant zien we een verschuiving naar het vergoeden van middelen die niet direct aan een bepaalde ziekte zijn gerelateerd, maar preventief bedoeld zijn. Aan de andere kant wordt het niet te bepalen van een ziektelast gezien als een rechtvaardiging om de anticonceptiemiddelen uit te sluiten van vergoeding.

Wel vragen we uw aandacht voor de Mirena-spiraal, deze heeft 2 indicaties, nl. enerzijds anticonceptie en anderzijds voorkoming van endometriumhyperplasie in de peri- en postmenopauze. Om uitvoeringsproblemen te voorkomen zou de omschrijving moeten luiden dat alle spiralen (inclusief de Mirena-spiraal) uitgesloten worden van vergoeding vanaf 21 jaar, uitgezonderd de Mirena-spiraal tijdens en na de menopauze (of nog beter uitvoerbaar en controleerbaar vanaf 40 jaar). Voor de Diana-pil geldt een soortgelijke redenering.

Standpunten

Naar aanleiding van uw standpunt over MucoClear 6%, willen we nogmaals verwijzen naar ons eerder uitgebrachte standpunt.

Zorgverzekeraars Nederland
De heer dr. P.F. Hasekamp, algemeen directeur
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Uw brief van
19 februari 2010

Uw kenmerk
ZDIR 2010 0025

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028340

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Hasekamp,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

A. Algemeen

Jaarlijkse pakketadvisering

U geeft aan dat het pakketadvies sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet een belangrijke plaats heeft verworven om periodiek vast te stellen welke vormen van zorg en behandeling deel horen uit te maken van de aanspraken op grond van de basisverzekering. U onderschrijft het belang van een consistent adviesbeleid met consequente toepassing van de pakketcriteria die door het CVZ worden gehanteerd.

U stelt voor om de jaarlijkse pakketadvisering in te passen in een cyclus van meerdere jaren. Als gekozen zou worden voor een periode van 4 jaar kan bij de totstandkoming van een regeerakkoord een aantal voorstellen worden meegenomen, en kan ook in politieke zin gekeken worden naar een evenwichtige aanpassing van wettelijke aanspraken. Hiermee kunnen 'jo-jo-effecten', die leiden tot extra administratieve lasten bij verzekeraars en een 'rommelige' indruk wekken bij het publiek, worden voorkomen.

Ook het CVZ acht een consistent adviesbeleid, en dus het voorkomen van jo-jo-effecten, met een consequente toepassing van de pakketcriteria van belang. Het jo-jo effect is niet het gevolg van een jaarlijks pakketadvies. De keuze voor de jaarlijkse bundeling van adviezen (en standpunten) en het tijdstip van uitbrengen van het pakketadvies is juist gemaakt om een integrale en evenwichtige (politieke) afweging over de aanpassing van de regelgeving mogelijk te maken. Een vierjaarlijkse cyclus is daarvoor te lang en biedt te weinig flexibiliteit voor de dynamiek in de zorg. Het aantal maatregelen is in zijn totaliteit beperkt. Met de gekozen pakketbeoordelingssystematiek hoopt het CVZ bij te dragen aan een rationele politieke besluitvorming.

Gepast gebruik

U ondersteunt de opvatting van het CVZ over gepast gebruik. Wel geeft u aan dat het een weg van lange adem zal zijn, die om afstemming met andere betrokken organisaties vraagt.

Het CVZ is blij met uw steun en overlegt graag over de rol van verzekeraars daarbij en hoe het CVZ die zou kunnen faciliteren.

Gepast gebruik in relatie tot het DBC-traject.

U plaatst een specifieke opmerking bij gepast gebruik in relatie tot het DBC-traject. Een DBC alleen zegt weinig over de vraag of gepast gebruik heeft plaatsgevonden. U wijst op een verbetering die wordt bereikt door de invoering van DOT. Er komen tussentijds één of meer ijkpunten, hetgeen moet leiden tot een juiste DBC-classificatie met gebruikmaking van een zogenoemde Groupier. U pleit er voor om ook de richtlijnen die door de beroepsgroepen worden ontwikkeld in dit traject in te bouwen, zodat zowel vooraf, bij aanvraag van de behandeling als achteraf duidelijk wordt dat de meest passende behandeling heeft plaatsgevonden. Zorgverzekeraars en het CVZ zouden hiervoor gezamenlijk het initiatief moeten nemen.

Het CVZ treedt graag met u in overleg om de mogelijkheden van uw voorstel te verkennen. De rol van initiatiefnemer past het CVZ in dezen niet, die ligt op het terrein van DBC Onderhoud en zorgverzekeraars.

Betekenis van een CVZ-standpunt voor de uitvoeringspraktijk

De brief waarin het CVZ ingaat op de uitvoeringsaspecten van een standpunt heeft voor u het één en ander verhelderd. U kunt zich voorstellen dat het in individuele gevallen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een uitspraak in een geschil, noodzakelijk kan zijn om tijdens het lopende verzekeringsjaar een nadere duiding te geven van de inhoud van het verzekerde pakket. Wel blijft u van mening dat meer algemene duidingen niet zouden moeten leiden tot aanpassingen in feitelijk verzekerde en ingekochte zorg gedurende de looptijd van de aangepaste zorgverzekeringpolis.

U bent daarom blij met de toezegging van het CVZ dat hij zich maximale inspanning zal getroosten om met betrokken organisaties reeds in de voorbereidingsfase contact op te nemen.

Het CVZ dankt u voor uw reactie op dit punt.

B. Conceptadviezen.

1. Anti-conceptiemiddelen.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. Het CVZ concludeert dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze toetsing maakt onderdeel uit van een integrale beoordeling van de anticonceptiemiddelen. Het CVZ adviseert voor alle leeftijdsgroepen uitstroom van de zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap. Het gebruik van de anticonceptieve middelen die voorgeschreven worden voor medische indicaties heeft het CVZ beoordeeld op basis van de pakketcriteria. Op basis van een afweging op grond van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid adviseert het CVZ dat deze middelen voor eigen rekening kunnen komen.

Uw reactie heeft dus betrekking op een beperkter uitstroomadvies dan nu naar de Minister is gestuurd. De strekking van uw commentaar is in de optiek van het CVZ echter ook, en in nog sterkere mate, van toepassing op het huidige advies. Hieronder gaat het CVZ in op uw brief.

U wijst op een zekere inconsistentie in de onderbouwing van het advies vergeleken met andere adviezen van het CVZ. Preventief bedoelde middelen stromen soms in, terwijl het niet kunnen bepalen van de ziektelast bij anticonceptie juist een reden is voor uitstroom.

U ziet uitvoeringsproblemen bij middelen met twee indicaties, zoals de Mirenaspiraal, en stelt voor om alle spiralen uit te laten sluiten van vergoeding of anders uit te gaan van een vaste leeftijdsgrens. Een leeftijdsgrens van bijvoorbeeld 40 jaar zou beter uitvoerbaar en controleerbaar zijn.

Het CVZ beaamt dat het vaak wisselen tussen wel en niet vergoeden niet bevorderlijk is voor de continuïteit en voor de helderheid. Dit staat overigens los van de consistentie in de advisering van het CVZ, omdat in- en uitstroom in het verleden vaak gebeurde zonder voorafgaande advisering door het CVZ.

Het CVZ ziet geen inconsistentie in de onderbouwing van zijn pakketadviezen. Anders dan u veronderstelt, vormde het niet kunnen bepalen van de ziektelast niet de onderbouwing van het concept uitstroomadvies. Ook in het huidige advies is dit niet het geval. Voor anticonceptie bestaat de onderbouwing uit het feit, dat voorbehoeden van zwangerschap niet valt onder het domein van de Zvw. Preventieve zorg voor burgers met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte valt daarentegen (onder bepaalde voorwaarden) wél onder het domein van de Zvw.

Voor medische indicaties vallen de middelen wel onder het domein van de Zvw. Het CVZ heeft hiervoor een algehele afweging gemaakt op basis van de pakketprincipes.

Doorslaggevend zijn geweest de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis en de samenloop van anticonceptie en gezondheidsklachten, het variëren van de ziektelast en de uitvoeringsproblemen voor verzekeraars.

2. Mondzorg 18 tot en met 21-jarigen.

In uw reactie geeft u aan het vreemd te vinden dat de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdigen, die per 2008 is verhoogd naar tweeëntwintig jaar, in het advies van het CVZ weer wordt verlaagd naar achttien jaar op basis van begin 2008 bekende onderzoeken. Het is juist dat een deel van de onderzoeken waarop het CVZ zich baseert ook voorhanden was toen het besluit de verhoging van de leeftijdsgrens werd genomen. Over het onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van jeugdige ziekenfondsverzekerden dat in 2005 is uitgevoerd, heeft het CVZ gerapporteerd in het Signalement Mondzorg 2007 dat op 17 december 2007 is uitgebracht. Deze gegevens hebben geen rol kunnen spelen bij de besluitvorming van deze uitbreiding.

Dat de onderzoeken dateren uit een periode voor 2008 doet aan de validiteit van de onderzoeken niet af. Op basis van onderzoeken is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van achttien tot tweeëntwintig geen aanleiding vormt tot bezorgdheid. Er bestond naar het oordeel van het CVZ geen zorginhoudelijke aanleiding de leeftijdsgrens te verhogen van achttien naar tweeëntwintig jaar.

In uw reactie verwijst u naar het conceptrapport Signalement Mondzorg 2009. Dit rapport moet de Raad van Bestuur nog vaststellen. In mijn reactie nu wil ik niet op die besluitvorming vooruit lopen. Wel wil ik u erop wijzen dat in het conceptrapport Signalement Mondzorg 2009 volwassenen in de leeftijd van 25 -74 jaar onderwerp van onderzoek zijn en voor de leeftijdsgroep 25-34 jaar juist een verbetering van de DMFT wordt geconstateerd. Het voorliggende advies heeft betrekking op verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar.

Het is goed te vernemen dat u geen verzekeringstechnische bezwaren heeft tegen het advies. Het CVZ ziet het gevaar van een 'jojo-effect' en is van mening dat onduidelijkheid over wat wel en wat niet tot de te verzekeren prestatie moet worden gerekend niet wenselijk is. Goede voorlichting, ook van zorgverzekeraars, kan onduidelijkheid voorkomen.

In bijlage 1 stelt u voor de uitkomsten van lopend onderzoek af te wachten alvorens de minister te adviseren. Het CVZ hecht aan een zorgvuldige besluitvorming. Het CVZ heeft daartoe sinds medio jaren '80 onderzoek laten uitvoeren naar de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking. Zoals u weet loopt er op het moment een onderzoek naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden. Op grond van de meest recente onderzoeksresultaten is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar geen aanleiding vormt tot bezorgdheid.

Hiermee ben ik op de door u ingebrachte argumenten ingegaan. Het CVZ ziet geen aanleiding het advies aan te houden of aan te passen.

In de bijlage noemt u ook andere onderwerpen van de mondzorg waarvan u vindt dat die een wijziging van wet- en regelgeving vereisen. Ik zal hieronder kort op de door u genoemde onderwerpen ingaan.

Het functiegericht omschrijven van de mondzorg voor verzekerden tot achttien jaar zou mogelijk relevant zijn indien de minister, op advies van de Nederlandse Zorgautoriteit, tot een nieuwe prestatiebeschrijving en vrije tarieven voor de mondzorg per 1-1-2011 zou besluiten. Zoals het er nu naar uitziet zal de minister niet besluiten de tarieven voor de mondzorg per 2011 vrij te geven. Ook is het onwaarschijnlijk dat er een nieuwe productbeschrijving mondzorg wordt vastgesteld.

Het CVZ zal niettemin onderzoeken of een functiegerichte omschrijving van de te verzekeren prestaties mondzorg voor jeugdige verzekerden gewenst is en zo ja, op welke termijn.

Ten aanzien van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) kan ik u meedelen dat het CVZ gaat onderzoeken of de huidige omschrijving van artikel 2.7, vijfde lid onder a van het Besluit zorgverzekering en de uitvoeringspraktijk in overeenstemming zijn met de bedoelingen van de wetgever. Ik doel hier met name op de verrichting extractie.

Tot slot stelt u voor een te verzekeren prestatie "overkappingsprothese op implantaten" op te nemen in het Besluit zorgverzekering. De door u geschetste problematiek is onlangs besproken met het College van Adviserend Tandartsen. Het CVZ zal zich beraden of een aanpassing van het Besluit zorgverzekering op dit punt gewenst is.

Een zorgvuldige behandeling van de door u genoemde punten laten opname in het Pakketadvies 2010 niet toe. Zoals ik hierboven heb aangegeven, hebben de betreffende onderwerpen de aandacht van het CVZ en zullen in het technisch overleg tandheelkunde (periodiek overleg mondzorg) met ZN aan de orde komen.

3. Dieetvoeding.

U hebt moeite met de redenering dat dieetvoeding voor medisch gebruik om voeding gaat en niet om zorg. Volgens u is het in een aantal situaties wel degelijk sprake van geneeskundige zorg. U bent van mening dat parenterale voeding, sondevoeding en dieetvoeding bij bepaalde stofwisselingsziekten in de zorgverzekering kunnen blijven. In alle andere gevallen kan dieetvoeding verwijderd worden uit de extramurale farmaceutische zorg. Verder vindt u het conceptadvies van het CVZ niet in overeenstemming is met de regierol die zorgverzekeraars toegewezen heeft gekregen en de ruimte om deze rol functiegericht in te vullen.

Het CVZ stelt uw bijdrage op prijs en heeft het door u geboden inzicht meegewogen in zijn besluit.

De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft het conceptadvies herziening vergoeding dieetpreparaten besproken in haar vergadering van 12 maart jl. Alle reacties die het CVZ heeft ontvangen van de belanghebbende partijen, inclusief de reactie van uw organisatie, zijn door de commissie meegewogen.

Over het conceptadvies dieetvoeding heeft de ACP het volgende geadviseerd: De vraag of dieetvoeding wel of niet onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt, is niet voor het hele veld van de dieetvoeding eenduidig te beantwoorden. De ACP is van mening dat in een aantal situaties dieetpreparaten vergoed moeten blijven worden. Immers, in sommige gevallen maken dieetpreparaten onlosmakelijk deel uit van de medische behandeling en kan dit niet gezien worden als voeding zoals men zelf ook zou regelen. Differentiatie kan dan plaatsvinden op basis van pakketcriteria. De ACP heeft daarnaast een andere overweging: zij raadt aan de evaluatie van de vorige pakketmaatregel af te wachten, zoals zij destijds heeft voorgesteld.

Naar aanleiding van het advies van de ACP, alsmede de reacties van de belanghebbende partijen heeft de Raad van Bestuur van het CVZ besloten nu geen advies over dit

onderwerp uit te brengen. Mochten de evaluatiegegevens van de laatste aanpassing van de vergoeding van de kosten van de dieetpreparaten aanleiding geven tot een hernieuwd standpunt of advies, dan zal het CVZ dit dossier heropenen. In dat geval zal het CVZ u tijdig informeren en consulteren.

4. Geneesmiddelen.

U constateert dat het concept Pakketadvies overeen stemt met de eerder uitgebracht adviezen.

5. Hulpmiddelen (inclusief mobiliteitshulpmiddelen)

Conceptadvies mobiliteitshulpmiddelen

In uw reactie merkt u op dat het criterium 'algemeen gebruikelijk' niet opgaat. Voor de goede orde merk ik op dat het CVZ alleen de rollator aanmerkt als algemeen gebruikelijk. Van de overige eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen stelt het CVZ dat deze niet algemeen gebruikelijk zijn. Dat is dan ook niet het argument voor uitstroom. Het CVZ is van mening dat alle eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van loopwagens en blindentaststokken, zijn aan te merken als financieel toegankelijk. U stelt een lans te willen breken tegen de stapeling van eigen bijdragen voor verzekeren. In dit kader wil ik opmerken dat het CVZ erkent dat de adviezen kunnen leiden tot een cumulatie van kosten en het CVZ heeft de minister hier eerder op gewezen.

U geeft aan dat zorgverzekeraars rollators door het hoge volume tegen een zeer scherpe prijs kunnen inkopen en dat de consumentenprijs een factor 4 hoger ligt. Het zal ongetwijfeld zo zijn dat zorgverzekeraars zeer scherp kunnen inkopen. Dit inkoopvoordeel heeft het CVZ niet in zijn overwegingen betrokken. Het CVZ hanteert de pakketprincipes en op grond van de pakketprincipes komt het CVZ tot het advies de rollator uit te sluiten van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet en dat het recht op het in bruikleen krijgen van rollators in het kader van de AWBZ kan komen te vervallen. Een verschuiving naar de individueel aangepaste hulpmiddelen acht het CVZ niet waarschijnlijk. Artikel 2.1, derde lid van het Besluit zorgverzekering en artikel 2, tweede lid van het Besluit zorgaanspraken AWBZ regelen dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en de aanspraak op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen. Verzekerden die zijn aangewezen op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zullen niet zijn aangewezen op eventueel individueel aangepaste hulpmiddelen. Dat het principe van functiegerichte omschrijving geweld wordt aangedaan is niet juist. Een functiegerichte omschrijving wil immers niet zeggen dat alle mogelijke hulpmiddelen een te verzekeren prestatie zouden vormen.

U gaat ook in op de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het kader van de AWBZ-uitleen. U stelt dat met de AWBZ-uitleen wordt voorkomen dat hulpmiddelen slechts eenmalig worden gebruikt en dan worden weggedaan. In het advies spreekt het CVZ de verwachting uit dat marktpartijen deze hulpmiddelen te huur zullen aanbieden. Ook daarmee wordt voorkomen dat hulpmiddelen slechts eenmalig worden gebruikt. Huur van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voorkomt dat verzekerden tot aanschaf van een hulpmiddel moeten overgaan dat zij slechts een korte periode zullen gebruiken.

Ik neem kennis van uw standpunt dat alle hulpmiddelen, dus ook de mobiliteitshulpmiddelen, onder de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet dienen te vallen.

Hulpmiddelen - overig

Hieronder zal het CVZ kort ingaan op nieuwe signalen ten behoeve van de signaleringslijst of een reactie op signalen zoals reeds opgenomen op de signaleringslijst.

- Zoals reeds telefonisch besproken, heeft het CVZ geen taak in de wijze waarop innovaties op de markt worden gezet. Dit heeft dan ook geen gevolgen voor de functiegerichte omschrijvingen van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

- Het CVZ beoordeelt in principe niet één specifiek merkhulpmiddel en zal de minister ook niet aanbevelen om een 'merknaam' op te nemen in de Regeling zorgverzekering. Het CVZ zal dan ook de behandeling met speekselsubstituut of mondspoeling gaan beoordelen. Het is natuurlijk wel zo dat de fabrikant van Caphosol deze beoordeling bij het CVZ aanhangig heeft gemaakt en het middel is daarom wel in de Signaleringslijst als zodanig genoemd.
- Het CVZ is van mening dat er bij sondes en voedingspompen sprake is van medische hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen zijn niet algemeen gebruikelijk en niet financieel toegankelijk op basis van de criteria zoals door het CVZ opgenomen in het rapport 'Beoordelingskader hulpmiddelenzorg'. Om die reden had het CVZ deze hulpmiddelen al niet meegenomen in het ontwerp-uitstroomadvies dieetvoeding.
- Het CVZ gaat voor het Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2011 de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de mate van bewustzijn (o.a. kappen ter bescherming van de schedel) functiegericht omschrijven. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen ook de hulpmiddelen te gebruiken bij epilepsie (indien sprake is van hulpmiddelenzorg en deze hulpmiddelen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk). Het CVZ gaat daarom niet onderzoeken of deze hulpmiddelen onder de alarmeringsapparatuur zouden kunnen gaan vallen.
Uw tweede probleem is de vraag of een bewakingsmonitor bij langdurige inzet wel onder een DBC kan/moet vallen. Op basis van het stroomschema uit het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' komt het CVZ tot de conclusie dat er sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De reden hiervoor is dat er bij een bewakingsmonitor of saturatiemeter (ongeacht de duur van de inzet van het hulpmiddel) spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn.

Het CVZ is verheugd over het feit dat ZN positief staat tegenover het functiegericht omschrijven binnen de hulpmiddelenzorg en stelt vast dat ZN geen inhoudelijke opmerkingen heeft bij de voorgestelde systeemadviezen. Het CVZ constateert dat u zich kan vinden in ons voorstel om geen eigen bijdrage te vragen bij de hoorhulpmiddelen. Uw organisatie uit wel twijfels over de haalbaarheid van de invoering van de functiegerichte aanspraken zoals deze bedoeld zijn, gezien het beperkte aanbod van protocollen en richtlijnen. U noemt daarnaast enkele voorwaarden om de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg te doen slagen. Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om deze randvoorwaarden te realiseren. Het CVZ acht de invoering van de functiegerichte aanspraken haalbaar. Het CVZ acht van belang dat de uitvoeringspraktijk door de wet- en regelgeving niet wordt gefrustreerd. Totdat protocollen en/of richtlijnen tot stand zijn gekomen, kunnen zorgverzekeraars - als zij daaraan behoefte hebben - de oude indicatiecriteria (voor zover niet gewijzigd) hanteren voor de uitvoering van de functiegerichte omschrijvingen.

6. Eigen bijdrage Psychologische hulp (eerstelijns)

U geeft aan dat u het eerdere advies van het CVZ over het laten vervallen van de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg onderschrijft, nu de eigen bijdrage al bij de GGZ-hulp in de tweedelijns is komen te vervallen. U kunt niet overzien of dit financiële consequenties heeft als gevolg van mogelijk meer gebruik.

Voor de goede orde merk ik op dat het CVZ heeft geadviseerd de eigen bijdragesystematiek te harmoniseren. Of dit betekent dat de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg komt te vervallen of dat die voor de overige geneeskundige GGZ opnieuw wordt ingevoerd, is aan de minister van VWS.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate

7/ZA/2010028340

hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Boer', with a horizontal line extending to the left.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor zorgverzekeringen
t.a.v. Mevr. M. de Haan
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 15 februari 2010
Kenmerk: PJ/JL/10.025

Betreft: Pakketadvies 2010 en Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw De Haan,

Dit schrijven is een reactie op uw verzoek van 14 januari 2010, uw kenmerk:ZA/2010001987, om te reageren op het Concept Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010.

Allereerst onze dank voor het geven van de gelegenheid om onze mening te geven. Uiteraard hebben we met name onze focus gericht op die onderdelen die ons en met name onze patiënten aangaan.

Tot onze verrassing is een aantal items niet nieuw te noemen, wordt teruggekomen op eerdere adviezen gegeven in het recente verleden. Adviezen die vrijwel ongewijzigd terugkomen, waarbij onze reactie niet anders zal zijn dan in het verleden.

Allereerst wil ik u verwijzen naar ons schrijven aan de Minister van VWS van 28 juni 2007 (kenmerk VRA/PJ/2007.79) zijnde onze reactie op het Pakketadvies 2007 betreffende de verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen. Van deze brief hebben wij u destijds een kopie gezonden; voor de goede orde voegen wij nogmaals een kopie hierbij. Ten aanzien van dit onderwerp is ook in 2010 onze mening (zoals verwoord in het schrijven van 2007) nog steeds van kracht, onveranderd. De VRA is nog steeds van mening dat verwijderen van mobiliteitshulpmiddelen uit het basispakket om in de brief genoemde redenen niet verstandig en ongewenst is.

Daarnaast hebben wij nog steeds onveranderd moeite met de overheveling van hulpmiddelen naar de WMO. Ons schrijven gedateerd 18 juni 2009 (kenmerk: JL/GB/09.092; zie bijlage 2) is wat ons betreft nog steeds actueel. Onze mening in deze is niet veranderd.

Daarnaast wordt naar onze mening voorbij gegaan aan de uitkomst van een evaluatie van de uitvoering van de WMO waarvan op korte termijn de uitslag valt te verwachten. Het wordt aan de minister overgelaten om aan de uitslag van die evaluatie conclusies te verbinden.

Naar onze mening moet bij iedere twijfel aangaande het functioneren van de WMO uitbreiding van het pakket van de WMO (voorlopig) uitblijven teneinde de (mogelijk) uit de evaluatie naar voren gekomen problemen niet nog verder te vergroten. De VRA is van mening dat het advies aan de minister op zijn minst een advies in die richting moet bevatten.

Tot slot willen wij u wijzen op het gegeven dat bij diverse zaken gemeld wordt dat het betreffende item onderdeel is van medisch-specialistische zorg met als gevolg dat het daarmee onderdeel is van een DBC.

Theoretisch een juiste conclusie ware het niet dat in de huidige situatie voor veel onderwerpen (zeker op het gebied van de hulpmiddelenzorg) geldt dat dit nog allerminst geregeld is, met als gevolg dat de patiënt het kind van de rekening kan worden wanneer enerzijds het gevraagde niet vergoed wordt via de ziektekostenverzekering anderzijds de DBC daarin niet voorziet.

Met klem willen wij u vragen hiermee rekening te houden en pas dan onderwerpen te schrappen uit het pakket wanneer daadwerkelijk de specifieke DBC daarin voorziet.

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben. Desgewenst zijn we gaarne bereid nadere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,
Namens het bestuur van de VRA,



G.A. Balk,
Secretaris

Bijlagen:

- Brief VRA d.d. 28 juni 2007 aan Minister VWS inzake Pakketadvies 2007
- Brief VRA d.d. 18 juni 2009 aan CVZ inzake Heroriëntatie Hulpmiddelen

J. n
Bijlage 1

KOPIE



De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. A. Klink
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Utrecht, 28 juni 2007

Kenmerk: VRA/PJ/2007.79
Betreft: Pakketadvies CVZ 2007

Excellentie,

Na de nodige overdenking en beraadslaging binnen onze vereniging hebben we uiteindelijk als bestuur van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) besloten om onze zorg en afkeuring uit te spreken t.a.v. het advies van CVZ. aangaande de toekomstige verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen.

Zoals vermeld in het Pakketadvies 2007 wordt U geadviseerd om mobiliteitshulpmiddelen niet langer in aanmerking te laten komen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet.

Om een aantal redenen hebben wij daar moeite mee:

- Allereerst is het o.i. een gegeven dat mensen die dergelijke hulpmiddelen nodig hebben over het algemeen niet de meest draagkrachtigen onder ons zijn. Vaak zijn het juist mensen die door ziekte of gebrek een lager inkomen genieten of recent wezenlijk achteruit gegaan zijn qua inkomen. Zij behoren juist niet tot de grote groepen burgers die deze hulpmiddelen voor eigen rekening kunnen aanschaffen.
- Hulpmiddelen als genoemd in het Pakketadvies zijn o.i. (anders dan bijvoorbeeld de wandelstok) niet algemeen gebruikelijk, maar worden alleen gebruikt als gevolg van ziekte of gebrek.
- Het niet langer vergoed krijgen van dergelijke hulpmiddelen zal onze behandeling nadelig kunnen beïnvloeden. Het is een gegeven dat vele patiënten die, na bijvoorbeeld een beroerte, amputatie van een been of vanwege een andere oorzaak, weer mobiel moeten worden, in de loop van hun revalidatieproces veranderen van type hulpmiddel. Wanneer deze hulpmiddelen niet langer vergoed worden kan het zijn dat men "blijft hangen" bij een hulpmiddel, daar waar men met behulp van een ander hulpmiddel (dat men financieel niet (meer) kan opbrengen) mobieler zou kunnen zijn. Het revalidatieproces kan de in het Pakketadvies genoemde termijn van 6 maanden overschrijden, zodat de uitleenmogelijkheid vervalt. Het switchen zal men niet kunnen opbrengen daar waar men al de nodige financiële problemen heeft doordat bijvoorbeeld vervoerskosten niet langer voor vergoeding in aanmerking komen en andere eigen bijdrages een aanslag doen op hun budget.

- Vele patiënten hebben meerdere loophulpmiddelen nodig. Bijvoorbeeld om zich te kunnen verplaatsen op zowel boven- als benedenverdieping en/of met of zonder prothese.
- Wanneer men zelf loophulpmiddelen moet aanschaffen zal de prijs de doorslaggevende factor kunnen worden. Er zullen aanbieders komen (zo die nu al niet actief zijn op deze markt), die deze hulpmiddelen niet tot hun corebusiness mogen rekenen en derhalve bijvoorbeeld geen optimale advisering kunnen garanderen. De kwaliteitscontrole zoals die er nu is via de verzekeraars zal wegvallen. Dit kan tot gevolg hebben dat in toenemende mate ondeugdelijke hulpmiddelen gebruikt zullen worden met (op korte dan wel langere termijn) ietsel als mogelijk gevolg.
- Het is niet zelden dat ook kinderen dergelijke hulpmiddelen nodig hebben. Door intensief gebruik (het zijn en blijven kinderen...) en groei is in het algemeen vaker dan bij volwassenen vervanging noodzakelijk. Dit kan vanwege een beperkt budget van de ouders leiden tot niet, dan wel uitgestelde vervanging met alle mogelijke gevolgen van dien. Wanneer deze kinderen geen optimale voorziening kunnen gebruiken en daarmee beperkt worden in hun (zelfstandige) mobiliteit, kan dit leiden tot onnodige vertraging in hun ontwikkeling.
- Te lang (moeten) doorlopen met ondeugdelijke hulpmiddelen kan (zowel bij ouderen als kinderen) leiden tot secundaire gezondheidsproblemen (overbelasting) of zelfs acute problemen als gevolg van bijvoorbeeld een val. Deze problemen kunnen indirect een substantieel deel van de nagestreefde bezuiniging teniet doen, nog afgezien van (niet eenvoudig te kapitaliseren) verlies van kwaliteit van leven.
- Tot slot is het argument dat gebruikt wordt om de blindentaststok wel te blijven vergoeden ook van toepassing op onze patiënten: het betreft evenzeer een essentieel hulpmiddel omdat zij voor de mobiliteit op deze voorziening zijn aangewezen.

We zijn er ons van bewust dat we laat zijn met onze bezwaren. Desalniettemin hopen we dat deze toch nog een rol kunnen spelen bij uw besluitvorming. De late reactie is mede te wijten aan het gegeven dat wij door CVZ in deze niet als potentiële stakeholder gehoord zijn. Uiteraard zijn wij bereid om desgewenst een toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur van de VRA



G.A. Balk, secretaris VRA-bestuur

Bijlage 2

KOPIE



College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer J.C. de Wit
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 18 juni 2009
Kenmerk: JL/GB/09.092

Betreft: Consultatie Heroriëntatie hulpmiddelen

Geachte heer De Wit,

Dit schrijven is een reactie op uw verzoek van 27 mei jl. (uw kenmerk PAK/29056536) om te reageren op het conceptadvies betreffende de uitvoeringstoets Heroriëntatie Hulpmiddelen.

Allereerst willen wij u danken voor deze gelegenheid, waarbij we tegelijkertijd wel aan willen geven dat de geboden reactietijd het ons haast onmogelijk maakt om te kunnen komen met een uitgekristalliseerde, breed bediscussieerde reactie.

Toch menen wij dat we de gelegenheid om in deze fase commentaar te geven niet moeten laten passeren vanwege het belang van de materie en de grote gevolgen die deze voorstellen kunnen gaan hebben voor de mensen wij onder behandeling hebben of hebben gehad. Maar ook voor hen die geen "revalidatie-achtergrond" hebben, maar toch in de toekomst behoefte zullen hebben aan hulpmiddelen.

Uiteraard ondersteunen wij de benadering op basis van de ICF; uw analyse in hoofdstuk 4 kan onze steun krijgen. Echter wij willen wel kwijt dat op verschillende plaatsen wel zeer pragmatisch omgegaan wordt met deze ICF en aan andere aspecten een hogere prioriteit gegeven wordt. Dat betreuren wij en is onzes inziens ook niet zonder gevaar omdat de ICF een alomvattend beeld biedt en nu als het ware hapsnap gebruikt wordt, (naar het lijkt) al naar gelang het uitkomt.

Over hoofdstuk 5 hebben we de volgende opmerkingen:

Veel van de hulpmiddelen zoals genoemd in 5d (communicatie), 5e (mobiliteitshulpmiddelen, meer in het bijzonder hulpmiddelen voor handhaven van de zittende houding, nauwkeurig gebruiken van de hand, zich verplaatsen met speciale middelen, zich binnenshuis verplaatsen, zich buitenshuis verplaatsen, anti-decubitus hulpmiddelen etc.) hebben een intensieve relatie met de revalidatie en zijn over het algemeen een resultante van het revalidatieproces. De keuze van deze hulpmiddelen kan niet achteraf, geïsoleerd, bekeken worden, aangezien dat tot grote inefficiëntie en verspilling van eerdere inspanning leidt. Het betreft ook hulpmiddelen die vaak uitgesproken individueel zijn en nauwelijks in het pakketdenken van de Wmo onder te brengen zijn. Hulpmiddelen waarmee intensief geoefend moet worden voordat ze adequaat inzetbaar zijn, en waarvan snelle beschikbaarheid noodzaak is. De oefening is vaak onderdeel van de revalidatiebehandeling. Bovendien is er voor de meeste hulpmiddelen een medische indicatiestelling nodig, controle daarvan is geen taak voor de Wmo-afdeling van een willekeurige gemeente, waar geacht mag worden dat (in ieder geval nu) de benodigde kennis ontbreekt.

Het gevaar is dat veel aanvragen in de Wmo als een individuele en van het pakket afwijkende keuze benaderd gaan worden. De Wmo is daar niet op ingericht. Daartoe zijn de uitvoerders van de Wmo niet geëquipeerd, ontbreekt het voorsnog aan kennis en dreigt vertraging op te treden, juist op het moment dat continuïteit van de overgang van het revalidatieproces naar de thuissituatie essentieel is.

Wij vrezen verkeerde keuzes en onnodige wachttijden die vervolgens aan het effect van onze inspanningen (en die van onze patiënten!) afbreuk doen. Onze behandelprotocollen zijn landelijk georiënteerd en kunnen moeilijk inspelen op de afzonderlijke verordeningen van de vele gemeenten in Nederland. Daarbij speelt ook mee dat wij deze hulpmiddelen vaak persoonsgebonden en zelfs ook lichaamsgebonden vinden, waardoor deze naar onze mening niet in de Wmo thuishoren.

Daarnaast wijzen we u op de doelgroep die een progressief ziektebeeld heeft, waarbij de aard van de voorziening periodiek aangepast moet worden om adequaat te blijven (bv. diabetes, ALS). De Wmo wordt zoals gezegd pakketgeoriënteerd uitgevoerd en mist vooralsnog de benodigde flexibiliteit van maatwerk en snel inspelen op veranderingen in de situatie, terwijl het hier gaat om een functiegerichte keuze, niet altijd uit een pakket, maar juist een keuze uit wat er dienaangaande op de markt voorhanden is.

Daar Wmo-organisaties werken met drempels en eigen bijdrages kan er een fors (financieel) nadeel optreden voor de betrokkenen, een groep die over het algemeen qua (financiële) draagkracht niet sterk is. Per gemeente zal hier wisselend mee om gegaan worden, bovendien kan dit beleid per begrotingsjaar gaan wisselen

Ten aanzien van hoofdstuk 6c (overgang van AWBZ uitleen naar Wmo) willen we opmerken dat het hier gaat om (eenvoudige) hulpmiddelen die in de thuissituatie, acuut en laagdrempelig ingezet moeten kunnen worden om vaak een snelle, adequate (veilige!) overgang naar de thuissituatie mogelijk te maken. Zonder deze hulpmiddelen zou het enige alternatief zijn een langer verblijf in het revalidatiecentrum, ziekenhuis of zorgcentrum. Hiermee wordt een streven dat we allemaal onderschrijven en in het belang van de patiënt en zijn omgeving is, ernstig in gevaar gebracht.

Wij kennen de uitvoering van de Wmo momenteel als sterk procedureel gericht, met trage besluitvorming, met per gemeente wisselend beleid en daarmee dus allesbehalve in overeenstemming met wat deze (tijdelijke) voorziening thans mogelijk maakt. Wij zouden er eerder aan kunnen denken om deze tijdelijke hulpmiddelen onder het regiem te brengen van de aanbieder die er belang bij heeft de patiënt onder verantwoorde omstandigheden naar thuis over te hevelen; dan denken we bijvoorbeeld aan de (poliklinische) revalidatie-instellingen en andere zorginstellingen. Het gaat immers om tijdelijke maatregelen in het verlengde van en feitelijk onderdeel van de behandeling.

Tenslotte wijzen we u op de expertise en benadering van hulpmiddelen in onze beroepsgroep. Hulpmiddelen worden als onderdeel gezien van de middelen aan te wenden om het revalidatiedoel te bereiken. Juist de laatste jaren is met de nodige inspanning op een aantal fronten gewerkt om het hulpmiddel sterker als onderdeel van het revalidatieproces te benaderen en het revalidatieteam hiertoe te equiperen. In die context werken leden van ons mee aan de ontwikkeling van zorgprotocollen gericht op de indicatiestelling van hulpmiddelen. Door een aantal hulpmiddelen nu naar een andere regelomgeving over te hevelen, wordt dat traject op de helling gezet.

We willen tot slot niet onvermeld laten dat in den lande al uitgebreide, vruchtbare, samenwerkingsverbanden bestaan tussen m.n. revalidatie-instellingen en Wmo-organisaties. In die gevallen is in ieder geval heroriëntatie noodzaak. Helaas is dat zeker niet overal het geval, bovendien zal het merendeel van de patiënten zich niet via een revalidatie-instelling bij het loket van de Wmo melden. Wij vragen u dan ook met klem het advies te heroverwegen en onze visie daarbij mee te wegen. Natuurlijk zijn we bereid hier nader in mee te denken.

Met vriendelijke groeten,



G.A. Balk, revalidatiearts
secretaris VRA

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
De heer G.A. Balk, secretaris
Postbus 9696
3506 GR UTRECHT

Uw brief van
15 februari 2010

Uw kenmerk
PJ/JL/10.025

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028399

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Balk,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Mobiliteitshulpmiddelen.

In uw reactie op het advies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen geeft u aan dat dit advies voor een groot deel overeenkomt met het advies inzake de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen in het Pakketadvies 2007. U verwijst voor uw reactie op het advies over de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen naar uw reactie aan de minister van 28 juni 2007. In mijn antwoord zal ik reageren op de in die brief naar voren gebrachte opmerkingen.

Als eerste punt merkt u op dat mensen die een eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen nodig hebben over het algemeen niet de meest draagkrachtigen zijn en daardoor niet behoren tot de groep burgers die deze hulpmiddelen voor eigen rekening kunnen aanschaffen.

Het CVZ hanteert bij de beoordeling van het pakket de pakketprincipes. Deze pakketprincipes zijn voor de hulpmiddelenzorg verder uitgewerkt in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. De minister heeft in zijn reactie op het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg aangegeven, dat met het beoordelingskader een goede aanzet wordt gegeven tot een meer transparante beoordelingswijze van de hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet. Het CVZ, aldus de minister, onderbouwt ermee waarom niet alle verkrijgbare hulpmiddelen tot het verzekerde pakket behoren. Voorts geeft de minister aan dat het beoordelingskader goed aansluit bij de door hem gestelde beleidsdoelen. Op grond van de pakketprincipes en het beoordelingskader hulpmiddelenzorg komt het CVZ tot de conclusie dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voor eigen rekening kunnen komen.

U geeft aan van mening te zijn dat de genoemde eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet zijn aan te merken als algemeen gebruikelijk.

Het CVZ is het, uitgezonderd de rollator, met u eens. In het advies merkt het CVZ alleen de rollator aan als algemeen gebruikelijk. Van de overige eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen stelt het CVZ dat deze niet algemeen gebruikelijk zijn.

Zoals het CVZ in het advies heeft aangegeven verwacht het CVZ dat marktpartijen eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te huur zullen aanbieden. Huur van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen voorkomt dat verzekerden tot aanschaf van een hulpmiddel moeten overgaan dat zij slechts een korte periode zullen gebruiken. Het CVZ verwacht dat overname van het advies door de minister geen nadelige gevolgen zal hebben voor de behandeling van patiënten.

U merkt op dat er ook verzekerden zijn die meerdere loophulpmiddelen nodig hebben. Ook geeft u aan dat bij gebruik van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen door kinderen vaker vervanging aan de orde is. Het CVZ acht de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen ook dan nog toegankelijk. Mochten er in individuele situaties problemen ontstaan dan kan de verzekerde mogelijk een beroep doen op de bijzondere bijstand.

U spreekt uw zorg uit over het gevaar dat er aanbieders op de markt komen die geen optimale advisering kunnen garanderen en dat er in toenemende mate ondeugdelijke hulpmiddelen gebruikt zullen worden. Ook waarschuwt u voor het gevaar dat verzekerden te lang doorlopen met ondeugdelijke hulpmiddelen. Het CVZ deelt deze zorg niet en verwacht dat verzekerden wel degelijk oog hebben voor een goede prijs/kwaliteit verhouding en geen genoegen zullen nemen met ondeugdelijke hulpmiddelen.

Heroriëntatie hulpmiddelenzorg.

U geeft aan, evenals bij de eerdere consultatie, dat u onveranderd moeite heeft met de overheveling van hulpmiddelen naar de Wmo. Daarnaast wordt naar uw mening voorbij gegaan aan de uitkomst van de evaluatie van de Wmo, waarvan op korte termijn de uitslag is te verwachten. U vindt dat bij ieder twijfel over het functioneren van de Wmo uitbreiding van het pakket van de Wmo (voorlopig) moet uitblijven ten einde de (mogelijk) uit de evaluatie naar voren gekomen problemen niet te vergroten. U bent van mening dat het CVZ in zijn advies aan de minister van VWS op zijn minst een advies in deze richting moet bevatten.

Het CVZ heeft eerder gereageerd op de opmerkingen die u hebt ingebracht. Omdat een aantal belanghebbende partijen en ook de Adviescommissie Pakket vraagtekens plaatste bij de adequaatheid van de uitvoering van de Wmo door gemeenten, heeft het CVZ zowel in het rapport als in de aanbiedingsbrief aan de minister van VWS met nadruk gewezen op de ophanden zijnde evaluatie van de Wmo. Het CVZ heeft de minister voorgesteld zijn besluitvorming over de heroriëntatie hulpmiddelen aan te houden tot het moment dat de uitkomsten van de evaluatie van de Wmo beschikbaar zijn. Mocht de minister aan deze evaluatie conclusies verbinden die relevant zijn voor de positionering van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening, dan heeft dit ook gevolgen voor dit advies over de heroriëntatie hulpmiddelen.

Financiering op basis van DBC's

U wijst erop dat bij diverse zorgvormen wordt vermeld dat die deel uitmaken van de medisch-specialistische zorg met als gevolg dat deze daarmee onderdeel zijn van een DBC. U vraagt het CVZ er rekening mee te houden en pas onderwerpen te schrappen uit het pakket wanneer daadwerkelijk de specifieke DBC daarin voorziet.

U vraagt terecht aandacht voor dit punt. Het CVZ heeft dit ook onderkend en om die reden 'Een standpunt en dan?' (zie paragraaf 6.c. van het Pakketadvies 2010). In voorkomende gevallen zal het CVZ tijdig in overleg treden met betrokken partijen.

3/ZA/2010028399

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Secretariaat

Postbus 413
3500 AK UTRECHT
Telefoon: 030-2739706 of
0654767995
Bezoekadres: Oudlaan 4

Aan: College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw L. Visser
Postbus 320
1110 AH Diemen

Datum : 16 februari 2010
Uw kenmerk :
Ons kenmerk : 20100216jz
Onderwerp : conceptdeelrapport hulpmiddelenzorg

Geachte mevrouw Visser,

Bij deze laat ik u weten dat SIAC – de landelijke organisatie van instellingen voor mensen met een auditieve/communicatieve handicap – kan instemmen met de conclusies/voorstellen zoals door u beschreven in het concept van het deelrapport hulpmiddelenzorg 2010.

Met vriendelijke groet,


Dr. J.A. Zwitter,
Secretaris a.i.

Samenwerkende Instellingen Auditieve
Communicatieve Sector (SIAC)
De heer drs. J.A. Zwitser
Postbus 413
3500 AK UTRECHT

Uw brief van
16 februari 2010

Uw kenmerk
20100216jz

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010028461

Behandeld door
mw. M.A. den Haan
J.C. de Wit

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05
(020) 797 87 97

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Zwitser,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010.

In uw brief geeft u aan dat u instemt met de conclusies/voorstellen zoals deze zijn beschreven in het concept deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie Pakket op 12 maart 2010 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 9 van het Pakketadvies 2010 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,



dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Samenvatting

In 1995 is de aanspraak op tandheelkundige hulp voor volwassen verzekerden beperkt. De beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp is doorgevoerd om daarmee de gewenste financiële verantwoordelijkheid van de burger voor de kosten van zijn mondgezondheid gestalte te geven.

Met ingang van 2008 is de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg verhoogd van achttien naar tweeëntwintig jaar.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft beoordeeld of het recht op mondzorg voor verzekerden van achttien- tot tweeëntwintigjarigen past binnen de uitgangspunten van het pakketbeheer en de gewenste eigen verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid.

Op basis van onderzoek dat het CVZ heeft laten uitvoeren is er geen aanleiding tot zorginhoudelijke bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van 18 tot 22 jaar.

Het CVZ komt tot de conclusie dat er op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid geen aanleiding is mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarigen te rekenen tot de te verzekerden prestaties.

Het CVZ adviseert de minister het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

1. Uitstroom mondzorg achttien- tot tweeëntwintigjarigen

1.a. Aanleiding en verantwoording

Het CVZ beoordeelt aan de hand van zijn pakketprincipes en de daarbij te hanteren criteria of zorg die op dit moment voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt, nog steeds verzekerd moet blijven. Primair kijkt het CVZ of het om zorg gaat die een geneeskundig doel dient. Vervolgens beoordeelt het CVZ de zorg op basis van de tot op heden gehanteerde normen voor de vier pakketprincipes, noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

1.b. Beperking aanspraak tandheelkundige hulp in 1995

Met ingang van 1 januari 1995 is de aanspraak op tandheelkundige hulp voor volwassen verzekerden in het kader van de toen geldende Ziekenfondswet beperkt.

Overwegingen

De toenmalige regering achtte de beperking op grond van een aantal overwegingen verantwoord.

- De bewustheid van het belang van een goede mondgezondheid was sterk toegenomen.
- Daarbij was ook het besef van de eigen verantwoordelijkheid voor die mondgezondheid gegroeid.
- Het bezoek aan de tandarts geschiedde doorgaans zo regelmatig dat in de Nederlandse situatie sprake was van een goede gebitsverzorging.
- Die goede gebitsverzorging heeft ook tot gevolg dat de kosten die gemoeid zijn met de tandheelkundige verzorging voor de individuele burger in het algemeen overzienbaar waren.

De regering was van oordeel dat deze situatie diende te blijven bestaan en heeft er daarom voor gekozen de tandheelkundige hulp aan de jeugd in het ziekenfondspakket te houden. Ook heeft het kabinet toen gekozen om de drempelvrije toegang tot preventief onderhoud voor volwassenen te behouden. Het kabinet achtte een periodiek tandartsbezoek in dit perspectief van belang.

Het kabinet ging er vanuit dat op die wijze een pakket beschikbaar blijft dat bijdraagt aan de mondgezondheid van de burger en tevens voor de burger de financiële risico's overzienbaar houdt.

Met deze aanpassing van de aanspraak op de tandheelkundige hulp kwam aldus de regering ook de gewenste financiële verantwoordelijkheid van de burger voor de kosten van zijn gezondheid tot zijn recht.

**Preventief
periodiek
onderzoek uit
pakket**

1.c. Verdere beperking van het recht op mondzorg

Met ingang van 2004 is een verdere beperking van het recht op mondzorg doorgevoerd. Preventief periodiek onderzoek is toen uit het pakket verwijderd.

Zowel de vergrijzing op langere termijn, als de financieel-economische situatie van Nederland waren voor de regering aanleiding het recht op mondzorg te beperken. Beperking van het pakket werd noodzakelijk geacht vanwege een stijging van de collectief verzekerde zorguitgaven.

**Uitgangssituatie
CVZ**

1.d. Uitbreiding recht op mondzorg vanaf 2008

In het coalitieakkoord van de huidige regering was afgesproken het preventief periodiek onderzoek voor volwassen verzekerden op te nemen in de basisverzekering. Na overleg met de Tweede Kamer heeft het kabinet besloten niet het preventief periodiek onderzoek in de basisverzekering op te nemen, maar de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg te verhogen van achttien naar tweeëntwintig jaar.

De reden om de leeftijd te verhogen, zo blijkt uit de toelichting van de wijziging van het Besluit zorgverzekering, was dat de groep verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar een risicogroep zou vormen. Dit zou met name aan de

orde zijn wanneer zij zelfstandig gaan wonen. Het eetpatroon zou tijdelijk ongezonder zijn en ook zou de groep nonchalanter omgaan met hun mondhygiëne. Verder zou de groep, al dan niet om financiële redenen, niet meer preventief naar de tandarts gaan.

1.e. Beoordeling CVZ

Wet- en regelgeving Het recht op mondzorg is geregeld in artikel 10, onder b, van de Zorgverzekeringswet. In artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering is nader beschreven op welke mondzorg verzekerden recht hebben. Mondzorg voor verzekerden tot tweeëntwintig jaar is beschreven in lid 4 van dit artikel.

Uitgangssituatie CVZ De omvang van het recht op mondzorg zoals dat in 1995 is vormgegeven is voor het CVZ de uitgangssituatie bij het volgen van de ontwikkeling van de mondgezondheid. Een belangrijk onderwerp bij het volgen van de ontwikkeling van de mondgezondheid is de toets of de overwegingen die de regering in 1995 noemde voor de beperking van de aanspraak op mondzorg nog steeds actueel zijn. Met andere woorden: het CVZ bekijkt of er sprake is van een pakket dat bijdraagt aan de mondgezondheid van de burger en tevens de financiële risico's voor de burger overzienbaar houdt. Het CVZ laat daartoe regelmatig onderzoek uitvoeren naar de mondgezondheid van jeugdige en volwassen verzekerden. De mondgezondheid van volwassen verzekerden is onderzocht in 1983, 1995, 2002 en 2007. Onderzoeken naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden zijn uitgevoerd in 1987, 1990, 1993, 1996, 1999, 2003 en 2005. Op het moment wordt er een nieuw onderzoek uitgevoerd.

Bij de beoordeling van het recht op zorg hanteert het CVZ de pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Indien een zorgvorm niet voldoet aan de pakketprincipes is dit een reden een zorgvorm niet tot het basispakket toe te laten of uit het basispakket te verwijderen.

Bij de beoordeling van het recht op mondzorg voor verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar betreft het CVZ naast de pakketprincipes ook de overwegingen die ten grondslag lagen aan de beperking van het recht op mondzorg in 1995.

Noodzakelijk (ziektelast, eigen rekening) Bij de beoordeling gaat het bij het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' om twee verschillende aspecten: op de eerste plaats om de ernst van de ziekte ofwel de ziektelast en op de tweede plaats de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Bij het berekenen van de ziektelast wordt bekeken of de ernst van de ziekte een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt. Voor het bepalen of zorg noodzakelijk te

verzekeren zorg is, wordt onderzocht of het maatschappelijk bezien nodig of aangewezen is om een zorginterventie te verzekeren.

Mondgezondheid

Uit onderzoeken die het CVZ in 2003 en 2005 heeft laten uitvoeren blijkt dat het tandartsbezoek bij jeugdige verzekerden van 17 jaar, 21 jaar, en 23 jaar onveranderd is. Meer dan 90% gaat minstens één keer per jaar naar de tandarts voor controle. De 23-jarigen gingen in 2005 even vaak voor controle naar de tandarts als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet in het pakket. (Voor de totale bevolking geldt dat de afgelopen vijf jaar gemiddeld 78,2% jaarlijks de tandarts bezoekt. (Bron: CBS))

De verzorgingsgraad, het percentage adequaat gerestaureerde tandvlakken van alle te restaureren of reeds gerestaureerde vlakken, geldt als een belangrijke parameter voor de kwaliteit van de restauratieve tandheelkundige zorgverlening. Voor 17-jarigen was de verzorgingsgraad in 1999 64% en in 2005 73%. Voor 23-jarigen was de verzorgingsgraad in 1999 76% en in 2005 77%.

Het percentage gave gebitten bij 17-jarigen is in 2005 significant beter dan in 1999, evenals het gemiddelde DMFT-getal (maat voor de gezondheid van het blijvende gebit) bij 23-jarigen.

Het tandartsbezoek van deze groep verzekerden is relatief hoog. Wel ontving het CVZ signalen dat het tandartsbezoek in grote steden terugloopt, ondanks het gegeven dat de periodieke tandheelkundige controle deel uit maakt van de basisverzekering.

De reden om de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg te verhogen van achttien naar tweeëntwintig jaar was dat het een risicogroep zou betreffen. Op basis van de onderzoeken die CVZ heeft laten uitvoeren is er geen aanleiding tot bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van achttien tot tweeëntwintig jaar. In het Signalement Mondzorg 2007 heeft het CVZ geconcludeerd dat vanaf de leeftijd van vijftien jaar de mondgezondheid verbetert. Verder heeft het CVZ in het Signalement Mondzorg 2007 geconcludeerd dat 23-jarigen in 2005 even vaak voor controle naar de tandarts gaan als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet meer in het pakket. Blijkbaar weerhoudt dat deze groep niet van tandartsbezoek. Het teruglopend tandartsbezoek in de grote steden, waarover het CVZ signalen heeft ontvangen, heeft naar het zich laat aanzien geen relatie met het al dan niet vallen onder de basisverzekering van de periodieke controle.

Het CVZ is van mening dat de mondgezondheid van verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar geen aanleiding vormt tot bezorgdheid en dat er niet gesproken kan worden van een 'ziektelast' die een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt.

Effectiviteit

Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid is het CVZ van oordeel dat mondzorg voor verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar niet is te rekenen tot de te verzekeren prestaties. Behandeling van het pakketprincipe effectiviteit is derhalve niet aan de orde.

Kosteneffectiviteit (HTA)

Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid is het CVZ van oordeel dat mondzorg voor verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar niet is te rekenen tot de te verzekeren prestaties. Behandeling van het pakketprincipe kosteneffectiviteit is derhalve niet aan de orde.

Uitvoerbaarheid

Aan het voorstel het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot de leeftijd van achttien zijn geen aspecten verbonden die de uitvoerbaarheid in te weg staan.

Besparingen en Risicoverevening

De voorgestelde aanpassing van de te verzekeren prestatie levert een besparing op van ruim € 90 miljoen per jaar.

Conclusie

Het CVZ heeft beoordeeld of het recht op mondzorg voor verzekerden van achttien- tot tweeëntwintigjarigen past binnen de uitgangspunten van het pakketbeheer.

Het CVZ komt tot de conclusie dat op grond van de pakketprincipes en de overwegingen om het recht op mondzorg voor volwassenen te beperken er geen aanleiding is mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarigen te rekenen tot de te verzekeren prestaties.

2. Advies

Uitstroom

Het CVZ adviseert de minister het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

3. Consequenties

Indien de minister het advies van het CVZ overneemt en het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden beperkt, geldt voor verzekerden vanaf achttien jaar een eigen verantwoordelijkheid voor hun mondzorg. Kosten voor de mondzorg komen voor eigen rekening of ten laste van een eventueel afgesloten aanvullende verzekering.

De voorgestelde aanpassing van de te verzekeren prestatie levert een besparing op van ruim € 90 miljoen per jaar.

4. Bestuurlijke consultatie

In het kader van de bestuurlijke consultatie heeft het CVZ reacties op het advies ontvangen van het College Adviserend Tandartsen (CAT), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg (NVIJ), Nederlands Vereniging van Mondhygiënisten (NVM), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De belangrijkste punten uit de bestuurlijke consultatie zijn hieronder samengevat en voorzien van een reactie van het CVZ. De ontvangen reacties en de antwoordbrieven zijn opgenomen in bijlage 5.

NVIJ	De NVIJ geeft in haar reactie op het conceptadvies aan er met spijt kennis van te hebben genomen, maar het een en ander te begrijpen uit hoofde van noodzakelijk geachte bezuinigingen.
CAT, NMT, NVM en ZN	CAT, NMT, NVM en ZN zijn van mening dat er onvoldoende gegevens bekend zijn over de gebitsstoestand van de groep achttien tot tweeëntwintig jarigen (CAT) of dat het CVZ zich baseert op onderzoeken uit 2003 en 2005.
Reactie CVZ	Het CVZ laat vanaf 1987 regelmatig onderzoek uitvoeren naar de mondgezondheid en het preventief gedrag van jeugdige verzekerden. Op basis van deze onderzoeken is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van zeventien tot en met drieëntwintig jaar sinds 1987 steeds is verbeterd. Dat de onderzoeken dateren uit een periode voor 2008 doet aan de validiteit van de onderzoeken niet af. Op basis van de onderzoeken is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van achttien tot tweeëntwintig geen aanleiding vormt tot bezorgdheid.
NMT en NVM	De NMT en NVM merken op dat de groep achttien- tot tweeëntwintigjarigen een risicogroep vormen.
Reactie CVZ	Dat deze groep een risicogroep zou vormen is mogelijk, maar blijkt niet uit de onderzoeken die het CVZ heeft laten uitvoeren.
NMT en NVM	Verder spreken NMT en NVM van een trend dat er voor jongeren van zestien tot achttien jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd.
Reactie CVZ	Indien er inderdaad sprake is van een dergelijke trend lijkt het erop dat het tot de te verzekeren prestaties behoren van deze zorg niet bepalend is voor het mondhygiënist/tandarts bezoek.
NMT	De NMT merkt in haar reactie op dat op basis van de door het CVZ aangehaalde onderzoeken ook andere conclusies over de

mondgezondheid kunnen worden getrokken.

Reactie CVZ

De NMT haalt de onderzoeken onjuist aan. Cijfers die een negatieve ontwikkeling van de mondgezondheid zouden aantonen zijn door de NMT onjuist weergegeven.

NZa

De NZa merkt in haar reactie op dat op grond van advisering van het CVZ de leeftijdsgrens per 2008 is verhoogd naar tweeëntwintig jaar.

Reactie CVZ

De verhoging van de leeftijdsgrens is voortgekomen uit onderhandelingen over het regeerakkoord van het kabinet Balkenende IV. Het CVZ is hier op geen enkele wijze bij betrokken geweest en heeft op dit punt toen ook geen advies uitgebracht.

De ontvangen opmerkingen hebben niet geleid tot aanpassing van het conceptadvies Uitstroom mondzorg achttien- tot tweeëntwintigjarigen.

5. Adviescommissie Pakket

De ACP heeft kennis genomen van het conceptadvies om de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdige verzekerden te verlagen naar achttien jaar. De ACP heeft zich gebogen over de kritiek van belanghebbende partijen op het conceptadvies. Met name de opmerking van belanghebbende partijen dat de groep die door leeftijdsverlaging wordt getroffen een risicogroep zou vormen baarde de ACP zorgen. Onderzoeken die het CVZ sinds 1987 laat uitvoeren naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden tonen aan dat de conclusie gerechtvaardigd is dat de mondgezondheid van verzekerden van zeventien tot en met drieëntwintig jaar sinds 1987 steeds is verbeterd. Op basis van de onderzoeken is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar geen aanleiding vormt tot bezorgdheid. De ACP adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ het advies, om de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdige verzekerden te verlagen naar achttien jaar, over te nemen.

6. Besluit CVZ

In de vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord het Adviescommissie Pakket, besloten de minister te adviseren het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

7. Auteur

Naam drs. E.J.A.A. Abbink

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

8. Literatuuroverzicht

1. College voor zorgverzekeringen. Signalement Mondzorg 2007. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2007
2. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden(TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam - TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2005
3. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden(TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Eindmeting 2005. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam - TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2006

Samenvatting Voorbehoeden van zwangerschap en Anticonceptiva in de Zorgverzekeringswet

<i>Integrale beoordeling</i>	<p>In de afgelopen decennia zijn er diverse malen pakketmaatregelen genomen over anticonceptiva, het meest recent in 2004 (uitstroom) en 2008 (instroom). Het CVZ heeft daarom nu een integrale beoordeling uitgevoerd van het gebruik van anticonceptieve middelen in de breedste zin van het woord.</p>
<i>Voorbehoeden geen Zvw dus ook niet < 21 adviesconsult wel geneeskundige zorg</i>	<p>Het CVZ komt tot de conclusie dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor vrouwen < 21 jaar, zorg rond het voorbehoeden van zwangerschappen niet onder de Zvw zou moeten vallen. Ook alle anticonceptieve middelen en operatieve ingrepen gericht op het voorbehoeden van zwangerschap vallen om die reden buiten de Zvw. Het (advies)consult rond het voorbehoeden van zwangerschap zoals dat gebruikelijk is in de huisartsgeneeskundige zorg en de geneeskundige zorg voortvloeiend uit complicaties bij toepassing van interventies en middelen ten behoeve van voorbehoeding behoren wel tot het domein van de Zvw.</p>
<i>Middelen op medische indicatie: uitstroom ogv noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid</i>	<p>Het gebruik van de anticonceptieve middelen die voorgeschreven worden voor medische indicaties heeft het CVZ beoordeeld op basis van de pakketcriteria. Het gaat hierbij om hormonale contraceptiva en (in mindere mate) om het koperhoudende spiraaltje.</p> <p>Het CVZ concludeert dat op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid in combinatie met het pakketprincipe uitvoerbaarheid de anticonceptiva voorgeschreven op medische indicaties voor eigen rekening kunnen komen. Doorslaggevend hiervoor zijn de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis, gecombineerd met andere aspecten als variërende ziektelast, samenloop anticonceptie en medische indicatie en de uitvoerbaarheid voor de verzekeraars.</p>
<i>Besparing minder dan € 72 miljoen</i>	<p>Het CVZ adviseert daarom voor alle leeftijdsgroepen uitstroom van de zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap en tevens uitstroom van alle anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie.</p> <p>Op basis van cijfers uit de GIP databank voor 2008 blijkt dat de totale kosten voor anticonceptiva ruim 72 miljoen bedroegen. Door de invoering van het eigen risico in 2008 zal de kostenbesparing voor de basisverzekering per saldo minder zijn dan 72 miljoen, aangezien anticonceptiva veelal worden gebruikt door relatief jonge en gezonde vrouwen. Op dit moment is nog niet duidelijk wat de kosten zijn die</p>

samenhangen met het inbrengen van de verschillende anticonceptiva en kan het CVZ niet aangeven welke kostenbesparing op dit punt bereikt kan worden.

1. Het voorbehoeden van zwangerschap, anticonceptiva en de zorgverzekering

1.a. Inleiding

Wel of geen geneeskundige zorg?

In het kader van zijn rol als pakketbeheerder onderzoekt het CVZ vanuit bestuurlijk oogpunt of een interventie tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort. Het CVZ volgt daarbij de doelstelling van de wet zoals geformuleerd in de considerans. Vervolgens onderzoekt het CVZ als tweede stap of de zorg ook publiekrechtelijk verzekerd moet worden. Het CVZ hanteert daarvoor de vier pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Geboorteregeling vanzelfsprekend

Geboorteregeling is in Nederland voor veel mensen een vanzelfsprekendheid. Als je (nog) geen kinderwens hebt of de geboorte van een volgend kind wilt uitstellen, zijn goede en betrouwbare anticonceptiemiddelen beschikbaar. Bijna zeven van de tien vrouwen tussen 18 en 45 jaar gebruikten in 2008 een anticonceptiemiddel.

De 'pil' in het pakket?

Hoewel het vraagstuk over voorbehoeden van zwangerschap doorgaans wordt afgekort tot de vraag: 'moet de pil wel of niet in het pakket?' betreft het een breder scala aan anticonceptiemiddelen dan alleen de welbekende anticonceptiepil.

1.b. Wat bedoelt het CVZ met 'de anticonceptiva'?

Anticonceptiva

Het CVZ gebruikt de term 'anticonceptiva' als verzamelterm voor alle vormen van hormonale anticonceptiva (ongeacht de toedieningsvorm), de intra uteriene middelen (spiraal), het pessarium occlusivum en de nood-anticonceptie middelen.

De pil

Onder het begrip 'de pil' worden meestal de orale hormonale combinatiepreparaten verstaan. Van de vrouwen in de leeftijdscategorie 18 tot 45 jaar slikt 40 procent de pil. In 1998 was dat nog bijna 50 procent. Het pilgebruik is tussen 1998 en 2008 dus gedaald, het meest onder vrouwen van 25-39 jaar(1), maar de anticonceptiepil is nog steeds de meest gebruikte vorm van anticonceptie. Leeftijd en het al dan niet hebben van een vaste relatie zijn de twee variabelen die vooral de keuze voor een bepaald anticonceptiemiddel bepalen.(2) Vooral in de jonge leeftijdscategorie van 18-24 jaar wordt de pil veel gebruikt. De combinatie van pil en condoom is vooral bij de jongste vrouwen populair. Van de overige anticonceptiemiddelen wordt sterilisatie vanzelfsprekend vaker door oudere vrouwen gebruikt.

<i>Staaftjes, ringen, spiraaltjes...</i>	Naast orale hormonale anticonceptiva bestaan er ook niet-orale hormonale anticonceptiva. Dit zijn hormoonafscheidende objecten die op een andere manier in het lichaam worden gebracht, zoals hormoonafscheidende staaftjes die in de arm worden geïmplanteerd, vaginale ringen, hormoonafscheidende spiraaltjes, pleisters of intramusculaire depotpreparaten (prikpil). Betrekkelijk nieuwe anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptivering en -pleister worden nog weinig gebruikt(2). Al deze middelen zijn in het verleden meegenomen bij pakketmaatregelen rond anticonceptiva ¹ .
<i>Anticonceptiva in de Hulpmiddelenzorg</i>	En tenslotte zijn er in de Regeling zorgverzekering paragraaf Hulpmiddelenzorg nog enige anticonceptiva opgenomen; namelijk het pessarium en het koperhoudende spiraaltje. Ook deze middelen zijn in het verleden meegenomen bij pakketmaatregelen rond anticonceptiva.
<i>Nood-anticonceptie</i>	Nood-anticonceptiemiddelen zijn de morning-afterpil en het koperhoudende spiraal. De nood-anticonceptiepil is voor iedereen zonder recept voor eigen rekening te verkrijgen bij apotheken en drogisten. De toegankelijkheid ervan is groot. Er worden jaarlijks zo'n 130.000 verpakkingen verkocht. Het middel is ook op recept verkrijgbaar en wordt dan vergoed vanuit de basisverzekering. Ook dit middel is in het verleden meegenomen bij pakketmaatregelen rond anticonceptiva. De koperhoudende spiraal kan ook als nood-anticonceptie gebruikt worden. Het wordt door de arts voorgeschreven en geplaatst. Zoals al aangegeven hierboven werd ook de spiraal in het verleden meegenomen bij pakketmaatregelen voor anticonceptiva.
<i>Condooms en sterilisatie</i>	Niet alle methoden voor geboorteregeling worden op dit moment vergoed vanuit de basisverzekering. Sterilisatie van zowel mannen als vrouwen is uitgesloten van vergoeding ten laste van de Zvw. Condooms worden evenmin vergoed.
<i>Medische indicaties</i>	Anticonceptiva worden niet alleen voorgeschreven ter voorkoming van zwangerschap. Er zijn aandoeningen waarvoor anticonceptiva conform Standaarden en Richtlijnen worden voorgeschreven zoals bijvoorbeeld endometriose, overmatig vaginaal bloedverlies, pijn bij de menstruatie, onregelmatig bloedverlies, lang interval tussen menstruaties en acné. Gebruik voor deze doeleinden is niet goed na te gaan, maar zal naar verwachting een beperkt aandeel hebben vergeleken met het gebruik voor voorkoming van zwangerschap.

¹ Het Mirenaspiraaltje is in 2004 als anticonceptiemiddel uit het verzekerde pakket verwijderd, maar is beschikbaar gebleven als geneesmiddel voor bepaalde indicaties.

**Kosten van
anticonceptiva**

Er zijn verschillende orale hormonale anticonceptiva op de markt, in prijs variërend van ongeveer 15 tot 62 euro per half jaar. Voor de duurder merken wordt op dit moment een variabele eigen bijdrage in rekening gebracht: hoe duurder de pil, hoe meer eigen bijdrage. In totaal betalen vrouwen boven 21 jaar ongeveer € 7 miljoen per jaar bij aan orale anticonceptiva(3)

De koperhoudende spiraal kost ongeveer 40 euro; de levonorgestrel houdende spiraal ongeveer 134 euro; beide spiralen voldoen gedurende 5 jaar na inbrenging als voorbehoedmiddel.

Het pessarium occlusivum kost ongeveer €40 en gaat 3 jaar mee; bij gebruik hiervan is ook zaaddodende pasta nodig waardoor de kosten oplopen. Ook het tarief voor het aanmeten van een pessarium komt hier nog bij.

Exclusief het inbrengtarief kost het subcutane hormonale anticonceptivum € 133,45: dit kan 3 jaar dienen als voorbehoedmiddel.

De prikpil kost € 28,90 per half jaar; exclusief het tarief voor de injectie. De cutane pleister kost € 83 per half jaar. De intravaginale ring € 61 per half jaar{CVZ, 2010 4 /id}.

**Kosten plaatsing
spiraal**

Inbrengen van een spiraal bij de huisarts kost ongeveer 50-55 euro. Bij de gynaecoloog ongeveer 380 euro.

1.c. Historie Pakketmaatregelen anticonceptiva

Lange historie

Er zijn weinig zaken rond het basispakket die zo onderhevig zijn geweest aan politieke besluitvorming als de anticonceptiemiddelen. Al voordat de Ziekenfondswet in 1964 officieel in werking trad, vond er discussie plaats over nut en noodzaak van het verstrekken van de 'pil' voor rekening van de sociale ziektekostenverzekering. Bijlage 1 bevat een samenvatting van de discussies en maatregelen die er sinds die tijd geweest zijn over anticonceptiva.

2004 en 2008

Nog vers in het collectieve geheugen liggen de maatregelen van 2004 en 2008, waarin het kabinet de vergoeding van anticonceptiva vanaf 21 jaar respectievelijk uit en weer in het basispakket heeft gebracht.

**Motieven voor
opname**

De maatschappelijke en politieke motieven om in 1972 en 2008 anticonceptiva onbeperkt in het verzekerde pakket op te nemen, lagen vooral op het terrein van de volksgezondheid: men wilde het risico op ongewenste zwangerschappen reduceren door betrouwbare anticonceptiva zo toegankelijk mogelijk te maken. Dat is ook de reden waarom deze middelen tot de leeftijd van 21 jaar bij de pakketmaatregel van 2004 wel in het pakket zijn gebleven. Het risico op tienerzwangerschappen mocht door deze maatregel niet toenemen.

1.d. Effecten van eerdere pakketmaatregelen

Aantal abortussen	Na de pakketmaatregel van 2004 was er bezorgdheid over een toename van het aantal abortussen. Een van de belangrijkste argumenten om anticonceptiva vanuit de basisverzekering te vergoeden is namelijk dat dit de toegankelijkheid van deze middelen ten goede komt en daarmee ongewenste zwangerschappen en abortus provocatus kan voorkomen ² . Cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wijzen echter uit, dat sinds 2002 het aantal abortussen (inclusief overtijdbehandelingen) stabiel is en niet beïnvloed lijkt te zijn doordat anticonceptie niet meer vergoed werd voor vrouwen boven de 21 jaar(5). Ook na de pakketmaatregelen van 2008 lieten de jaarcijfers geen opvallende veranderingen zien in het aantal abortus provocatus.
Gebruik 'pil'	In 2004, toen de minister de anticonceptiva uit het pakket haalde voor vrouwen van 21 jaar en ouder, daalde het pilgebruik ten opzichte van 2003 in eerste instantie op korte termijn met ruim 9%. In de daaropvolgende jaren was er telkens een lichte stijging, maar het gebruik ligt nog steeds zo'n 3 % onder het niveau van vóór de pakketingreep in 2004(6). Het aantal vrouwen dat hormonale anticonceptiva gebruikt blijft sinds 2006 stabiel met ongeveer 1,8 miljoen personen.
2008	Na de pakketmaatregel van 2008 is het aantal pilgebruiksters in het eerste half jaar niet gestegen. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwachtte dat het totale gebruik gelijk zou blijven aan het niveau van 2007(7).

² Niet alle ongeplande zwangerschappen zijn ongewenst. De meerderheid van de ongeplande zwangerschappen zijn gewenst, vier van de vijf ongeplande zwangerschappen wordt uiteindelijk gewenst.

2. Domein Zorgverzekeringswet en Voorbehoeding van zwangerschap

2.a. Voorbehoeden van zwangerschap

Domein Zvw

De vraag of de zorg rond het voorbehoeden van zwangerschap eigenlijk wel behoort tot het domein van de Zvw is de afgelopen jaren niet ter discussie gesteld. Het CVZ gaat nu wel in op die vraag.

Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Het CVZ stelt vast dat het voorbehoeden van zwangerschap doorgaans voorziet in een sociale en maatschappelijke behoefte van individuen en paren. Het gaat daarbij om 'family-planning' en niet om een behoefte aan geneeskundige zorg. Het voorbehoeden van zwangerschap en de zorg die daarmee gepaard gaat vallen daarmee dus niet onder het domein van de Zvw.

Consequenties negatieve antwoord op domeinvraag

Wat zijn nu de gevolgen van het negatieve antwoord op de vraag of het voorbehoeden van zwangerschap valt onder het domein van de Zvw?

Het betekent dat voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor vrouwen < 21 jaar, het voorbehoeden van zwangerschappen niet valt onder de Zvw en daarmee dus niet binnen de vergoeding van de basisverzekering.

Het CVZ merkt hierbij op dat (advies)consulten zoals die gebruikelijk zijn in de huisartsgeneeskundige zorg om patiënten bijvoorbeeld te informeren over de verschillende methoden voor het voorbehoeden van zwangerschap en ze te begeleiden bij het gebruik ervan wél behoren tot het domein van de Zvw en vergoeding vanuit de basisverzekering. In deze consulten kunnen immers onder andere medische adviezen op maat gegeven worden over passende anticonceptieve methoden en onderwerpen die hier nauw mee verbonden zijn zoals seksualiteit en de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.

Uiteraard valt ook de zorg die nodig is voor behandeling van medische complicaties voortvloeiende uit de toepassing van interventies en methoden ter voorkoming van zwangerschap binnen de basisverzekering. Ook wanneer om medische redenen het anticonceptivum niet in de eerste lijn geplaatst of verwijderd kan worden adviseert het CVZ dit te beschouwen als een complicatie en de interventie in de tweede (of derde) lijn onder de basisverzekering te laten vallen. Het CVZ merkt op dat het spiraaltje zelf geen verzekerde zorg is en in het Besluit moet worden uitgesloten.

Nu het voorbehoeden van zwangerschap niet valt onder het domein van de Zvw, behoren consulten voor het plaatsen (en verwijderen) van anticonceptiva met als doel zwangerschap te voorkomen niet meer tot de basisverzekering. De kosten voor

sterilisaties bij man en vrouw waren al eerder expliciet uitgezonderd van vergoeding vanuit de Zvw. De middelen die gebruikt worden voor voorbehoeding van zwangerschap: hormonale anticonceptiva, het koperhoudend spiraaltje, het pessarium occlusivum en de nood-anticonceptiva (samen: de anticonceptiva) komen evenmin nog in aanmerking voor vergoeding binnen de basisverzekering.

2.b. Kwetsbare groepen; jonger dan 21 jaar

Speciale aandacht? Het CVZ verwacht voor vrouwen ouder dan 21 jaar op grond van ervaringen na de pakketmaatregel uit 2004 geen belangrijke toename in ongewenste zwangerschappen en abortus provocatus door het niet langer binnen de Zvw onderbrengen van voorbehoeden van zwangerschap. Onbekend is echter hoe dat gaat uitpakken voor vrouwen jonger dan 21 jaar. De kosten voor de middelen lopen uiteen; voor bepaalde middelen moet in één keer een hoge investering worden gedaan. Dit kan financiële barrières opwerpen bij de keuze voor het geschikte middel. De groep die dit budgettair wellicht nog het moeilijkst op kan brengen, zijn jonge vrouwen en meisjes die nog niet over een eigen inkomen beschikken, en om redenen van privacy en zelfbeschikking hiervoor liever niet bij hun ouders aankloppen. Ook wanneer jonge vrouwen wel bij hun ouders aankloppen voor financiële steun zullen deze zich zeker niet in alle gevallen hiervoor mede verantwoordelijk voelen. Het risico is aanwezig dat juist in deze groep een financiële barrière ontstaat voor het gebruik van anticonceptiva met mogelijk toename van ongewenste zwangerschappen en abortus provocatus.

Omdat jonge vrouwen ook een kwetsbare groep vormen voor ongewenste zwangerschappen, valt het om maatschappelijke redenen te overwegen hieraan vanuit de overheid speciale aandacht te besteden.

3. Medische indicaties voor anticonceptiva

- Medische indicaties** Nu uit de aan de pakketbeoordeling voorafgaande vraag blijkt dat het bij het voorbehoeden van zwangerschap niet gaat om de behoefte aan geneeskundige zorg heeft het CVZ zich gebogen over de vraag hoe om te gaan met de anticonceptiva die voorgeschreven worden op medische indicaties zoals bijvoorbeeld overmatig of onregelmatig vaginaal bloedverlies, endometriose, pijn bij de menstruatie, acné of lange tussenpozen tussen menstruaties. Ook kan het om medische redenen nodig zijn te kiezen voor voorbehoeding van zwangerschap; bijvoorbeeld bij medicijnen die een zwangerschap kunnen beschadigen of bij een ziekte die kan verergeren door zwangerschap (trombose). Het gaat bij medische indicaties met name om hormonale anticonceptiva en (in mindere mate) om het koperhoudend spiraaltje.
- Domeinvraag** Het CVZ gaat er vanuit dat de aandoeningen die leiden tot de medische indicaties zoals deze worden genoemd in Richtlijnen en Standaarden van de medische professionals behoren tot het domein van de Zvw en voorzien in een behoefte aan geneeskundige zorg.
- Pakketprincipes** Voor de vraag of anticonceptiva voor medische indicaties ook publiekrechtelijk verzekerd moeten worden hanteert het CVZ de vier pakketprincipes effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvoerbaarheid en noodzakelijkheid.
- Effectiviteit/
kosteneffectiviteit** Het CVZ gaat ervan uit dat in geval van medische indicaties voor het gebruik van anticonceptiva voldaan wordt aan de pakketcriteria effectiviteit en kosteneffectiviteit en heeft dit niet expliciet onderzocht.
- Noodzakelijkheid** Over de vraag of anticonceptiemiddelen voorgeschreven op medische indicatie voor eigen rekening kunnen komen overweegt het CVZ het volgende.
De kosten voor de anticonceptiva lopen uiteen; zeker ook gelet op hoge investeringen die soms in één keer gedaan moeten worden voor bepaalde middelen. (zie paragraaf 1b: kosten van anticonceptiva en kosten van plaatsing)
Deze investeringskosten kunnen financiële barrières opwerpen in de keuze voor het meest geschikte middel. Een individuele vrouw is lang niet altijd vrij in haar keuze voor een bepaald anticonceptivum; die keuze wordt juist mede bepaald door medische overwegingen. Gevolg daarvan kan zijn dat voor het duurste middel moet worden gekozen.
Gerekend naar prijzen per jaar kunnen echter alle middelen naar oordeel van het CVZ voor eigen rekening komen. De ervaringen uit de periode 2004-2008 geven onvoldoende redenen om deze veronderstelling tegen te spreken. Dit oordeel is bovendien consistent met de beoordelingssystematiek voor hulpmiddelenzorg.(8)

<i>Uitvoerbaarheid</i>	Het CVZ overweegt verder dat er in bepaalde gevallen een samenloop zal zijn tussen de behoefte aan anticonceptie en de medische (gynaecologische) indicaties voor anticonceptiva. Beide aanleidingen voor anticonceptiva doen zich immers vooral voor in de fertiele levensfase. Regelmatig zullen individuele vrouwen dan ook zowel behoefte hebben aan behandeling van hun gynaecologische klachten, als aan een voorbehoedmiddel. Het CVZ constateert dat door deze 'dubbele' indicatie een vreemde situatie kan ontstaan wanneer anticonceptiva voor medische indicatie wel voor vergoeding in aanmerking komen en voor voorbehoeden niet. Immers; vrouwen met de wens tot voorbehoeding én een medische indicatie krijgen het anticonceptivum dan wel vergoed en voor vrouwen die alleen voorbehoeding nodig hebben komt het voor eigen rekening.
<i>Ziekte­last</i>	Het CVZ heeft tenslotte het perspectief van de wisselende ziekte­last voor de aandoeningen die de medische indicaties vormen bekeken. Klachten van patiënten hangen nauw samen met de ernst van de onderliggende aandoening. Daardoor kan de ziekte­last van een bepaalde aandoening enorm variëren. Endometriose kan bijvoorbeeld een aandoening zijn die bij toeval ontdekt wordt bij een operatie, maar kan ook leiden tot grote fertiliteitsproblemen. Het CVZ acht het niet ondenkbaar dat door een verschil in bekostiging oneigenlijke druk op artsen ontstaat om bij het voorschrijven van anticonceptiva te snel een medische indicatie te stellen
<i>Plaatsing anticonceptiva</i>	Wanneer anticonceptiva op medische indicatie toegepast worden behoren consulten voor het plaatsen en verwijderen van deze anticonceptiva tot de basisverzekering, omdat in deze gevallen medische begeleiding, beoordeling en behandeling van de aandoening centraal moet blijven staan .
<i>Advies tot uitstroming</i>	Alles afwegende adviseert het CVZ uitstroom van alle anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie op basis van het pakket­principe noodzakelijkheid in combinatie met het pakket­principe uitvoerbaarheid. Doorslaggevend hiervoor zijn de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis en de ongewenste effecten, die optreden bij verschil in financiering tussen voorbehoeding en medische indicatie.
<i>Consequenties</i>	Het CVZ adviseert de NZa een evaluatie van de gynaecologische DBC 's uit te voeren, omdat de kosten voor een spiraal daarin op dit moment verdisconteerd zijn.

4. Advies

<i>Uitstroom voorbehoeden van zwangerschap</i>	Het CVZ adviseert uitstroom van de zorg rond voorbehoeding van zwangerschap en de daarbij gebruikte anticonceptiva voor alle leeftijdsgroepen, omdat 'family planning' niet valt onder het domein van de Zvw. Daarmee vallen ook de plaatsing (en verwijdering) van anticonceptiva met als doel voorbehoeding van zwangerschap niet onder de basisverzekering. De operatieve interventies, sterilisatie bij man of vrouw, waren al eerder uitgezonderd van vergoeding binnen de basisverzekering. Daar deze interventies nu niet meer binnen de doelstelling zoals geformuleerd in de Zvw vallen, zouden ze mogelijk formeel niet meer separaat uitgezonderd hoeven te worden.
<i>Binnen basisverzekering</i>	Het (advies)consult zoals dat gebruikelijk is in de huisartsgeneeskundige zorg om patiënten op maat te informeren over het meest geschikte anticonceptiemiddel en onderwerpen die hier nauw mee verbonden zijn zoals seksualiteit en de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen, behoort tot het domein van de Zvw en dient naar de mening van het CVZ vergoed te blijven worden vanuit de basisverzekering. Ook complicaties voortvloeiende uit het toepassen van zorg en middelen voor het voorbehoeden van zwangerschap behoren tot zorg binnen de Zvw en blijven vergoed binnen de basisverzekering.
<i>Uitstroom vergoeding van anticonceptiva voor medische indicaties</i>	Het CVZ adviseert uitstroom van anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie uit het basispakket voor alle vrouwen. Het CVZ concludeert dat op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid in combinatie met het pakketprincipe uitvoerbaarheid de anticonceptiva voorgeschreven op medische indicaties voor eigen rekening kunnen komen. Doorslaggevend hiervoor zijn de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis en de ongewenste ongelijkheid bij degenen die deze middelen zowel ter voorbehoeding als voor een medische indicatie gebruiken ten opzichte van degenen die ze uitsluitend als anticonceptivum gebruiken.
<i>Binnen basisverzekering</i>	De consulten voor plaatsing of verwijdering van anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie behoren tot de basisverzekering

5. Consequenties voor het basispakket

5.a. Kostenconsequenties

Kosten anticonceptiva

De kosten die binnen de basisverzekering worden gemaakt voor de verschillende anticonceptiva zijn in de GIPdatabank(3) na te gaan. Zie de tabel hieronder voor de gegevens uit 2008. Deze kosten zijn exclusief de eigen bijbetalingen.

Anticonceptiva	Kosten 2008
Koperhoudend spiraaltje	€ 253.000
Hormoonhoudend spiraaltje (Mirena)	€ 11.900.000
Orale hormonale anticonceptiva	€ 58.394.000
Intravaginale ring	€ 1.719.000
Pessaria	€ 40.600
Totaal	€ 72.305.600

Door het eigen risico wat in 2008 is ingevoerd zal de kostenbesparing voor de basisverzekering minder zijn dan 72 miljoen. Vooral ook omdat anticonceptiva voor een groot deel wordt gebruikt door relatief jonge en gezonde vrouwen. Hoeveel er daadwerkelijk op de kosten van anticonceptiva zou worden bespaard, is met de huidige gegevens niet goed aan te geven.

Kosten consulten

Daarnaast is op dit moment niet duidelijk hoe groot de kostenbesparing voor de basisverzekering zal zijn door het voor eigen rekening komen van de plaatsing van de verschillende anticonceptiva. Alleen voor de koperhoudende spiraal bestaan hierover gegevens. Per jaar worden 10.000 koperhoudende spiralen geplaatst. Aannemende dat het overgrote deel hiervan door de huisarts en voor het voorbehoeden van zwangerschap wordt geplaatst komt het CVZ op een kostenbesparing voor plaatsing van ongeveer 500.000 euro per jaar.

5.b. Overige consequenties

21 jaar en ouder

Van de groep vrouwen van 21 jaar en ouder is na de vorige pakketmaatregel niet aangetoond dat het aantal abortus provocatus en ongewenste zwangerschappen noemenswaardig is toegenomen. Voor vrouwen en meisjes beneden 21 jaar zijn deze gegevens niet beschikbaar.

Jonger dan 21

Indien anticonceptiva niet langer vergoed worden, pleit het CVZ ervoor om vooral de jongere leeftijdsgroep goed te monitoren op deze en andere onderwerpen.

Aandacht voor kwetsbare groepen

Omdat deze leeftijdsgroep deels kwetsbaar wordt geacht voor deze effecten, valt het te overwegen hieraan vanuit de

overheid speciale aandacht te besteden. Dit geldt ook voor andere (niet leeftijdsgebonden) kwetsbare groepen als (licht) verstandelijk gehandicapten, verslaafden en psychiatrische patiënten. Hier hebben vaker de duurdere middelen de voorkeur, terwijl veelal sprake is van de lagere inkomensgroepen.

DBC

Het CVZ merkt op dat de kosten voor het plaatsen van een hormoonspiraal door de gynaecoloog zijn vervat in een DBC en adviseert de NZA om hier aandacht aan te besteden.

Substitutie?

Onderzocht moet worden in hoeverre substitutie plaats zal vinden van eerste naar tweede lijn voor het plaatsen van het spiraal indien de Minister dit advies overneemt.

Spiraaltje

Het CVZ merkt op dat anticonceptiva voorgeschreven voor alle indicaties geen verzekerde zorg is en in het Besluit moet worden uitgesloten.

6. Bestuurlijke consultatie

Dit advies is een van de rapporten waarbij de inhoudelijke en bestuurlijke consultatie niet volgtijdelijk, maar parallel hebben plaatsgevonden. In januari is een conceptrapport verstuurd dat op een aantal punten verschilt van het nu voorliggende.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd, dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou gaan onderzoeken. Partijen hebben hier slechts zeer beperkt op gereageerd; de meeste reacties hebben betrekking op de medische toepassingen van anticonceptie en het belang van een goed toegankelijke anticonceptie voor de seksuele en reproductieve gezondheid indien deze middelen boven de 21 jaar niet langer zouden worden vergoed.

De binnengekomen reacties hebben dus betrekking op een beperkter uitstroomadvies. De strekking van het meeste commentaar is in de optiek van het CVZ grotendeels ook van toepassing op het huidige advies. Hieronder gaat het CVZ in op de reacties.

6.a. Reacties inhoudelijke consultatie

Het conceptrapport is voor becommentariëring toegestuurd aan RutgersNissogroep, GGDNederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Van beide laatstgenoemden heeft het CVZ geen reactie ontvangen. Op eigen initiatief hebben ook SOAIDS Nederland (platform SOA en Seksuele Gezondheid) en de Endometriosestichting een reactie gestuurd.

Reactie Rutgers Nissogroep

Algemeen: RNG geeft aan dat er sprake zou zijn van discontinuïteit in de verstrekking, en van inconsistent beleid indien besloten zou worden tot uitstroom. Uitstroom zou ook de status van Nederland als gidsland aantasten; Nederland kent een hoge standaard op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid. Anticonceptie is preventieve zorg, vrouwen moeten hier over kunnen beschikken uit het oogpunt van zelfbeschikking maar niet voor de kosten hoeven opdraaien. Minder draagkrachtigen worden de dupe van deze maatregel.

Noodzakelijkheid van de maatregel.

Onder dit kopje gaat RNG in op het kostenargument waarmee het CVZ het uitstroomadvies heeft onderbouwd. Door de goedkoopste anticonceptiepillen als uitgangspunt te nemen gaat het CVZ voorbij aan de redenen die er soms zijn om voor duurere middelen te kiezen. Verder noemt RNG risicogroepen die door de uitstroommaatregel getroffen zouden worden.

Kosteneffectiviteit

RNG stelt dat de door het CVZ genoemde kostenbesparing waarschijnlijk niet gerealiseerd zal worden. Men vindt het uit het oogpunt van keuzevrijheid en kwaliteit van belang dat het hele spectrum aan anticonceptiva vergoed kan worden uit de basisverzekering.

Effecten van eerdere pakketmaatregelen

RNG geeft aan dat er wel degelijk effecten zijn geweest toen in 2004 anticonceptie uit het ziekenfondspakket werd gehaald. Een klein percentage van de gebruikers was gestopt omdat men het middel te duur vond, en een klein deel is overgestapt naar een minder betrouwbaar middel. Verder zouden effecten niet louter af te leiden zijn uit abortuscijfers. Niet alle (mogelijk door verslechterde anticonceptie ontstane) onbedoelde zwangerschappen leiden tot een abortus.

Reactie CVZ

Het CVZ is van mening dat het veronderstelde verband tussen vergoeding vanuit de basisverzekering en de hoge standaard van seksuele en reproductieve gezondheid steeds minder gelegd kan worden. Het risico op ongewenste zwangerschappen voor kwetsbare groepen is niet aanwijsbaar verbonden met het al dan niet vergoeden van anticonceptie. Een groot deel van de vrouwen die een abortus ondergaan heeft wel degelijk gebruik gemaakt van anticonceptie. Voor risicogroepen zijn kennelijk andere instrumenten nodig dan de basisverzekering om het abortuscijfer terug te dringen. De beoogde kostenbesparing zal inderdaad voor een belangrijk deel worden getemperd doordat in 2008 het eigen risico is ingevoerd. Verder wijst het CVZ erop dat voor de duurere middelen nu ook al een eigen bijdrage geldt.

Het CVZ hecht eraan te vermelden dat dit uitstroomadvies niet uitsluitend gebaseerd is op kostenoverwegingen. Dit pakketadvies is antwoord op het onderzoek of het voorbehoeden van zwangerschap tot het domein van de Zvw behoort en vervolgens voor de overige indicaties een afweging van de vier pakketprincipes, vanuit de visie om tot een basispakket te komen dat kwalitatief adequaat, toegankelijk en op lange termijn betaalbaar is.

Reactie SOAIDS

SOAIDS noemt in zijn reactie dat het niet vergoeden van anticonceptiemiddelen botst met de principes van integrale zorg voor seksuele en reproductieve gezondheid. SOAIDS plaatst kanttekeningen bij de cijfers die aangeven dat pakketmaatregelen nauwelijks invloed zouden hebben op anticonceptiegebruik en abortus. De financiële drempel die door uitstroom wordt opgeworpen lijkt gering, maar treft juist de belangrijkste risicogroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus.

Reactie CVZ	Ook hier geldt dat eerdere uitstroom naar de mening van het CVZ geen houvast biedt voor het veronderstelde verband tussen vergoeding uit het basispakket en seksuele en reproductieve gezondheid. Het zeer geringe aantal vrouwen waarvoor dit verband mogelijk wel opgaat, rechtvaardigt naar het oordeel van het CVZ niet dat middelen in het basispakket beschikbaar blijven die voor een overgrote meerderheid als niet noodzakelijk te verzekeren zorg worden beschouwd.
Reactie Endometriose stichting	De Endometriosestichting geeft aan dat anticonceptiemiddelen als eerste keus voor therapie gelden omdat ze effectief zijn, weinig bijwerkingen hebben en ook kosteneffectief zijn. Men is bang voor substitutie naar middelen die nog wel vergoed worden, maar die duurder en zwaarder zijn en meer bijwerkingen kennen.
Reactie CVZ	Het CVZ schat het risico van substitutie niet erg hoog in. (Huis)artsen zijn verantwoordelijk genoeg om geen onnodig zware middelen voor te schrijven en patiënten zullen evenmin snel geneigd zijn om wegens geringe kosten op een suboptimaal middel aan te dringen.

6.b. Reacties bestuurlijke consultatie

Het CVZ heeft het conceptrapport Pakketadvies 2010 voorgelegd aan een groot aantal partijen. Een opsomming van de ontvangen reacties is opgenomen in bijlage 5 van het rapport.

Drie organisaties zijn in de bestuurlijke reactie op het conceptrapport ingegaan op de voorstellen van het CVZ inzake de anticonceptie: ZN, de CG-raad, Nefarma en de NHG.

Reactie ZN	<p>ZN is van mening dat jojo-effecten rond verstrekkingen moeten worden voorkomen wegens negatieve beeldvorming naar het publiek en aanzienlijke administratieve lasten. Overigens ziet ZN geen gevaar voor de toegankelijkheid als anticonceptie niet langer vergoed wordt vanuit de basisverzekering.</p> <p>ZN wijst op een zekere inconsistentie in de onderbouwing van het advies vergeleken met andere adviezen van het CVZ. Preventief bedoelde middelen stromen soms in, terwijl het niet kunnen bepalen van de ziektelast bij anticonceptie juist een reden is voor uitstroom.</p> <p>ZN ziet uitvoeringsproblemen bij middelen met twee indicaties, zoals de Mirenaspiraal, en stelt voor om alle spiralen uit te sluiten van vergoeding, of anders uit te gaan van een vaste leeftijdsgrens. Een leeftijdsgrens van bijvoorbeeld 40 jaar zou beter uitvoerbaar en controleerbaar zijn.</p>
-------------------	---

Reactie CVZ

CVZ beaamt dat het vaak wisselen tussen wel en niet vergoeden niet bevorderlijk is voor de continuïteit en voor de helderheid. Dit staat overigens los van de consistentie in de advisering van het CVZ, omdat in- en uitstroom in het verleden vaak gebeurde op basis van politieke besluitvorming. Het geeft naar de mening van het CVZ echter ook aan dat het blijkbaar niet vanzelfsprekend is dat deze middelen deel uitmaken van het basispakket.

Het CVZ ziet geen inconsistentie in de onderbouwing van het conceptadvies. Anders dan ZN veronderstelt, vormde het niet kunnen bepalen van de ziektelast niet de onderbouwing van het conceptuïtstroomadvies. Ook in het huidige advies is dit niet het geval. Voor anticonceptie bestaat de onderbouwing uit het feit, dat het voorbehoeden van zwangerschap niet valt onder het domein van de Zvw. Voor medische indicaties geldt allereerst het argument, dat de betreffende middelen betaalbaar zijn en daarom voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ heeft daarnaast de uitvoeringsproblemen die ZN signaleert bij middelen met twee indicatiegebieden onderkend en besloten om voor geen enkel anticonceptiemiddel een uitzondering te maken in het geval er (ook) sprake is van een medische indicatie.

Reactie Nefarma

Nefarma noemt twee punten in zijn reactie.

Ten eerste dat er naast het hormoonspiraaltje ook andere anticonceptiva zijn die een indicatie hebben voor klachten van gynaecologische aard. Ten tweede gaat Nefarma in op de vraag of anticonceptiva tot de geneeskundige zorg behoren. Naar de mening van Nefarma moet deze vraag bevestigend worden beantwoord.

Reactie CVZ

Terecht stelt Nefarma dat het hormoonspiraaltje niet het enige middel is dat meerdere indicaties dient. Uit het oogpunt van consistentie heeft het CVZ dan ook besloten om voor geen enkel anticonceptiemiddel een uitzondering te maken in het geval er (ook) sprake is van een medische indicatie. Zoals uit het rapport blijkt is het CVZ van mening dat het voorbehoeden van zwangerschap niet tot de geneeskundige zorg kan worden gerekend en derhalve geen deel uitmaakt van de geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw. Het CVZ wijst er op dat het begrip geneeskundige zorg waarvan in de considerans van de Zvw sprake is ("...dat het wenselijk is dat de gehele bevolking onder voor ieder gelijke sociale voorwaarden verzekerd is tegen de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg.") een algemeen begrip is dat de totale werkingssfeer van de Zvw beschrijft. Het begrip geneeskundige zorg waar Nefarma aan refereert en dat genoemd is in artikel 10 van de Zvw is een deelbegrip met een veel beperktere reikwijdte, evenals bijvoorbeeld het begrip farmaceutische zorg. De domeinvraag die het CVZ heeft beantwoord heeft betrekking op het in de considerans genoemde algemene begrip geneeskundige zorg.

Reactie CG-Raad	<p>De CG-raad wijst op het gebruik van anticonceptiemiddelen als oplossing voor endometriose. De middelen zijn noodzakelijk en effectief. Uitzonderingen zoals voor het Mirenaspiraaltje gaan ook op voor andere geneesmiddelen.</p> <p>De CG-raad is het niet eens met de motivering ('eigen rekening') van het CVZ. Als zorg noodzakelijk is, hoort die in het basispakket, ook als die zorg goedkoop is.</p>
Reactie CVZ	<p>Ook hier is het CVZ het eens met de stelling dat uitzonderingen niet beperkt horen te zijn tot het Mirenaspiraaltje. Het CVZ heeft voor de robuuste oplossing gekozen om voor geen enkel anticonceptiemiddel een uitzondering te maken in het geval er (ook) sprake is van een medische indicatie.</p> <p>Het criterium 'kan voor eigen rekening' maakt deel uit van het beoordelingskader dat het CVZ heeft ontwikkeld voor zijn pakketbeheer en wordt regelmatig meegewogen bij in- of uitstroombeslissingen.</p>
Reactie NHG	<p>NHG geeft aan dat anticonceptiva ook voor andere doeleinden dan voor anticonceptie worden aanbevolen, zoals bij acne, menorrhagie, dysmenorrhoea en endometriose. De uitzondering die het CVZ maakt voor het hormoonspiraaltje gaat voorbij aan andere in de NHG-standaarden aangegeven indicaties. Huidige eerstekeuze orale anticonceptiva hebben een zeer gunstige prijs/kwaliteitverhouding en kunnen naar de mening van de NHG beter in het basispakket blijven.</p>
Reactie CVZ	<p>Ook hier is het CVZ het eens met de stelling dat uitzonderingen niet beperkt horen te zijn tot het Mirenaspiraaltje. Het CVZ heeft voor de robuuste oplossing gekozen om voor geen enkel anticonceptiemiddel een uitzondering te maken in het geval er (ook) sprake is van een medische indicatie.</p> <p>De door NHG genoemde gunstige prijs/kwaliteitverhouding, in het bijzonder de lage prijs, ziet het CVZ juist als een zwaarwegend argument waarom deze middelen onder de eigen verantwoordelijkheid kunnen vallen.</p>

7. Adviescommissie Pakket

De ACP is van mening dat de benadering op basis van het domein van de Zorgverzekeringswet (zoals benoemd in de considerans) niet geschikt is om de vraag te beantwoorden of anticonceptiemiddelen thuisshoren in het basispakket. Het toepassen van de pakketcriteria vindt zij hiervoor meer geëigend. Naar aanleiding hiervan adviseert de ACP als volgt:

- uitstroom van anticonceptiemiddelen ten behoeve van voorbehoeden voor vrouwen van 21 jaar en ouder, op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (eigen verantwoordelijkheid, lage kosten);
- voor vrouwen beneden 21 jaar anticonceptiemiddelen handhaven in het basispakket. Daarmee wordt voorkomen dat het lage percentage ongewenste zwangerschappen in deze kwetsbare en weinig financieel draagkrachtige groep onnodig in gevaar komt, c.q. afhankelijk wordt gemaakt van ondersteuning door ouders. Een overweging daarbij is dat een nieuw zorgcircuit, zoals in het ontwerpadvies voorgesteld in het geval van uitsluiting (in casu Sense) niet wenselijk is.

Boven de 21 jaar bepleit de ACP alleen vergoeding voor medische indicaties, conform de richtlijnen. CVZ moet, in plaats van de optie van volledige verwijdering uit het pakket van deze middelen, de beroepsgroep het vertrouwen geven om conform de richtlijnen te indiceren, en dit na enkele jaren evalueren. Bij onvoldoende compliantie van de beroepsgroepen heeft het CVZ de volledige pakketmaatregel tot zijn beschikking.

8. Besluit CVZ

In de vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, het advies Voorbehoeden van zwangerschap en Anticonceptiva in de Zvw, zoals geformuleerd in paragraaf 4, vastgesteld.

9. Auteur

Naam Mw. drs. T.J. Duine

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Bijlagen

Historisch overzicht pakketmaatregelen

<i>Ziekenfondswet</i>	Al vóórdat de Ziekenfondswet (ingevoerd 15 oktober 1964) officieel in werking trad, vond er discussie plaats over nut en noodzaak van het verstrekken van de anticonceptiepil voor rekening van de sociale ziektekostenverzekering. De
<i>Geen aanspraak</i>	toenmalige Ziekenfondsraad heeft in het voorjaar van 1964 het standpunt ingenomen dat maatregelen voor anticonceptie in principe niet beschouwd kunnen worden als maatregelen die behoren tot geneeskundige verzorging waarop verzekerden aanspraak kunnen maken. Wel heeft de Raad uitgesproken het niet uitgesloten te achten dat in de toekomst van dit standpunt afgeweken zou kunnen worden ten aanzien van gevallen waarin anticonceptie om medische of sociaal-medische redenen aangewezen is.
<i>Wel vergoeden bij medische noodzaak</i>	In de praktijk vond op dat moment soms al vergoeding van de anticonceptiepil plaats in gevallen waarin op medische gronden tijdelijk uitstel of regulering van de menstruatie gewenst was. Daarom heeft de Ziekenfondsraad bij circulaire geregeld dat voor bepaalde gynaecologische indicaties verstrekking voor rekening van de algemene ziekenfondsen mogelijk moest zijn.
<i>Medische gronden</i>	Op advies van de Raad heeft de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een en ander in 1967 in de Beschikking farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering officieel geregeld. De formulering luidde: <i>Ziekenfondsverzekerden kunnen geen aanspraak maken op "orale anticonceptiemiddelen, behoudens in gevallen waarin op medische gronden tijdelijk uitstel of regulering van de menstruatie noodzakelijk is; een en ander na verkregen toestemming van het ziekenfonds".</i>
<i>Ziekenfondsraad: niet ten laste van de ziekenfondsverzekering</i>	In de jaren daarna is er binnen de Ziekenfondsraad met enige regelmaat gesproken over handhaving van de status quo, mogelijk beperkte uitbreiding of zelfs volledige vergoeding van de pil. De discussie is in 1971 afgerond met het uitbrengen van een rapport aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne(9). Hierin heeft de meerderheid van de Ziekenfondsraad het eerder ingenomen standpunt bekrachtigd dat er voor anticonceptieve doeleinden geen enkel middel voor ziekenfondsrekening kan worden verstrekt. In het advies is verwoord dat dit standpunt niet noodzakelijk herleid moest worden tot bezwaren tegen het ter beschikking stellen van anticonceptiemiddelen als zodanig. De bezwaren betroffen het verstrekken van deze middelen ten laste van de ziekenfondsverzekering. In wezen ging de discussie over de vraag welke bron het meest geëigend is voor de bekostiging van anticonceptie: individuele of openbare middelen dan wel een fonds voor sociale verzekering.

1972 opname in ziekenfondspakket	<p>In 1972 heeft de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne besloten alle anticonceptiemiddelen die medische begeleiding behoeven onbeperkt op te nemen in het ziekenfondspakket. Belangrijke overwegingen hierbij waren dat geboorteregeling een fundamenteel recht van de mens is, dat materiële belemmeringen daarbij zoveel mogelijk moeten worden weggenomen en dat alles in het werk moet worden gesteld om het abortusvraagstuk terug te dringen.</p>
Jaren tachtig	<p>In de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben diverse verantwoordelijke bewindslieden pogingen ondernomen om de pil weer uit het ziekenfondspakket te halen. Zo opperde staatssecretaris Van der Reijden in 1983 die mogelijkheid. Hij wilde zelfs twee bezuinigingen in een keer doorvoeren. De pil kon volgens hem voortaan zonder recept bij de apotheek worden verkocht, omdat inmiddels duidelijk was dat de pil veilig was en weinig bijwerkingen had. Toen de Ziekenfondsraad het voorstel afkeurde, trok de staatssecretaris het weer in. Overigens, ook de vrouwenbeweging, de vakbonden, de Rutgersstichting en vele andere organisaties hadden inmiddels protest aangetekend tegen het voorstel.</p>
1986/1987 voorstel verwijdering uit pakket	<p>In oktober 1986 stelden enkele leden van de Ziekenfondsraad voor de pil uit het pakket te halen, in 1987 adviseerde ook de commissie Dekker, die een nieuwe structuur voor de financiering van de gezondheidszorg voorstelde, de pil niet langer te vergoeden. Tegenstanders van deze voorstellen brachten aanvankelijk vooral naar voren dat het niet langer vergoeden van de pil tot gevolg had dat de lusten en lasten ongelijk werden verdeeld tussen mannen en vrouwen. Later wezen ze er vooral op dat een dergelijke maatregel schadelijke gevolgen zou hebben voor 'kwetsbare' groepen: jonge meisjes, allochtone vrouwen of drugsverslaafden.</p>
1992: AWBZ	<p>Hoewel al deze voorstellen er niet toe leidden dat de pil uit het ziekenfondspakket werd gehaald, werd de vergoeding ervan in de jaren negentig aan banden gelegd, net als die van andere medicijnen. In 1992 werd de farmaceutische zorg namelijk overgeheveld naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vanaf toen kreeg iedereen de anticonceptiepil vergoed, dus ook mensen met een particuliere verzekering.</p>
GVS	<p>Tegelijkertijd werd echter het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) ingevoerd, dat medicijnen in clusters indeelde. Van elk geneesmiddel werd bepaald wat het maximaal mocht kosten. Wilde iemand een duurder vergelijkbaar geneesmiddel, dan werden de meerkosten niet langer vergoed. Dat betekende voor de pil dat alleen de kosten van de goedkopere tweedegeneratiepil werden vergoed. Als reactie hierop maakte de farmaceutische</p>
preferentiebeleid	

industrie de tweedegeneratiepil even duur als de derdegeneratiepil. Na politieke druk werden prijsverhogingen weer ongedaan gemaakt en hoefde er niet te worden bijbetaald.

Vrij verkrijgbaar?

In 1993 werd er in de Tweede Kamer uitvoerig gedebatteerd over de mogelijkheid de pil als zelfzorgmedicijn bij de drogist te verkopen, dus zonder recept van de huisarts. Na veel commotie besloot staatssecretaris Simons in 1994 dat alles bij het oude bleef(10)

***1995:
Uitstroom niet
gelukt***

In 1995 laaide de discussie opnieuw op. Minister Borst van WVS kondigde aan dat het kabinet het voornemen had orale anticonceptiemiddelen voor meerderjarige vrouwen (> 18 jaar) per 1 januari 1996 uit het verzekeringspakket te verwijderen(11). Het kabinet vond het zowel medisch als financieel verantwoord om dat te doen. Orale anticonceptiva voor volwassen vrouwen konden volgens het kabinet heel goed voor eigen rekening en verantwoording komen. Het kabinet verbond daaraan wel de voorwaarde dat de prijs van de anticonceptiva lager zou worden dan die tot dan toe was. Men dacht dit doel te kunnen bereiken door het buiten de huisarts om verkrijgbaar stellen van anticonceptiva bij apotheek of drogisterij. Uiteindelijk heeft de minister afgezien van het voornemen omdat bleek dat niet voldaan kon worden aan een aantal door haarzelf gestelde voorwaarden. Zo bleek dat:

- op grond van Europese regelgeving een aantal nieuwere, vaak duurdere orale anticonceptiva niet door de drogist zou mogen worden verstrekt;
- de prijs van de pil bij verkoop door de drogist niet beheerst kon worden;
- er een reële kans was dat niet-vergoede orale anticonceptiva op oneigenlijke gronden zouden worden vervangen door andere, wel vergoede middelen.

Vanaf 1996 maakte de vergoeding van geneesmiddelen overigens weer deel uit van het ziekenfondspakket.

In 1998 kwam de Tweede Kamerfractie van de VVD opnieuw met het voorstel de pil te schrappen, maar ook deze keer strandde dat. Vervolgens kwam minister Hoogervorst van WVS pas weer in september 2003 met het voorstel anticonceptiva uit het ziekenfondspakket te lichten. De minister kwam met deze maatregel om te bezuinigen op de uitgaven voor de zorgverzekering. Bij zijn keuze voor bepaalde maatregelen had de minister de volgende randvoorwaarden gehanteerd:

- zo min mogelijk beperken van echt noodzakelijke medische zorg, waarvoor verzekerden zelf geen verantwoordelijkheid kunnen dragen;

- acceptabele effecten voor chronisch zieken;
- acceptabele gevolgen voor het besteedbare inkomen;

- eenvoudig en uitvoerbaar.

2004 uit pakket voor > 21 Hoewel er ook deze keer weer veel protesten waren, heeft het kabinet de maatregel in 2004 doorgevoerd in de ziekenfondsverzekering. De leeftijdsgrens van 21 jaar was een compromis, bedoeld om een toename van het aantal ongewenste tienerzwangerschappen te voorkomen. Vervolgens is deze leeftijdsgrens per 1 januari 2006 ook gaan gelden voor de Zvw.

In de jaren daarna zijn er vele malen Kamervragen gesteld over de gevolgen van deze pakketmaatregel.

Regeerakkoord 2007 Het Regeerakkoord Balkenende IV van 7 februari 2007 bevatte vervolgens weer de afspraak het basispakket van de Zorgverzekering te verruimen met de pil voor volwassenen.

2008: Leeftijdsgrens vervalt Deze afspraak is per 1 januari 2008 geëffectueerd in de Regeling zorgverzekering (Stcrt. 2007, nr. 113). Sindsdien is de leeftijdsgrens voor zowel hormonale anticonceptiva als voor pessaria en koperhoudende spiraaltjes weer komen te vervallen.

Literatuurlijst

- 1 www.cbs.nl. Geraadpleegd in Maart 2010.
- 2 Bakker F, Graaf H de, Haas S de, et al. Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Utrecht: Rutgers Nissogroep, 2009.
- 3 CVZ. GIPdatabank. Geraadpleegd in Maart 2010 via <http://www.gipdatabank.nl/>.
- 4 CVZ. Website Medicijnkosten. Geraadpleegd in Maart 2010 via www.medicijnkosten.nl.
- 5 IGZ. Jaaroverzichten Wet Afbreking Zwangerschap. Geraadpleegd in Maart 2010 via www.igz.nl.
- 6 Stolk P, Schneeweiss S, Leufkens HG, et al. Impact analysis of the discontinuation of reimbursement: the case of oral contraceptives. *Contraception* 2008; 78: 399-404.
- 7 SFK. Pilgebruikster stoïcijns onder maatregel. *Pharm Weekbl* 2008; 143: 13.
- 8 CVZ. Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg. Diemen: CVZ, 2008. Publicatienummer 08/258. Het criterium 'kan voor eigen rekening' maakt hier deel van uit.
- 9 Ziekenfondsraad. Rapport inzake anticonceptionele middelen en ziekenfondsverzekering. Amsterdam: ZFR, 1971. Rapportnr. 13.
- 10 Rensman E. De pil in Nederland: een mentaliteitsgeschiedenis. Amsterdam: Atheneum-Polak& van Gennep, 2006.
- 11 Brief van 21 maart 1995 "Zorg in het regeerakkoord". 1995. Kamerstukken II, 1994/95, 24124, nr. 1.