

Rapport

Pakketadvies 2010

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

Publicatienummer **285**

Uitgave

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

Volgnummer

29112862

Afdeling

Zorg Advies

Auteurs

Marianne den Haan en Johan de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 97

Bestellingen

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

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	
1	1. Pakketbeheer en zijn context	
1	1.a. Inleiding	
1	1.b. Dynamiek van pakketbeheer	
3	1.c. Reactie minister op Pakketadvies 2009	
4	1.d. Leeswijzer	
6	2. Het belang van gepast gebruik	
6	2.a. Inleiding	
6	2.b. Stepped care	
6	2.b.1. Inleiding	
7	2.b.2. Depressie en angststoornissen	
7	2.b.3. Overgewicht, obesitas en fertiliteit	
8	2.b.4. Lumbale hernia	
9	2.b.5. Percutane cardiale interventies	
10	2.b.6. Bekkenfysiotherapie en incontinentie	
11	2.b.7. Andere kansrijke onderwerpen	
12	2.c. Verschillende aspecten van gepast gebruik	
15	2.d. Naleving van richtlijnen	
16	2.e. Rol CVZ	
17	3. Methodiek van pakketbeheer	
17	3.a. Inleiding	
18	3.b. Het domein van de Zvw	
18	3.b.1. Aanleiding	
18	3.b.2. Verantwoordelijkheid overheid en vormgeving sociale zekerheid	
19	3.b.3. Doelstelling Zvw: behoefte aan geneeskundige zorg	
21	3.c. Adviseren in relatie tot het BKZ	
22	3.d. Pakketbeheer in de praktijk 2	

26	3.e.	Voorwaardelijke financiering en een verantwoord pakket
27	3.f.	Eigen bijdrage en eigen risico
28	3.g.	Richtlijnen en pakketbeheer
30	3.h.	Rol CVZ
32	4.	Ontwikkelingen in de zorg
32	4.a.	Ketenzorg
33	4.b.	Preventie
35	4.c.	Zorginnovatiewijzer
38	5.	Adviezen
38	5.a.	Inleiding
39	5.b.	Instroomadviezen en nadere voorwaarden
41	5.c.	Geen instroom
41	5.d.	Uitstroomadviezen en nadere voorwaarden
45	5.e.	Verkenning noodzakelijkheidsvraag IVF
46	5.f.	Systeemadviezen
53	6.	Standpunten
53	6.a.	Inleiding
53	6.b.	Het belang van standpunten
54	6.c.	Een standpunt en dan?
56	6.d.	Standpunten CVZ: te verzekeren zorg
71	6.e.	Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg
77	7.	Financiële gevolgen van adviezen en standpunten
79	8.	Reacties belanghebbende partijen
79	8.a.	Geconsulteerde partijen
80	8.b.	Algemene reacties
85	8.c.	Reacties op specifieke adviezen
97	9.	Adviescommissie Pakket
102	10.	Besluit CVZ

Bijlage(n)

1. Overzicht pakket 2010
2. Afkortingenoverzicht
3. Ledenlijst Adviescommissie Pakket
4. Overzicht adviezen en standpunten
5. Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie met reactie CVZ

Samenvatting

Adviezen en standpunten

Het basispakket biedt een uitgebreide dekking voor de gevolgen van gezondheidsproblemen. Het CVZ adviseert over de gehele breedte van het pakket en streeft hierbij naar een verantwoord basispakket voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daaronder verstaat het CVZ een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat. In dit Pakketadvies gaat het CVZ nader in op de betaalbaarheid van het pakket en zijn rol als pakketbeheerder hierbij. Vanuit die optiek heeft het CVZ nog eens kritisch gekeken naar het huidige pakket en doet het CVZ een aantal voorstellen voor uitstroom. Daarnaast is het CVZ van oordeel dat door *gepast gebruik* nog veel winst is te behalen, zowel in kwalitatieve als in financiële zin. Verder komt het belang van de mogelijkheid om de zorg te kunnen blijven innoveren aan de orde.

Het Pakketadvies 2010 van het CVZ is een bundeling van nieuwe en al uitgebrachte adviezen en standpunten op het terrein van de Zvw en de AWBZ.

Verskil tussen standpunten en adviezen

Met het innemen van een standpunt bepaalt het CVZ of een zorgvorm al dan niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Het gaat hierbij om de vraag of die zorgvorm voldoet aan de wettelijke criteria zoals 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'. Het CVZ heeft hier een eigenstandige wettelijke bevoegdheid. Omdat een standpunt niet leidt tot aanpassing van de Zvw of AWBZ is geen besluitvorming door de minister van VWS nodig.

Bij adviezen ligt dit anders. Het CVZ kan de minister van VWS gevraagd en ongevraagd adviseren over de aard, inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Het besluit om deze adviezen al dan niet te volgen en de regelgeving aan te passen, is voorbehouden aan de minister van VWS.

- Instreamadviezen*** Het CVZ adviseerde eerder om de volgende 41 zorgvormen op te nemen in de Zvw:
- stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg;
 - diazepam bij spierspasmen;
 - 31 geneesmiddelen in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS);
 - 6 geneesmiddelen plaatsen op de beleidsregels NZa (dure intramurale geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen);
 - actualisatie nader voorwaarden: apracionidine, brinzolamide, dorzolamide en latanoprost..

- Uitstreamadviezen*** In dit Pakketadvies adviseert het CVZ de volgende vier zorgvormen niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie, dan wel alleen onder bepaalde voorwaarden te vergoeden:
- zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap;
 - anticonceptiemiddelen;
 - eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen;
 - mondzorg 18-22 jarigen.

Daarnaast presenteert het CVZ een verkenning over de vraag of IVF-behandelingen zijn aan te merken als noodzakelijk te verzekeren zorg.

Eerder bracht het CVZ uit over de vergoeding van mucolytica. Het CVZ adviseerde alle geregistreerde geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof en alle middelen die mercapto-ethaanzuur bevatten te verwijderen uit het GVS de vergoeding van het middel dornase alfa te beperken tot verzekeren met cystic fibrose.

- Geen instroom*** Verder heeft het CVZ eerder geadviseerd Oxycodon/naloxon (Targinact®) niet aan te merken als een te verzekeren prestatie. De combinatie van oxycodon/naloxon heeft vanwege het ontbreken van onderzoeksgegevens een therapeutische minderwaarde ten opzichte van oxycodon in combinatie met een optimaal laxansregime.

Systeemadviezen

Het CVZ geeft in dit Pakketadvies vijf adviezen om de zorgverzekeringen te kunnen laten functioneren zoals beoogd, de zogenoemde systeemadviezen. Het betreft:

- het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, met inbegrip van het advies om de maximum vergoedingslimieten af te schaffen en de indicatiecriteria te wijzigen zodat ook bij eenzijdige slechthorendheid aanspraak op een hoortoestel bestaat;
- het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van urinelozing en defecatie;
- het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem
- het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- aanpassing regelgeving behandeling tegen snurken.

Al eerder bracht het CVZ de volgende vijf systeemadviezen uit:

- harmonisatie eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg en overige geneeskundige GGZ;
- signalement zorgzwaartebekostiging;
- heroriëntatie hulpmiddelen 1 en 2 - Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld;
- voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket.

Standpunten

Het CVZ heeft sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2009 over de volgende onderwerpen het standpunt in of deze zorgvormen tot de te verzekeren prestaties behoren op grond van de wet- en regelgeving, inclusief de stand van de wetenschap en praktijk.

Te verzekeren prestatie

Het CVZ heeft geoordeeld dat de volgende 19 zorgvormen, geheel of gedeeltelijk, tot de te verzekeren prestaties behoren:

- extracorporele fotofereze bij steroid refractaire graft versus host ziekte (DBC-beoordeling);
- niet-chirurgische interventies bij levertumoren;

- bepaalde behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- preventie van problematisch alcoholgebruik
- verbandmiddelen;
- langdurige verneveling van hypertone zoutoplossing;
- percutane pulmonalklepimplantatie (DBC-beoordeling);
- hulpmiddelenzorg en afbakening met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
- verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ;
- zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw;
- de grens tussen geneeskundige GGZ (Zvw) en begeleiding (AWBZ);
- voetzorg voor mensen met diabetes mellitus;
- ABO incompatibele niertransplantaties met behulp van immunoabsorptie (DBC-beoordeling);
- second opinion in de Zvw;
- bepaalde zorg aan transseksuelen;
- indicaties voor protontherapie (deel 1);
- mondzorg voor medisch gecompromitteerden;
- interventies bij kinderen met autisme en/of een verstandelijke handicap (deels een te verzekeren prestatie);
- langdurige psychoanalytische psychotherapie.

Geen te verzekeren prestatie

De volgende 12 zorgvormen behoren *niet* tot de te verzekeren prestaties:

- selectieve preventieve GGZ voor kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers;
- lumbale discusprothese;
- opsporing mensen met familiale hypercholesterolemie;
- preventieve behandeling van angststoornissen
- transkather aortaklepimplantatie (DBC-beoordeling);
- vroege intensieve neurostimulatie bij volwassenen;
- bilaterale cochleaire implantatie bij kinderen en volwassenen;
- gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA;
- neurofeedback als behandeling van ADHD;
- fysiotherapie en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie;

- intra-arteriële trombolysie bij een acuut herseninfarct (DBC-beoordeling);
- psychoanalyse.

Autonome kostenontwikkeling

De autonome zorguitgaven zullen, onder meer door demografische, medische en technologische ontwikkelingen (inclusief nieuwe geneesmiddelen), in de periode van 2008 tot en met 2010 met € 4,2 miljard toenemen. Dit is een stijging van ongeveer 7,6 % (bron: Rijksbegrotingen 2010 – zie ook bijlage 1).

Financiële gevolgen adviezen en standpunten CVZ

De adviezen die het CVZ in dit Pakketadvies presenteert, leiden per saldo tot een afname van de kosten met een bedrag tussen de € 42 en € 125 miljoen.

De uistroomadviezen over: anticonceptiemiddelen, zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap, eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (Zvw en AWBZ-uitleen) en mondzorg voor 18-22 jarigen leiden tot een kostenreductie van maximaal € 193,3 miljoen.

De kosten van het advies om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als te verzekeren prestatie aan te merken bedragen, afhankelijk van de gekozen behandeling en behandelduur, tussen de € 20 en € 33 miljoen.

Het standpunt om voetzorg voor diabetici aan te merken als een te verzekeren prestatie leidt tot een bedrag van € 17 tot € 28 miljoen aan meerkosten.

In zijn advies om de hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven stelt het CVZ ook voor de indicatiecriteria te verruimen en de getrapte maximumvergoedingslimieten te laten vervallen. Het verruimen van de indicatiecriteria, waarbij ook bij een eenzijdig gehoorverlies (>35 dB) aanspraak op een hoortoestel bestaat, kost € 2,3 miljoen. Het afschaffen van de maximum vergoedingslimieten leidt tot een mogelijk bedrag aan meerkosten van € 28 tot € 77 miljoen. Hierbij is geen rekening gehouden met mogelijke inverdieneffecten.

Het standpunt dat extracorporele fotoforese bij steroid refractaire graft versus host ziekte zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, leidt tot een bedrag van (afgerond) € 1 miljoen aan meerkosten.

1. Pakketbeheer en zijn context

1.a. Inleiding

<i>CVZ: pakketbeheerder</i>	Voor u ligt het Pakketadvies 2010. In dit Pakketadvies presenteert het CVZ zijn adviezen en standpunten tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de zorg en in het pakketbeheer. Het bevat nieuwe adviezen over de inhoud en inrichting van het pakket van te verzekeren zorg. Daarnaast is
<i>Adviezen</i>	een overzicht opgenomen van de adviezen die het CVZ heeft uitgebracht sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2009.
<i>Standpunten</i>	Verder heeft het CVZ voor een aantal interventies/zorgvormen bepaald in hoeverre zij tot de te verzekeren prestaties moeten worden gerekend door het innemen van standpunten.
<i>Verantwoord pakket</i>	Met zijn advisering over de gehele breedte van het pakket streeft het CVZ naar een verantwoord basispakket voor de Zvw en de AWBZ. Onder een verantwoord pakket verstaat het CVZ een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat.

1.b. Dynamiek van pakketbeheer

<i>Autonome groei zorgkosten</i>	Het verzekerde pakket is geen statisch geheel. De omvang van het pakket zal blijven groeien door de komst van nieuwe, vaak dure technologieën. Als gevolg van de vergrijzing en de groei van het aantal chronisch zieken neemt ook het beroep dat de burger op het verzekerde pakket doet toe. Deze autonome ontwikkelingen kunnen leiden tot een spanning tussen het zorgaanbod en de zorgvraag en het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ is voor de minister het uitgavenplafond voor zorg, waaraan hij zich gedurende de kabinetsperiode moet houden.
<i>Financiële en economische crisis</i>	Naast deze autonome ontwikkelingen is Nederland geconfronteerd met een financiële en economische crisis die er voor heeft gezorgd dat de overheidsfinanciën uit het lood

zijn geslagen. Daarom is het nodig het beleid fundamenteel te herijken. Dit vraagt om politieke keuzes op basis van een gedegen en grondige analyse en voorbereiding. Indien we met elkaar de kwaliteit en toegankelijkheid van collectieve voorzieningen zoveel mogelijk willen behouden, zijn fundamentele keuzes onvermijdelijk. Het CVZ is van mening dat 'de kaasschaafmethode' hiervoor onvoldoende oplossing biedt. Er zullen verstrekkende keuzes gemaakt moeten worden over de omvang en het niveau van de collectieve voorzieningen en over de verdeling van verantwoordelijkheden. Een zorgvuldige voorbereiding van voorstellen en afweging van mogelijke opties en alternatieven is daarom vereist om tot goed onderbouwde besluiten te komen.

Heroverwegingsoperatie

Voor de langdurige zorg en voor de curatieve zorg heeft het kabinet daarom commissies ingesteld met als doel om structurele besparingsmogelijkheden in kaart te brengen die de netto uitgaven ten opzichte van 2010 met 20 procent verlagen. Voor de curatieve zorg betreft dit een bedrag van ongeveer € 6,5 miljard en voor de care-sector een bedrag van ongeveer € 4,5 miljard.

Pakketbeheer van invloed op BKZ

In zijn advisering is het CVZ in beginsel niet gebonden aan het BKZ, maar realiseert zich terdege dat de uitkomsten van pakketbeheer direct van invloed zijn op de hoogte van de zorguitgaven. Voor de komende jaren is het de verwachting dat het BKZ niet in gelijke mate zal toenemen met de autonome kostengroei. Het komt er in het licht van de begrensde financiële kaders sterk op aan om te bepalen wat we collectief willen verzekeren en wat niet.

Bevorderen van gepast gebruik

Het CVZ is van oordeel dat met name met het bevorderen van gepast gebruik veel winst is te behalen, zowel in kwalitatieve als in financiële zin. Het bevorderen van gepast gebruik is niet louter ingegeven door een bezuinigingsdoelstelling, maar is ook ingegeven door het leveren van kwalitatief de beste zorg. Het CVZ kent aan het bevorderen van gepast gebruik een hoge prioriteit toe. Immers, door de efficiencywinst die met gepast gebruik is te behalen, kan (ten dele) voorkomen worden dat

het CVZ moet adviseren om bewezen effectieve zorgvormen louter om financiële redenen niet (langer) als een te verzekeren prestatie aan te merken. In hoofdstuk 2 gaat het CVZ uitgebreid in op gepast gebruik en de rol die de verschillende betrokken partijen daarbij (kunnen) vervullen. In een aantal voorbeelden geeft het CVZ ook aan welk potentieel financieel effect met gepast gebruik is te bereiken.

Methodiek van pakketbeheer

In hoofdstuk 3 gaat het CVZ nader in op de methodiek van het pakketbeheer en op de rol die het CVZ kan vervullen bij het in stand houden van een verantwoord pakket en de verhouding tot het BKZ.

Uitstroom

Op basis van het doel van de Zvw, zoals beschreven in de considerans, en de tot op heden gehanteerde normen voor het pakketprincipe noodzakelijkheid adviseert het CVZ enkele zorgvormen niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie. Het betreft:

- eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (Zvw en AWBZ-uitleen);
- de zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap;
- de middelen voor anticonceptie;
- mondzorg voor verzekerden van 18 jaar tot 22 jaar.

Een samenvatting van deze adviezen is opgenomen in paragraaf 5.d. Verder presenteert het CVZ in paragraaf 5.e. een verkenning over de vraag of IVF-behandelingen noodzakelijk te verzekeren zorg zijn. De integrale adviezen treft u aan als bijlage 4 en in het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010.

1.c. Reactie minister op Pakketadvies 2009

Transparantie en vernieuwing

Per brief van 11 juni 2009 heeft de minister van VWS zijn standpunt over het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg aan de leden van de Tweede Kamer gezonden. De minister vindt het een goede ontwikkeling dat het CVZ het pakketbeheer de laatste jaren verder heeft ontwikkeld. Dit heeft onder meer geleid tot een meer transparant en ook vernieuwend pakketbeheer.

**Adviezen
overgenomen**

De minister heeft bijna alle instroom-, uitstroom- en systeemadviezen volledig overgenomen. Het gaat onder meer om het als te verzekeren prestatie in het pakket opnemen van het mandibulair repositie apparaat, het laten uitstromen van het geneesmiddel acetylcysteïne, en de systeemadviezen over het functiegerichte omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Het advies over de overheveling van de somatische revalidatie heeft de minister nog niet ingevoerd. Om een zorgvuldige overheveling mogelijk te maken moet nog een aantal voorbereidingen plaatsvinden in verband met de bekostiging. Daarnaast hebben de zorginstellingen voldoende voorbereidingstijd nodig. De minister gaat uit van een overheveling met ingang van 1 januari 2012.

1.d. Leeswijzer

Indeling rapport

Na deze inleiding leest u in hoofdstuk 2 over het grote belang dat het CVZ hecht aan het bevorderen van gepast gebruik en over de rol die verschillende partijen daarbij kunnen vervullen. In hoofdstuk 3 besteedt het CVZ aandacht aan (ontwikkelingen in) de methodiek van pakketbeheer. In hoofdstuk 4 belichten we een drietal ontwikkelingen in de zorg. In hoofdstuk 5 zijn de adviezen om een interventie op te nemen, niet op te nemen of te verwijderen samengevat. Ook geeft het CVZ in dat hoofdstuk een aantal systeemadviezen weer. Hoofdstuk 5 bevat de standpunten die het CVZ heeft ingenomen over wat tot de te verzekeren zorg behoort. In de bijlagen bij dit rapport treft u de afzonderlijke standpunten en adviezen aan met een uitgebreide onderbouwing. In hoofdstuk 7 gaat het CVZ in op de financiële consequenties van de adviezen en standpunten. De van belanghebbende partijen ontvangen reacties behandelt het CVZ in hoofdstuk 8, terwijl in hoofdstuk 9 het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) aan de Raad van Bestuur van het CVZ is opgenomen. In hoofdstuk 10 komt het CVZ tot een besluit.

Bijlagen

In bijlage 1 treft u aan een overzicht van te verzekeren zorg, de zorguitgaven en -financiering. Bijlage 2 geeft een overzicht van de in dit rapport gebruikte afkortingen en in bijlage 3 is de

samenstelling van de ACP opgenomen. Deze commissie adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. In bijlage 4 vindt u een overzicht van de adviezen en standpunten. De van belanghebbende partijen ontvangen reacties uit de bestuurlijke consultatieronde en het antwoord van het CVZ daarop, treft u aan als bijlage 5.

2. Het belang van gepast gebruik

2.a. Inleiding

Winst te behalen

In zijn eerdere pakketadviezen heeft het CVZ al aangegeven dat het moeilijk te accepteren is dat, gezien de financiële kaders kritisch gekeken moet worden naar de omvang van het te verzekeren pakket, terwijl er met gepast gebruik nog veel winst is te behalen, zowel in financiële als in kwalitatieve zin.

Verantwoord pakket

Het CVZ dient zorg te dragen voor een verantwoord pakket. Dit houdt in een basispakket waarin alleen die zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is, en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen. Van dat pakket dient op gepaste wijze gebruik gemaakt te worden.

Gepast gebruik

In het rapport Pakketbeheer in de Praktijk 2 en in zijn eerdere pakketadviezen heeft het CVZ aangegeven het tot zijn taak te rekenen om behandelaars/voorschrijvers, patiënten en zorgverzekeraars te stimuleren tot gepast gebruik. Ondoelmatig gebruik, over- en onderbehandeling, moeten worden voorkomen. Onderbehandeling zal immers op de langere termijn tot gezondheidsverlies aanleiding kunnen geven. Gepast gebruik kan door het CVZ worden bevorderd, maar ligt voor een groot deel ook op het terrein van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zoals eerder aangegeven is het CVZ van mening dat gepast gebruik tot grote efficiencywinst kan leiden en dat hieraan grote prioriteit moet worden toegekend.

2.b. Stepped care

2.b.1. Inleiding

Volgorde in zorg

Stepped care is een goed voorbeeld van gepast gebruik. Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet, en pas als deze niet (voldoende)

effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie. is een goed voorbeeld van gepast gebruik. Natuurlijk lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care-benadering. Zorg die geleverd wordt varieert afhankelijk van de ernst of het stadium van de aandoening van beperkt tot ingrijpend. Voor veel aandoeningen is stepped care goed mogelijk en is dit principe ook uitgewerkt in richtlijnen.

Veel verbetering mogelijk

Een aantal casussen illustreert hoe op diverse terreinen stepped care al toegepast wordt, of waar verbetering mogelijk is. Door het hele spectrum van de zorg heen zijn talloze verbeteringen denkbaar op het gebied van stepped care en doelmatig handelen. Iedere verbetering leidt op zich tot een wellicht slechts beperkte winst, maar alles tezamen kan een aanzienlijke doelmatigheidswinst opleveren.

2.b.2. Depressie en angststoornissen

Depressies en angststoornissen bij ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen komen vaak voor, kunnen ernstig van aard zijn en worden vaak niet tijdig opgemerkt. In een recent gepubliceerde gerandomiseerde gecontroleerde studie onder Nederlandse ouderen (> 75 jaar) werd een stepped care preventieprogramma vergeleken met een 'usual care'. De stepped care benadering leidde tot een halvering van de incidentie van klinische depressie en angststoornissen (10 gevallen in 86 personen versus 20 gevallen in 84 personen). De incidentie van depressie bij 75-plussers met usual care is \pm 10.000/jaar, behandeling van depressie bij ouderen kost gemiddeld € 1.112. Ervan uitgaande dat de resultaten van bovengenoemde studie zijn bevestigd, kan consequent toepassen van stepped care bij deze indicatie leiden tot een besparing van € 5.5 miljoen, exclusief de kosten van stepped care.

2.b.3. Overgewicht, obesitas en fertiliteit

Overgewicht en obesitas beïnvloeden de fertiliteit. In een recente Nederlandse studie is gerapporteerd wat het effect is op het percentage succesvolle spontane zwangerschappen, op het succes van fertiliteitsbevorderende behandelingen, en op

de complicaties en kosten van zwangerschap bij overgewicht/obesitas. Voor de hand ligt de hypothese dat een gecombineerde leefstijlinterventie, waardoor overgewicht/obesitas (blijvend) afneemt, voorafgaand aan het nastreven van een spontane zwangerschap en de toepassing van fertiliteitsbevorderende interventies, een doelmatige behandeling is. Hiervoor is onderzoek in gang gezet. Indien hieruit blijkt dat het aanbieden van een leefstijlinterventie voorafgaand aan fertiliteitsbevorderende interventies bij patiënten met overgewicht of obesitas leidt tot meer doelmatige fertiliteitsbehandeling, zou deze behandeling alleen onder voorwaarden aangeboden moeten worden. Stepped care betekent dan dat de vergoeding van bepaalde vormen van fertiliteitsbevorderende therapie afhankelijk wordt gemaakt van het eerst volgen van een programma voor leefstijlinterventie. Als de IVF-behandeling ontzegd wordt aan alle vrouwen met overgewicht/obesitas omdat zij eerst een gewichtsreductie moeten bereiken, levert dit een besparing op van € 25,5 miljoen per jaar. Het totaal aantal IVF-behandelingen in 2010 zal circa 18.500 bedragen, hiervan zijn er 5.000 behandelingen bij vrouwen met overgewicht/obesitas (en dus naar alle waarschijnlijkheid minder doelmatig). Bij de eventuele besparingen is geen rekening gehouden met de kosten van een leefstijlinterventie en met de eventuele opbrengsten van een effectievere IVF-behandeling.

2.b.4. Lumbale hernia

Een lumbale hernia (HNP) kan operatief worden behandeld, maar de klachten gaan ook vaak 'vanzelf' weer over. In een Nederlandse studie werd het effect van vroege chirurgie versus conservatieve behandeling, eventueel later gevolgd door chirurgie, onderzocht. Pijnklachten verdwenen iets sneller in de vroeg geopereerde groep, maar pijn, functie en patiënttevredenheid bleken na twee jaar identiek in beide groepen. Een economische evaluatie laat zien dat vanuit een gezondheidszorg perspectief de vroege chirurgie ± €40.000/QALY kost, terwijl vanuit maatschappelijk perspectief de meerkosten van chirurgie volledig werden gecompenseerd door toegenomen productiviteit (snellere werkhervatting).

Stepped care bestaat in dit geval uit een afwachtend beleid, gevolgd door operatie. Indien gekozen wordt voor vroeg operatief ingrijpen ligt een bijdrage van bijvoorbeeld de werkgever aan de kosten voor de hand. De doelmatigheid van de ingreep wordt immers niet zozeer bepaald door gezondheidswinst, maar door de mogelijkheid tot snellere werkherwinning. Overigens bestaat de indruk dat in dit voorbeeld de beroepsgroepen in Nederland evidence based handelen en de nieuwe inzichten toepassen in de praktijk. Stel dat alle patiënten op dit moment wel operatief behandeld zouden worden en men besluit tot een afwachtend beleid conform de studieresultaten, kan dit leiden tot een besparing van maximaal € 27,5 miljoen per jaar. De indruk bestaat dat een deel van deze besparing de afgelopen jaren al is bereikt.

2.b.5. Percutane cardiale interventies

Percutane cardiale interventies (PCI) hebben zich een belangrijke plaats verworven in de behandeling van coronaire hartziekten. In 2000 werden in Nederland 17.000 procedures uitgevoerd; in 2010 wordt verwacht dat dit er 39.000 zullen zijn. In 2005 heeft de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) richtlijnen gepubliceerd over de indicatiegebieden voor PCI. Hierna zijn tientallen gerandomiseerde studies en systematische reviews verschenen, enerzijds over PCI versus CABG-operatie (Coronary artery bypass grafting/coronaire bypassoperatie), anderzijds over PCI versus optimale conservatieve behandeling. Sommige uitkomsten zijn verrassend: voor enkele indicaties biedt PCI geen meerwaarde boven optimale medicamenteuze behandeling (o.a. de COURAGE studie), voor andere indicaties blijkt een CABG-operatie meerwaarde te hebben boven PCI. Het is dus mogelijk dat de indicaties voor PCI verschuiven of aangescherpt dienen te worden. Dat toepassen van stepped care bij deze patiënten minder eenvoudig blijkt dan het lijkt, wordt geïllustreerd door een recent verslag over het ontbreken van consequenties van de COURAGE-studie in de cardiologische praktijk in de VS. Mogelijke redenen hiervoor zijn volgens de auteur dat er geen 'incentives' zijn bij de patiënt en de arts om te starten met optimale conservatieve

behandeling. De PCI-plaatsing is 'gemakkelijker' voor de patiënt en lucratiever voor de arts/het ziekenhuis. Bovendien geldt in Nederland de eis dat een arts en een ziekenhuis een minimum aantal interventies per jaar moeten verrichten om hun expertise en vergunning te behouden.

In 2008 werd 44 % van de toen verrichte PCI's uitgevoerd bij patiënten met stabiele angina pectoris, de indicatie waarvoor volgens de COURAGE resultaten geen meerwaarde van PCI te verwachten valt. Uitgaande van een totaal aantal PCI's in 2010 van 39.000, een gemiddelde kostprijs van € 6.173 per PCI, ervan uitgaande dat ook in 2010 44% hiervan bij stabiele AP zal worden gedaan, én uitgaande van de COURAGE-resultaten, namelijk dat bij geen van deze patiënten PCI meerwaarde heeft, is in theorie een maximale besparing mogelijk van € 106 miljoen. Bij deze berekening is geen rekening gehouden met de kosten van optimaal conservatieve behandeling, noch met de kosten van eventueel later uit te voeren PCI bij de conservatief behandelde patiënten. De werkelijke besparingen zullen daarom naar verwachting lager uitvallen.

Het lijkt het CVZ van belang om de uit 2005 daterende Nederlandse richtlijn te evalueren, duidelijke indicatieprotocollen, voortdurende dataregistratie en -evaluatie op te zetten. Ok is bezinning op het toekennen van vergunningen voor interventiecardiologie noodzakelijk, want aanbod scheidt vraag..

2.b.6. Bekkenfysiotherapie en incontinentie

In de richtlijn urine-incontinentie (2004) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) wordt bekkenbodetraining door een gespecialiseerde fysiotherapeut aanbevolen als primaire behandeling (bewijskracht A). Binnen 'Zichtbare Zorg Ziekenhuizen' werd hiervoor door de beroepsgroep ook een indicator ontwikkeld. Deze stepped care behandeling wordt niet ondersteund vanuit het basispakket: vergoeding voor de fysiotherapie ontbreekt. In 2006 heeft het CVZ de minister van VWS geadviseerd om de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie op te nemen in de basisverzekering. Het CVZ

concludeerde dat andere interventies (geneesmiddelen, operaties en opvangmateriaal) wel tot de te verzekeren prestaties behoren, maar bekkenfysiotherapie als de eerst aangewezen behandeling niet. Toevoeging van de eerste negen fysiotherapie behandelingen aan het basispakket, gecombineerd met de daaropvolgende afname van gebruik van incontinentiemateriaal gedurende vijf jaar, leidt tot een netto besparing van € 2 miljoen per jaar. Daarnaast neemt ook de kwaliteit van leven van de patiënten toe. Tot op dit moment heeft de minister een beslissing over deze aanbeveling aangehouden.

2.b.7. Andere kansrijke onderwerpen

Enkele andere kansrijke onderwerpen voor het bereiken van doelmatigheidswinst door het toepassen van stepped care zijn:

- OSAS (Obstructief Slaapapneu Syndroom): de belangrijkste risico's voor OSAS zijn obesitas en alcoholgebruik. Er zijn verschillende behandelingen en hulpmiddelen (mandibulair repostieapparaat, CPAP-apparatuur en chirurgie) die steeds vaker worden gebruikt, terwijl uit recente RCT's blijkt dat een leefstijlinterventie, met name een forse gewichtsreductie, OSAS vermindert.
- Antidepressiva: de CBO-richtlijn dateert uit 2004 en neemt dus niet de recente literatuur mee die laat zien dat bij een milde depressie de medicatie niet effectiever is dan een placebo.
- Ter voorbereiding op een CABG-operatie worden regelmatig carotisstentplaatsingen uitgevoerd bij asymptomatische carotisstenose. De neurologen-richtlijn raadt dit af.
- Bevorderen therapietrouw: uit het RVZ-rapport 'Met het oog op gepaste zorg' blijkt dat 50 tot 70% van de chronische patiënten die negen geneesmiddelengroepen kregen voorgeschreven binnen één jaar ten onrechte met de medicatie is gestopt.

2.c. Verschillende aspecten van gepast gebruik

Er zijn bij gepast gebruik drie aspecten te onderscheiden:

- bepalen wat gepaste zorg is (de normstelling);
- nagaan in hoeverre de norm wordt nageleefd (toezicht en monitoring);
- bevorderen dat die norm wordt nageleefd (sturing).

Het CVZ heeft in alle drie stappen van de gepast gebruikscyclus een verschillende rol.

Richtlijnen

Voor het aangeven van de norm voor gepast gebruik zijn richtlijnen het instrument bij uitstek. Het CVZ heeft zich tot nu toe als het maar enigszins kon verlaten op richtlijnen en heeft op specifieke onderwerpen veel samengewerkt met de (wetenschappelijke verenigingen van de) beroepsbeoefenaren. Waar richtlijnen ontbreken of niet adequaat zijn kan en moet het CVZ zelf indicatiegebieden aangeven voor de interventies (bijvoorbeeld Bijlage 2 van de Rzv, waar het voorschrijven van geneesmiddelen wordt beperkt, of de begrenzing van de behandeling van dyslexie).

Normering via standpunten

Het CVZ geeft in zijn standpunten aan welke zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is en zo nodig wie er redelijkerwijs op is aangewezen. Op deze wijze normeert het CVZ mede wat gepast gebruik is bij concrete aandoeningen. Daarmee levert het CVZ een belangrijke bijdrage aan het gepast gebruik op macroniveau. Via standpunten verschaft het CVZ duidelijkheid aan verzekeraars, zorgverleners en verzekerden over wat wel en niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Ook verschaft het CVZ via standpunten duidelijkheid over de afbakening tussen het zorgdomein en aanpalende beleidsgebieden en geeft het CVZ handreikingen aan verzekeraars om bewezen effectieve zorg te vergoeden vanuit het basispakket en niet bewezen effectieve zorg of bewezen niet-effectieve zorg niet te vergoeden. Dit bevordert de kwaliteit en leidt tot een meer efficiënte besteding van de voor de zorg beschikbare middelen. Die notie heeft ook ten grondslag gelegen aan het publiceren van de uitkomsten van pakketbeheer in kompassen, bijvoorbeeld bij de

geneesmiddelen in de vorm van het Farmacotherapeutisch Kompas.

Verantwoordelijkheid CVZ

Vanuit de noodzaak tot beheersing van het pakket kan het CVZ tot de conclusie komen dat (nadere) normering noodzakelijk is. Er kunnen specifieke aanleidingen zijn om grenzen te formuleren vanuit het oogpunt van pakketbeheer. In uiterste instantie kan het CVZ zich gedwongen zien vanwege grootschalig ongepast gebruik de minister te adviseren een maatregel te nemen, zoals het grotendeels uitsluiten van benzodiazepines als te verzekeren zorg.

Verantwoordelijkheid verzekeren

Overigens merkt het CVZ op dat effectieve en doelmatige zorg vaak begint met veranderingen in het gedrag van de verzekerde, bijvoorbeeld een gezonde leefstijl of compliance als het gaat om medicatiegebruik. Verzekerden moeten op hun eigen verantwoordelijkheid wat betreft hun gezondheid gewezen worden; zorgaanbieders en ook zorgverzekeraars kunnen hen hierbij behulpzaam zijn.

Vormen van toezicht

Zonder enige vorm van toezicht komt gepast gebruik onvoldoende van de grond. De volgende actoren zijn te onderscheiden bij het toezicht op gepast gebruik:

- toezicht binnen de eigen kring van beroepsgenoten;
- toezicht door de (raden van bestuur en de raden van toezicht van) zorginstellingen;
- toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- toezicht door de (adviserend geneeskundigen van) zorgverzekeraars;
- toezicht door de NZa (uitsluitend verzekerde zorg inbrengen in de risicoverevening, c.q. ten laste brengen van het AFBZ).

Het CVZ werkt indirect mee aan toezicht door monitoring en onderzoek. Eventuele signalen over ongepast gebruik die hieruit voortvloeien, brengt het CVZ onder de aandacht van betrokken partijen.

Lacunes in de keten De primaire keten waarop het toezicht op het stelsel is gebouwd (professie-instellingsmanagement-verzekeraar-NZa) vertoont volgens het CVZ lacunes. Anders gezegd: het stelsel borgt in zijn huidige werking (nog) niet dat het gebruik ook altijd gepast is. Hierbij hoeft geen sprake te zijn van onwil, want er kunnen ook belemmeringen of tekortkomingen in het stelsel zelf zijn die ertoe leiden dat partijen hun verantwoordelijkheden niet of onvoldoende kunnen oppakken. Veelal liggen deze belemmeringen in de aansluiting van de bekostigingssystematieken op de omschrijving van het pakket. Ook kan het gaan om verkeerde financiële prikkels, die er in de uitvoeringspraktijk toe leiden dat een beperkte, eenvoudige behandeling in het behandeltraject wordt overgeslagen (bijvoorbeeld een laag honorarium voor een conservatieve behandeling en een in verhouding hoog honorarium voor een meer ingrijpende interventie).

Rol van zorgaanbieders Verschillende partijen kunnen bevorderen dat de norm wordt nageleefd. Zorgaanbieders kunnen zorgen voor actuele, evidence based richtlijnen voor de grote ziektebeelden. Nu is een groot deel van de zorg niet gevat in richtlijnen, en de richtlijnen die er zijn, zijn niet altijd actueel. Ook de samenhang tussen richtlijnen kan beter. Dit voorkomt zowel overbehandeling als onderbehandeling. Verder kunnen zorgaanbieders de richtlijnontwikkeling en implementatie verder uitbouwen en door een goede interactie met de patiënt -goede begeleiding en advisering- de therapietrouw bevorderen en de zorg doelmatiger maken. 'Het interactiemodel waarin sprake is van shared decision making (arts en patiënt bepalen samen welk onderzoek en welke behandeling ingezet worden) biedt de beste perspectieven tot gepast gebruik van zorg.'¹

Rol van zorgverzekeraars Ook zorgverzekeraars kunnen meer doen dan nu gebeurt. Zij hebben binnen de Zvw bij uitstek de mogelijkheid om te sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Zowel bij de

¹ De relatie tussen arts en patiënt. Uit: Met het oog op gepaste zorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Gepast Zorg. Zoetermeer, 2004.

inkoop van zorg (kwaliteitsindicatoren) als in hun overeenkomst met de verzekerde (de polis) kunnen verzekeraars hierover afspraken maken. Verder controleren zorgverzekeraars of inderdaad de zorg wordt geleverd waarop iemand redelijkerwijs is aangewezen. Welke zorg is precies geleverd, voldoet deze zorg aan de vereisten van medisch noodzakelijk, juiste indicatie en is 'stepped care' toegepast.

**Rol van
toezichthouder**

De toezichthouder, de NZa, dient toe te zien op het rechtmatig verhalen van zorgkosten door de zorgverzekeraar op de risicoverevening. Dit onderwerp verdient meer prioriteit in het licht van de keten.

2.d. Naleving van richtlijnen

Voor dat deel van de zorg waarvoor richtlijnen beschikbaar zijn, blijkt dat deze nog worden onvoldoende toegepast. Harmsen et al. hebben in opdracht van de RVZ in 2004 geïnventariseerd hoe het staat met het handelen volgens (evidence based) richtlijnen in Nederland.² Zij concluderen o.a. dat in gemiddeld 30% van de onderzochte onderwerpen het handelen van de zorgverleners niet volgens de richtlijnen blijkt te zijn. Hierbij bestaat wel een grote variatie tussen artsen, praktijken en afdelingen, en is er zowel van over- als van onderconsumptie sprake. Overconsumptie werd met name bij aanvullende diagnostiek, medicatiegebruik³ en verwijzingen binnen de eerste lijn (bv. naar de fysiotherapeut) aangetroffen. Onderconsumptie kwam vooral voor bij de behandeling van hart- en vaatziekten en de surveillance bij diabetes mellitus.⁴ Zeer recent hebben TNO, CBO en Trimbosinstituut in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg gezamenlijk zes richtlijntrajecten onderzocht. De resultaten laten zien dat er vooral aandacht is voor de ontwikkeling van een richtlijn, maar

2 Met het oog op gepaste zorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Gepaste Zorg. Zoetermeer, 2004.

3 Met name gebruik van antibiotica, middelen tegen maagklachten en antidepressiva. Zie ref. 9

4 Wat dit laatste betreft is het interessant te onderzoeken of de invoering van de richtlijn cardiovasculair risicomanagement en de 'ketendbc diabetes' hierin al verandering hebben gebracht.

dat invoering en evaluatie zeer beperkt van de grond komen.⁵ Concluderend lijkt op het gebied van de implementatie van richtlijnen nog aanzienlijke verbetering mogelijk.

Wanneer het CVZ op grond van kostenontwikkelingen of anderszins signaleert dat ongepast gebruik plaatsvindt, zal het CVZ zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties adviseren over de wijze waarop via gepast gebruik kwaliteitsverlies kan worden voorkomen en kostenbeheersing kan worden bereikt.

2.e. Rol CVZ

Rol CVZ

Het CVZ is en voelt zich verantwoordelijk voor de manier waarop gepast gebruik vorm krijgt. Via standpunten bepaalt het CVZ wat gepast gebruik is bij een concrete aandoening en stelt de norm. Daarmee levert het CVZ een belangrijke bijdrage aan het gepast gebruik op macroniveau. Via publicatie brengt het CVZ zijn standpunten onder de aandacht van belanghebbende partijen. Verder geeft het CVZ handreikingen aan verzekeraars om bewezen effectieve zorg te vergoeden uit het basispakket en niet bewezen effectieve zorg of bewezen niet-effectieve zorg niet te vergoeden.

Op het moment dat het CVZ ongepast gebruik van zorg signaleert op terreinen waarvoor het CVZ zelf geen rechtstreekse verantwoordelijkheid draagt, brengt het CVZ dit onder de aandacht van betrokken partijen. Waar mogelijk zal het CVZ een faciliterende rol vervullen om gepast gebruik te bereiken.

Wanneer partijen hun verantwoordelijkheid op dit gebied onvoldoende oppakken, kan het CVZ zich in uiterste instantie gedwongen zien om, vanwege grootschalig ongepast gebruik een pakketmaatregel te nemen. Een voorbeeld hiervan is het grotendeels uitsluiten van benzodiazepines als te verzekeren zorg.

5 Fleuren M.A.H., et al. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. Medisch Contact 2010; 65: 306-308.

3. Methodiek van pakketbeheer

3.a. Inleiding

Pakketprincipes

Bij de beoordeling van de vraag of bepaalde interventies en zorgvormen, inclusief genees- en hulpmiddelen, tot het te verzekeren pakket zouden moeten behoren, hanteert het CVZ de vier pakketprincipes. Bij de toepassing van deze principes beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

1. Noodzakelijkheid: rechtvaardigt de ziekte, beperkingen of benodigde zorg een claim op de solidariteit, gegeven de culturele context?
2. Effectiviteit: Is de desbetreffende interventie of zorgvorm effectief en doet deze wat ervan mag worden verwacht?
3. Kosteneffectiviteit: is de verhouding tussen kosten en baten van de interventie of zorgvorm acceptabel?
4. Uitvoerbaarheid: is het nu en in de toekomst houdbaar om de interventie of zorgvorm op te nemen in het te verzekeren pakket?

Integraal, tenzij

Bij een beoordeling weegt het CVZ de antwoorden op deze vragen integraal, tenzij op voorhand duidelijk is dat het antwoord op één van deze vragen doorslaggevend is voor het uiteindelijke oordeel. Als het CVZ bijvoorbeeld van oordeel is dat een interventie of zorgvorm niet effectief is, vindt geen toetsing aan de andere pakketprincipes plaats. Dit geldt ook in het geval dat een interventie of zorgvorm naar het oordeel van het CVZ niet voldoet aan het pakketprincipe noodzakelijkheid, bijvoorbeeld omdat deze zorg algemeen gebruikelijk en financieel toegankelijk is.

Pakketbeheer en financiën

In dit hoofdstuk besteedt het CVZ aandacht aan de relatie tussen pakketbeheer en het financieel kader, aan de verdere ontwikkeling van zijn beoordelingssystematiek en -criteria en aan de mogelijkheden die het CVZ heeft om, indien noodzakelijk, die criteria aan te scherpen. Verder gaat het CVZ onder meer in op de relatie tussen pakketbeheer en richtlijnen.

Eerst besteedt het CVZ echter nog aandacht aan de prealabele vraag die het CVZ beantwoordt voordat het CVZ de pakketprincipes toepast.

3.b. Het domein van de Zvw

3.b.1. Aanleiding

Domeinvraag

Voorafgaand aan het hanteren van de vier pakketprincipes behoort vanuit bestuurlijk oogpunt in beginsel namelijk eerst de vraag beantwoord te worden of de interventie tot het domein van de Zvw behoort.

Considerans van de Zvw

De doelstelling van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is als volgt geformuleerd:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is dat de gehele bevolking onder voor ieder gelijke sociale voorwaarden verzekerd is tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg;

Overgang Zfw-Zvw

Bij de overgang van de Zfw naar de Zvw is er indertijd voor gekozen om het te verzekeren pakket van de Zvw in grote trekken te laten aansluiten bij het verzekeringspakket van de Zfw, zoals dit in de loop van de jaren is geformuleerd. Bij de invoering van de Zvw is indertijd niet uitdrukkelijk de vraag gesteld of de in het pakket opgenomen prestaties ook daadwerkelijk vielen onder de doelstelling van de Zvw.

Het CVZ ziet het daarom tevens als zijn taak om bij bepaalde interventies specifiek te onderzoeken of de interventie behoort tot het domein van de Zvw. Het CVZ laat hierbij ook de consequenties zien als een bepaalde zorgvorm niet tot het domein van de Zvw behoort.

3.b.2. Verantwoordelijkheid overheid en vormgeving sociale zekerheid

Grondwet

Om zicht te krijgen op de achtergronden van de keuze voor de specifieke doelstelling zoals geformuleerd in de Zvw grijpt het CVZ terug op verplichtingen voor de overheid zoals geformuleerd in de Grondwet en in internationale verdragen.

In artikel 20 Grondwet is geregeld dat de bestaanszekerheid van de bevolking en de spreiding van welvaart voorwerp van zorg zijn voor de overheid. De overheid stelt daarom regels omtrent de aanspraken op sociale zekerheid. In artikel 22 is onder andere geregeld dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Ook in internationale verdragen zijn dergelijke bepalingen opgenomen.

***Recht op
gezondheid***

Het recht op gezondheid heeft een bredere strekking dan een recht op gezondheidszorg. Het recht op gezondheid ziet niet alleen op preventieve en curatieve zorg, maar ook op de verwezenlijking van voorwaarden die de gezondheid ten goede komen: bijvoorbeeld een gezond leefmilieu, veilig en voldoende voedsel en gunstige sociale omstandigheden, zoals op het vlak van huisvesting en family-planning.

De overheid heeft de vrijheid om het stelsel rondom het recht op gezondheid in te richten, rekening houdend met de sociale, economische en maatschappelijke omstandigheden. Bij de keuze van het middel, waarmee de overheid bepaalde doelen wil bereiken of stimuleren, spelen bestuurlijke overwegingen, zoals reikwijdte, financiële belasting en mate van overheidsingrijpen, een rol. De wetgever heeft op het gebied van gezondheidszorg dan ook een scala aan regelgeving ontworpen, denk aan de Zvw, AWBZ, Wmo, Wet publieke gezondheid. Deze regelingen verschillen sterk wat betreft doelgroep, financiële belasting en compensatiemechanisme. Een verzekering tegen ziektekosten is maar één van de instrumenten om risico's te delen en de toegang tot geneeskundige zorg veilig te stellen.

3.b.3. Doelstelling Zvw: behoefte aan geneeskundige zorg

***Behoeftte aan
geneeskundige
zorg***

Uit de considerans van de Zvw blijkt dat deze wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Het begrip in de considerans heeft dus betrekking op het doel, waarmee de in de wet genoemde prestaties (zoals geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden) ingezet worden.

Het begrip “de behoefte aan geneeskundige zorg” is niet nader geformuleerd in de toelichting op de Zvw⁶. De toelichting op de Zvw geeft geen definitie of uitleg van het begrip. Wel is uit de toelichting af te leiden dat “de Zvw betrekking heeft op zorg die is gericht op genezing, terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging”. Deze doelstelling gold ook al onder de Zfw, waar gesproken werd over “strekking tot geneeskundige verzorging”⁷.

**Eerdere
standpunten en
adviezen**

Ondanks dat een definitie of uitleg ontbreekt, is in het verleden vaker de vraag beantwoord of een medische handeling een geneeskundig doel heeft. Het CVZ heeft zich een aantal maal uitgelaten over het doel van een medische interventie. Denk bijvoorbeeld aan een *rituele (mannen)besnijdenis*. Het doel van een rituele (mannen)besnijdenis is niet de geneeskundige verzorging, maar het voorzien in een levensbeschouwelijke behoefte. Onder de Zvw heeft CVZ in het kader van *preventie* geconstateerd dat opsporen en toeleiden naar de zorg niet voortkomt uit de behoefte aan geneeskundige zorg. Anderzijds is juist bij ernstige vormen van *dyslexie* de conclusie getrokken dat de interventie gericht is op het opheffen van een medisch-neurologisch probleem en dus wel tot het domein van de Zvw hoort. Dit in tegenstelling tot de remedial teaching-achtige interventies, die zich meer op het gebied van het onderwijs bevinden. Tot slot noemen we als voorbeeld behandelingen met een *cosmetisch doel*. Deze behandelingen zijn door de wetgever uitdrukkelijk niet

⁶ Het begrip “de behoefte aan geneeskundige zorg” loopt in dit verband niet parallel aan het begrip “geneeskundige zorg” als genoemd in artikel 10 Zvw: Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan: a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden; b. mondzorg;.....etc. In artikel 10 betreft het een van de middelen, die onder de verzekering vallen.

⁷ Zie bijvoorbeeld RZA 2001, 2. Geneeskundige handelingen gelden alleen maar als verstrekking, indien zij strekken tot geneeskundige verzorging. Op grond van artikel 8 Ziekenfondswet hebben verzekerden aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging. Het doel van een rituele besnijdenis is niet de geneeskundige verzorging, maar het voorzien in een levensbeschouwelijke behoefte. Hierdoor valt een rituele besnijdenis niet onder de verstrekking.

beschouwd als te verzekeren prestatie, omdat het doel niet gelegen is in het opheffen of compenseren van een medisch gebrek.

Ook bij de discussie over de heroriëntatie hulpmiddelen speelde de domeinvraag een rol, net zoals die in de AWBZ bij het vraagstuk over het scheiden van wonen en zorg aan de orde is.

In dit Pakketadvies heeft het CVZ twee specifieke zorgvormen aan de considerans van de Zvw getoetst. Bij IVF-behandelingen constateert het CVZ dat IVF voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg, omdat er sprake is van in- of subfertiliteit. Bij anticonceptiemiddelen, die gebruikt worden om voor te behoeden, concludeert het CVZ dat er geen sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg, maar aan de behoefte aan family-planning. Om deze reden adviseert het CVZ om anticonceptieve middelen, die gebruikt worden om voor te behoeden, uit te laten stromen. (zie verder hoofdstuk 5).

3.c. Adviseren in relatie tot het BKZ

Uitgavenplafond

Zoals eerder aangegeven is voor de minister het BKZ het uitgavenplafond voor de zorg, waaraan hij zich heeft te houden gedurende de kabinetsperiode. Het is een politiek besluit hoe de publieke middelen bij aanvang van een nieuw regeerakkoord verdeeld zijn over zorg en andere zaken.

Verschillende variabelen

De uitgaven in de zorg worden door een aantal variabelen beïnvloed, zoals het te verzekeren pakket, de prijs en het volume van de verzekerde zorg en centrale uitvoeringskosten. Het CVZ heeft over het beheer van het te verzekeren pakket een formele adviesrol en rapporteert aan de minister van VWS over voorgenomen beleid inzake de aard, inhoud en omvang ervan. Omdat pakketbeheer van invloed is op zorguitgaven beziet het CVZ het pakketbeheer in dit licht.

Ten behoeve van belangrijke besluitvormende processen, kan het CVZ:

- het ministerie van VWS adviseren over kostenontwikkelingen in de zorg, veroorzaakt door epidemiologische, medisch technologische, maatschappelijke en markttechnische factoren;
- voor zichzelf toetsen of de gegeven financiële ruimte voldoende is om de autonome ontwikkelingen van het pakket te financieren op basis van de huidige normen van pakketbeheer;
- een maatschappelijke discussie starten bij een (mogelijke) overschrijding van het BKZ over bijstelling van de normen (en eventueel de criteria) voor pakketbeheer en hierover advies uitbrengen.

Integraal pakketbeheer met het oog op kostenbeheersing betekent onder meer dat het CVZ:

- expliciteert welke criteria (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid) en normen het CVZ gebruikt bij zijn pakketbeheer en dit afstemt met de minister;
- zijn beoordelingsmethodiek verfijnt, door verdere uitwerking van de afzonderlijke pakketcriteria én de onderlinge samenhang bij de toepassing ervan bij beoordelingen van zorg, te verdiepen;
- tijdig spanningen tussen het budget en het verzekerde pakket signaleert, en hierover in debat gaat met de minister;
- de consequenties van (eventueel bijgestelde) normen voor het bestaande pakket zichtbaar maakt;
- aan de hand van de pakketcriteria het verzekerde pakket periodiek doorlicht (pakkethygiëne).

3.d. Pakketbeheer in de praktijk 2

Pakketbeheercyclus en beoordelings-systematiek

In juni 2009 heeft het CVZ het rapport Pakketbeheer in de praktijk 2 uitgebracht. Dit rapport is een vervolg op Pakketbeheer in de Praktijk, waarin het CVZ zijn pakketbeheercyclus beschrijft en de beoordelingssystematiek die het CVZ bij zijn pakketbeoordelingen hanteert. In dit

vervolgrapport heeft het CVZ onderzocht hoe deze uitgangspunten en de voorstellen die de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) deed in de rapporten Zinnige en duurzame zorg en Rechtvaardige en duurzame zorg, in de praktijk uitpakken. Dit onderzoek heeft tot een aantal conclusies geleid.

***Systematisch en
transparant***

Het cyclisch pakketbeheer heeft een systematische en transparante benadering van het pakketbeheer mogelijk gemaakt met voldoende inspraakmogelijkheden. Ook heeft de cyclus een nieuw product opgeleverd: de pakketscan.

***Zorgbreed
adviseren***

Het blijkt nog niet eenvoudig om het uitgangspunt 'zorgbreed adviseren' toe te passen. Dit komt doordat de wettelijke kaders van Zvw en AWBZ fundamenteel verschillen. Waar mogelijk heeft het CVZ getracht deze verschillen te overbruggen, maar verdere harmonisatie, ook bij de toepassing op de verschillende zorgvormen binnen de Zvw, blijft een punt van aandacht.

***Integrale
toepassing***

Voor wat betreft de integrale toepassing van de pakketcriteria concludeert het CVZ het volgende:

- Het pakketprincipe noodzakelijkheid heeft twee incongruente dimensies: 'ziektelast' en 'noodzakelijk te verzekeren'. Het CVZ kiest ervoor om de beoordeling op de dimensie ziektebelasting deel uit te laten maken van de assessment en de beoordeling op de dimensie noodzakelijk onder te brengen in de appraisal. Reden hiervoor is dat bij 'noodzakelijk te verzekeren' vooral maatschappelijke overwegingen aan de orde zijn.
- Assessment en appraisal zijn niet geheel te scheiden. Zo bevat de assessment ook waarderingsaspecten - bijvoorbeeld in de concepten ziektebelasting en kosteneffectiviteit - en kan tijdens de appraisal nog discussie plaatsvinden over de kwaliteit van de gebruikte gegevens. De ACP heeft als primaire taak de toetsing van de maatschappelijke overwegingen bij het pakketbeheer, maar kan daarom ook uitspraken doen over de kwaliteit van de onderliggende gegevens.

- Bij de bepaling van de kosteneffectiviteit van een interventie hanteert het CVZ een bandbreedte van € 10.000 per QALY (quality adjusted life year) bij lage ziektelast tot € 80.000 per QALY bij hoge ziektelast. De uitkomst van de beoordeling op kosteneffectiviteit is indicatief en dus niet voorspellend voor het uiteindelijke advies. Daarbij worden ook alle andere overwegingen betrokken.
- Het gebrek aan (goede) onderzoeksgegevens is vaak een probleem bij de beoordeling. Het CVZ kijkt daarom steeds opnieuw of het mogelijk is op basis van de beschikbare informatie een advies te geven en geeft met behulp van onzekerheidsmarges de mogelijke consequenties weer.

Speerpunten

Op basis van deze conclusies heeft het CVZ een agenda voor de doorontwikkeling in pakketbeheer opgesteld. Daarop staan de volgende speerpunten:

- de eenduidige en zorgbrede toepassing van de pakketcriteria: voor Zvw en AWBZ en binnen de Zvw voor alle zorgvormen;
- de beoordeling van zorgprogramma's: combinaties van interventies of ketens, gericht op een aandoening of gezondheidsprobleem;
- het gepaste gebruik van zorgvoorzieningen: bevorderen dat het pakket zo doelmatig mogelijk wordt gebruikt;
- internationale samenwerking bij de beoordeling van zorgvormen en bij doorontwikkeling van methodiek;
- pakketscreening: opsporen van zorg die niet voldoet aan de criteria;
- de organisatie van het maatschappelijke debat;
- het faciliteren van de toelating tot het pakket van veelbelovende innovaties: onder voorwaarde van het genereren van data over de (kosten)effectiviteit.

Reactie minister

Inmiddels heeft de minister van VWS een reactie gegeven op het rapport Pakketbeheer in de Praktijk 2. De minister geeft aan dat het CVZ op de goede weg is met de inrichting van het pakketbeheer. Ook onderschrijft de minister dat ook de AWBZ-

zorg moet voldoen aan de eisen van doelmatige en adequate zorg. De minister ziet in dat het nog de nodige tijd vergt om de daarvoor benodigde informatie op tafel te krijgen. De minister stelt voor dat het CVZ zijn onderzoeksactiviteiten vooral richt op de AWBZ-zorg.

Effectmaat in de care

Het CVZ heeft in dat kader onderzoek laten uitvoeren ten behoeve van de ontwikkeling van een goede effectmaat in de care. De centrale effectmaat in de care is 'gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven'. In de care sector zijn interventies in belangrijke mate gericht op het reguleren of reduceren van het effect van beperkingen op het dagelijks leven van mensen en daardoor op het behouden of het bevorderen van welzijn. Vanwege deze verschillen tussen cure en care is het de vraag of bestaande instrumenten gericht op het meten van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven gebruikt kunnen worden om effecten te meten van interventies in de care sector die zich vooral richten op welzijn. Belangrijk daarbij is te weten welke domeinen van welzijn centraal staan in de care sector. In het onderzoek was de centrale vraagstelling: welke aspecten spelen een belangrijke rol bij het welzijn van mensen met langdurige lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Uit het onderzoek blijkt dat de begrippen gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en welzijn niet eenduidig worden gebruikt. Welzijn wordt meestal gezien als een begrip dat meer aspecten omvat dan alleen gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De veel gebruikte utiliteitsinstrumenten zijn niet geschikt voor het bepalen van de effecten die zich richten op het bevorderen van welzijnsaspecten zoals in de care sector. Voor het verder ontwikkelen van een generiek meetinstrument voor de care sector dienen vervolgstappen te worden gezet.

Het CVZ zal deze onderzoeksresultaten met betrokken partijen, zoals cliënten, zorgaanbieders, verzekeraars en onderzoeksinstituten bespreken.

3.e. Voorwaardelijke financiering en een verantwoord pakket

Ontwikkeling van zorginnovaties

Het CVZ is consequent in zijn beoordeling of zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is en vergoed moet worden vanuit de Zvw. Tegelijkertijd is het van belang dat zorginnovaties zich kunnen ontwikkelen. In deze paragraaf gaat het CVZ in op het belang van voorwaardelijke financiering.

Stand van de wetenschap en praktijk

Een algemeen criterium in de Zvw is dat zorg conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' moet zijn voordat vergoeding vanuit de Zvw of AWBZ kan plaatsvinden. Bij de besluitvorming hanteert het CVZ als algemeen uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing in principe medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden dienen te zijn.

Dit kan met zich meebrengen dat interventies die veelbelovend zijn, maar waarover nog onvoldoende gegevens over effectiviteit en veiligheid voorhanden zijn, niet tijdig toegankelijk zijn voor verzekerden. Ook kan het niet breed kunnen toepassen van de interventie (vanwege het ontbreken van adequate financiering) de vlotte verzameling van deze gegevens in de weg staan.

Financiering en dataverzameling

De bestaande regelingen en subsidies hebben gemeen dat de financiering niet gekoppeld is aan het verzamelen van bewijs voor de (kosten)effectiviteit en veiligheid van een nieuwe interventie. Zij zijn niet primair gericht op het beantwoorden van de vraag of de zorg voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het is in de ogen van het CVZ gewenst dat in de bestaande regelingen waar dat nog niet het geval is, voorwaarden worden opgenomen over dataregistratie en -evaluatie of andere vormen van onderzoek.

Het CVZ heeft de minister geadviseerd om, in aanvulling op bestaande regelingen, een subsidieregeling te treffen op basis van Zvw en AWBZ waardoor (innovatieve) zorg tijdelijk kan worden gefinancierd.

Doel van de aanvullende regeling is om zorg die veelbelovend is, maar waarover nog onvoldoende gegevens bestaan, tijdelijk te financieren. Deze financiering geschiedt onder de voorwaarde dat de ontbrekende gegevens worden verzameld. Op deze wijze kan tijdige beschikbaarheid van verantwoorde zorg worden gerealiseerd, en definitieve besluitvorming worden bespoedigd over al dan niet verzekerde zorg. Ook kan onderzoek naar zorg die (wellicht al enige tijd) uit de basisverzekering wordt betaald maar waarover twijfel is ontstaan over de effectiviteit, met deze financiering worden gefaciliteerd.

3.f. Eigen bijdrage en eigen risico

Inconsistenties in de toepassing

Eigen bijdragen en het eigen risico zijn instrumenten die de wetgever kan inzetten om de kosten te beheersen. Het CVZ constateert naar aanleiding van concrete onderwerpen in dit pakketadvies inconsistenties in de toepassing van deze instrumenten. Het gaat dan om de eigen bijdrage voor de GGZ (wel voor de eerstelijnspsycholoog, niet voor de medisch-specialistische GGZ) en om de maximumvergoeding van hoortoestellen.

Bij hoortoestellen blijkt bijvoorbeeld dat de maximumvergoeding niet (langer) bijdraagt aan de eerder beoogde efficiëntie, namelijk kies een goedkoop hoortoestel en betaal bij als je een duurder toestel wil aanschaffen. De markt van hoortoestellen functioneert hierdoor niet goed. Verder blijkt dat voor een goede hoorfunctie veel mensen moeten bijbetalen.

Over de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsycholoog heeft het CVZ opgemerkt dat de duurdere tweedelijns psychotherapie zonder eigen bijdrage toegankelijk is, terwijl voor de eerstelijnspsycholoog een eigen bijdrage is verschuldigd. Hierdoor ontstaat op het grensvlak tussen eerstelijns GGZ en tweedelijns GGZ een verkeerde prikkel. Het CVZ heeft geadviseerd om voor de GGZ de bijdrage te harmoniseren, dus of voor beide vormen van zorg invoeren of afschaffen.

De vraag rijst waarom -als de eigen bijdrage geen basis vindt in besparing van algemeen gebruikelijke zaken, of bijdraagt aan efficiënt gebruik van zorg- de ene patiënt voor compensatie of herstel zelf moet bijdragen en de andere patiënt niet. Bijvoorbeeld wel financieel bijdragen aan een hoortoestel en niet voor een beenprothese. Het CVZ heeft om die reden geen voorstellen gedaan om als alternatief voor de getrapte vergoedingslimieten een eigen bijdrage aan de voet in te voeren voor hoortoestellen.

Consequente systematiek

Het CVZ is van mening dat bij de komende voorstellen voor besparingen in de zorg kritisch gekeken moet worden naar een consequente systematiek. Daarbij is in het kader van de solidariteit een optie om het eigen risico te verhogen in plaats van eigen bijdragen in het ene geval wel op te leggen en in het andere geval niet, zonder dat er een argument van besparing voor het individu (zoals bij orthopedisch schoeisel) of efficiënt gebruik van zorg aan ten grondslag ligt.

3.g. Richtlijnen en pakketbeheer

Rol van richtlijnen

Het is het (lange termijn) beleid van de minister om in de toekomst de richtlijnen van de beroepsgroep een meer nadrukkelijke rol te laten spelen bij de bepaling van de aard/omvang van het verzekerde pakket. In twee brieven aan de Tweede Kamer ('Slim investeren in gezondheid' van 21 januari 2008 en 'Regie op richtlijnen' van 31 oktober 2008) heeft de minister zijn ideeën hierover beschreven. Deze ideeën komen er op neer dat de minister een verbinding wil maken tussen de richtlijnen van de beroepsgroep en de voorwaarden waaronder zorg ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Dit vanuit de wens om verantwoordelijkheden te delegeren.

Vershil tussen richtlijnen en pakketbeslissingen

Het is belangrijk om te realiseren dat de doelstelling van het opstellen van behandelrichtlijnen wezenlijk anders is dan die van pakketbeslissingen. Een richtlijn is in eerste instantie bedoeld ter ondersteuning van artsen bij de behandeling van de individuele patiënt (microniveau). Pakketbeslissingen zijn gericht op een verantwoord pakket waarvoor de solidariteit

van de premiebetaler kan worden gevraagd (macroniveau). Niet alles wat artsen en hun patiënten willen, moet immers per definitie ten laste van de collectieve middelen worden gebracht.

In het verlengde hiervan ligt een ander verschil tussen richtlijnen en pakketbeslissingen. Waar bij richtlijnen vooral de effectiviteit een rol speelt, spelen bij een pakketbeslissing ook andere factoren een rol, zoals de noodzakelijkheid (ziektelast en de noodzaak vanuit maatschappelijk oogpunt om een behandeling op te nemen in het pakket), de uitvoerbaarheid en de kosteneffectiviteit.

Zorginnovaties worden vaak pas in richtlijnen opgenomen wanneer hun waarde in de praktijk is bewezen. Wanneer de vergoeding zou afhangen van het feit of de behandeling wel of niet in de richtlijn is beschreven, zou dit nadelig kunnen zijn voor patiënten die voor hun behandeling zijn aangewezen op deze zorginnovaties.

Meer synergie

Hoewel het CVZ dus zijn aarzeling heeft bij een beleid waarbij vergoeding en richtlijnen aan elkaar worden gekoppeld, juicht het CVZ wel toe dat er meer synergie komt tussen richtlijnen en vergoedingsbeslissingen. Dit kan immers veel onduidelijkheden wegnemen wanneer behandelingen wel worden beschreven in richtlijnen, maar niet worden vergoed. Een voorwaarde hiervoor is wel dat er meer richtlijnen worden gemaakt, ook voor delen van de zorg waarvoor dit nu nog niet gebruikelijk is, zoals de AWBZ zorg. Ook is het belangrijk dat deze richtlijnen goed zijn onderbouwd. Binnen het huidige beleid kijkt het CVZ bij zijn oordelen naar de richtlijnen. Wanneer deze goed zijn onderbouwd, neemt het deze over in zijn beoordeling. Het komt echter ook regelmatig voor dat de richtlijnen onvoldoende zijn onderbouwd en het CVZ zich hierop bij zijn oordelen niet kan baseren.

Kosteneffectiviteit in richtlijnen

Daarnaast streeft de minister er naar dat kosteneffectiviteit ook een rol gaat spelen binnen de richtlijnen. Om dit beleid kracht bij te zetten heeft de minister in april 2009 de 'Regieraad Kwaliteit van Zorg' geïnstalleerd. Dit orgaan heeft als taak om te zorgen voor meer structuur en aansturing in het

ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. Vooralsnog liggen de speerpunten van de Regieraad bij het cliënt/patiëntperspectief, bij de veiligheid en bij de doelmatigheid. Daarbij zullen zijn activiteiten nog niet zozeer raken aan die van het CVZ als pakketbeheerder. Het is echter wel van belang om zoveel mogelijk te zoeken naar afstemming. Wanneer het CVZ bijvoorbeeld een gebrek aan richtlijnen constateert bij zijn duidingen, kan de Regieraad wellicht in zijn hoedanigheid als aanjager het ontwikkelen van deze richtlijnen bevorderen. In dat licht voert het CVZ oriënterend overleg met de Regieraad om in de toekomst te komen tot een goede samenwerking.

3.h. Rol CVZ

Het CVZ betreft bij zijn beoordeling of zorg tot het te verzekeren pakket behoort ook de vraag of het zorg betreft die tot het domein van de Zvw behoort.

Het CVZ adviseert het ministerie van VWS over de kostenontwikkeling van het pakket in relatie tot maatschappelijke, epidemiologische en medisch-technologische ontwikkelingen. Bij afzonderlijke adviezen en standpunten brengt het CVZ de financiële consequenties ervan zo goed mogelijk in beeld.

Verder zal het CVZ het maatschappelijk debat entameren over de normen die het CVZ bij toepassing van zijn pakketprincipes hanteert. Inherent hieraan is de vraag tot hoever de solidariteit strekt: welke zorg willen we in Nederland ten laste van de collectieve middelen laten komen en welke niet?

Het CVZ adviseert de minister van VWS een financieringsregeling te treffen om veelbelovende innovaties tijdelijke te financieren onder voorwaarden dat dataverzameling plaatsvindt over de (kosten)effectiviteit.

Het CVZ zal een duidelijker onderscheid maken tussen assessment en appraisal bij het toepassen van het pakketprincipe noodzakelijkheid.

Verder adviseert het CVZ een consistente systematiek van eigen bijdragen te realiseren.

4. Ontwikkelingen in de zorg

In de volgende paragrafen belicht het CVZ een drietal ontwikkelingen in de zorg.

4.a. Ketenzorg

Bekostiging via ketenzorg

De minister heeft in 2009 aangegeven ketens voor chronische aandoeningen integraal te willen gaan bekostigen, met de zorgstandaarden als basis voor de inhoud van de ketens. Om deze multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken mogelijk te maken heeft de NZa een beleidsregel opgesteld die de bekostiging van ketenzorg voor chronische aandoeningen regelt. In het kader hiervan was het voor de NZa van belang te weten welke zorg uit de zorgstandaarden tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw behoort. Het CVZ heeft in september 2009 een rapport uitgebracht over deze vraag. Ook beantwoordde het CVZ in dit rapport de vraag of de elementen uit de zorgstandaarden, die de samenhang in de zorg moeten bewerkstelligen (de samenhang die leidt tot *ketenzorg*), tot de te verzekeren prestaties Zvw behoren.

Generieke en specifieke interventies

In het rapport onderscheidde het CVZ binnen de zorgstandaarden generieke en specifieke interventies. Generieke interventies komen in alle besproken zorgstandaarden aan de orde. Het CVZ concludeerde dat de generieke interventies voor een zeer belangrijk deel behoren tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Dat geldt bijvoorbeeld voor de elementen voedingsadviezen, stoppen met roken en zelfmanagement. Of de specifieke interventie 'voetzorg voor diabetici' onder de te verzekeren prestaties valt, was op dat moment niet duidelijk. Het CVZ heeft over dit onderwerp een standpunt uitgebracht waaruit blijkt dat deze zorg ook tot de te verzekeren prestaties behoort (zie paragraaf 6.d.).

Samenhangbevorderende elementen

De vraag of de samenhangbevorderende elementen uit de zorgstandaarden behoren tot de te verzekeren prestaties, beantwoordde het CVZ ook bevestigend. De structuur van ketenzorg en de beheersing van het zorgproces zijn immers

essentieel voor *ketenzorg*. Omdat ze noodzakelijk zijn voor het leveren van zorg 'op een professioneel juiste wijze', concludeerde het CVZ dat ze onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. De functionele systematiek geeft de zorgverzekeraar vrijheid om te bepalen welke zorgverlener ingezet wordt om bepaalde zorg te verlenen. 'Goede' ketenzorg veronderstelt echter wel een structurele, intensieve inbedding in de 'reguliere' eerstelijnszorg en betrokkenheid van de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts).

4.b. Preventie

Preventie en de basisverzekering

Bij de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 heerste de opvatting dat preventieve zorg geen deel uitmaakte van de basisverzekering. De noodzaak voor preventie van ziekten werd in de Preventienota 2006 door het kabinet nog eens sterk geaccentueerd. Het kabinet formuleerde heldere speerpunten en doelstellingen voor roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie.

Verkenning CVZ

Het CVZ nam in 2006 het initiatief om de plaats van preventieve zorg in de zorgverzekering te verkennen. Het maakte daarbij een onderscheid tussen individuele en collectieve preventie. Individuele preventie (verder uitgewerkt als: geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) behoort tot het domein van de Zvw. Het CVZ heeft de afgelopen jaren standpunten ingenomen over welke preventieve zorg rond de genoemde speerpunten van het kabinet tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw/AWBZ behoort. In 2009 heeft het CVZ geadviseerd om een stoppen-met-rokenprogramma op te nemen in de basisverzekering⁸. De individuele preventie heeft hierdoor een belangrijke plaats gekregen in de zorg, wat bijvoorbeeld blijkt uit de integratie in de diverse zorgstandaarden die ontwikkeld zijn voor chronische aandoeningen.

Standpunten en advies

⁸ CVZ. Rapport Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! Diemen, 2009. Publicatienummer 09/276

***Preventie
stimuleren***

Maar met deze standpunten en met het advies een stoppen-met-rokenprogramma als te verzekeren prestatie te benoemen, zijn we er nog niet. Het is enerzijds van belang breder bekend te maken welke 'rechten' er zijn op preventieve zorg, en anderzijds de bewustwording van gezondheidsrisico's en het veranderen van gedrag verder te ontwikkelen. Mensen met manifeste hoge risico's moeten we stimuleren aan preventie te doen, er is geen vanzelfsprekende zorgvraag. De individuele preventieve zorg moet toegankelijker gemaakt worden. Daarvoor is het nodig dat we het aanbod stimuleren om zich in te richten op nieuwe vragen, andere concepten te hanteren en nieuwe 'behandelvormen' te ontwikkelen. We moeten verzekeraars verder stimuleren om in te spelen op al dan niet latente vragen en een passend aanbod van preventieve zorg te contracteren.

***Samenwerking op
grensgebieden***

Het grensgebied tussen selectieve preventie (op een collectiviteit gericht) en geïndiceerde preventie (individueel gericht) is een belangrijk aandachtspunt voor het CVZ. De selectieve preventie maakt geen deel uit van het domein van de basisverzekering, maar is wel essentieel voor de toeleiding naar de verzekerde zorg en moet dus optimaal aansluiten op het domein van de geïndiceerde preventie. Het CVZ zal bijdragen aan het vinden van wegen om samenwerking op het terrein van preventie te versterken.

***Mensen actief
bewust maken***

Patiënten/consumentenorganisaties en de gezondheidsfondsen moeten vooral doorgaan om mensen actief bewust te maken van hun gezondheid en van de gezondheidsrisico's die zij lopen. Veel werkgevers zijn actief bezig met programma's ter bewustwording van gezondheid en risico's, dit vaak in synergie met collectieve contracten met zorgverzekeraars, dat kan zich verder ontwikkelen. Zorgverzekeraars ontplooiën activiteiten om de geïndiceerde preventie te contracteren, dat is nog zoeken en zal nog investeringen vergen, mede omdat het aanbod zich nog bezint op de vraag hoe het aanbod optimaal is in te richten. Ook daarop zullen nog investeringen moeten plaatsvinden.

Preventienota In 2010 staat een nieuwe Preventienota van het ministerie van VWS gepland. Deze benoemt wellicht nieuwe inzichten en/of onderwerpen die voor het CVZ aanleiding vormen voor concrete acties. Ook de komende jaren zal het CVZ zich dus actief op het terrein van de preventie richten.

4.c. Zorginnovatiewijzer

Samenwerking NZa, ZonMw en CVZ Naast de noodzaak die het CVZ ziet voor voorwaardelijke financiering, is het natuurlijk van belang dat partijen de weg moeten weten om zorginnovaties van de grond te krijgen binnen de bestaande regelingen.

De Zorginnovatiewijzer (ZIW) is een samenwerkingsverband tussen NZa, ZonMw en CVZ met het doel om:

- door samenwerking een betere voorlichting over en benutting van de al bestaande mogelijkheden voor zorginnovaties te bewerkstelligen;
- door samenwerking te komen tot een aaneensluitende en gezamenlijke behandeling en afhandeling van de aanvraag;
- eerder een uitspraak te kunnen doen of een zorginnovatie wel of geen verzekerde zorg is en/of een toegesneden financieringstitel toe te kennen waardoor een beter klimaat bestaat voor uitrol van zorginnovaties;
- hiaten in het systeem van verzekering en/of van bekostiging te onderkennen waardoor zorginnovaties vroegtijdig stranden en de minister te adviseren hoe deze hiaten weg te werken.

Verwijsfunctie De ZIW verwijst zorginnovatoren naar de goede (financierings)regeling, zodat wordt voorkomen dat veelbelovende innovaties in een vroegtijdig stadium stranden. Het innovatieloket verzamelt de ervaringen om zo te helpen bij de kwantificering en duiding van de problemen die innovatoren ervaren. Analyse van de ervaringen zal leren of sprake is van overlap in regelgeving en of de regelgeving aansluit op andere initiatieven die de overheid ontplooit op het terrein van innovaties.

Op 24 juni 2009 is de ZIW officieel van start gegaan tijdens een landelijk evenement van het Zorginnovatieplatform (ZIP) door het lanceren van de website www.zorginnovatiewijzer.nl. Op deze website staan onder andere tips voor het omzetten van ideeën in een innovatieplan. Verder wordt op deze site uitgelegd welke stappen moeten worden doorlopen om een innovatie te testen en in te voeren, en welke regelingen, voorwaarden en termijnen daarbij van belang zijn.

Jaarlijks rapport

In januari 2010 heeft de ZIW voor het eerst de jaarlijkse rapportage aan VWS uitgebracht. Hieruit blijkt dat innovatoren de weg vinden naar de ZIW. De vragenstellers hebben veel vragen over de werking van het zorgstelsel. Dit laat zien dat het informeren van innovatoren over het stelsel een belangrijk onderdeel is van de werkzaamheden van de ZIW.

De ZIW kan nog niet aantonen of de geboden ruimte in de regelingen voldoende is en of die ruimte ook daadwerkelijk tot succesvolle aanvragen heeft geleid. De tijd is te kort om na te gaan of bestaande regelingen beter benut worden.

Knelpunten in beeld

Wel is de ZIW van oordeel dat een aantal knelpunten al goed in beeld zijn. De ZIW wil dan ook de volgende knelpunten signaleren:

- de beleidsregels van de NZa gericht op zorginnovatie, de programma's van ZonMw en de pakketbeoordeling door het CVZ zijn te weinig op elkaar zijn afgestemd;
- bij innovaties die ingrijpen op de organisatie van zorg is de bekostiging vaak een probleem en zijn daarnaast, bijvoorbeeld bij ketenzorg, de schotten in de financiering problematisch.
- het huidige systeem biedt weinig ruimte voor arbeidsbesparende en e-health gerelateerde innovaties;
- procedures om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg zijn onduidelijk, langdurig en complex.

- Aanbevelingen ZIW*** De ZIW beveelt de NZa, ZonMw en het CVZ aan de volgende knelpunten op te pakken:
- meer nadruk leggen op het klantgericht voorlichten en informeren van innovatoren over het stelsel en de regelingen;
 - toewerken naar eenduidigheid, transparantie en samenhang tussen de regelingen van het CVZ, de NZa en ZonMw.

5. Adviezen

5.a. Inleiding

Nieuwe en eerdere adviezen

In dit hoofdstuk is een korte samenvatting opgenomen van alle adviezen, gerubriceerd naar instroom, geen instroom, uitstroom of nadere voorwaarden en systeemadviezen. Het gaat om nieuwe adviezen en om adviezen die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2009 tussentijds heeft uitgebracht. Bij de samenvatting is vermeld of het een nieuw of tussentijds advies betreft. De integrale tekst van de nieuwe adviezen vindt u in bijlage 4. De adviezen (en standpunten) op het terrein van de hulpmiddelenzorg zijn gebundeld in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. Dit deelrapport is onderdeel van dit Pakketadvies.

Verskillende aanleidingen

Aanleiding voor het opstellen van deze adviezen zijn onder meer: vernieuwingen in de zorg, het bevorderen van gepast gebruik, maatschappelijke ontwikkelingen en signalen uit de uitvoeringspraktijk. Daarnaast heeft het CVZ op basis van de tot op heden gehanteerde normen voor het pakketprincipe noodzakelijkheid het huidige verzekerde pakket tegen het licht gehouden en komt het CVZ tot enkele uitstroomadviezen (zie paragraaf 5.d.).

Toepassing pakketprincipes

Als het CVZ tot opname van een interventie adviseert, betekent dit dat de vier pakketvragen (de pakketprincipes) in meer of in mindere mate positief zijn beantwoord. Voor de toelating van geneesmiddelen bestaat een specifieke wettelijke procedure. Wanneer het CVZ adviseert om een interventie of zorgvorm niet te laten instromen of te laten uitstromen, kan de onderbouwing van dat advies zijn gebaseerd op één van de vier pakketvragen. Het kan dan gaan om interventies of zorgvormen waarover het CVZ van oordeel is dan het geen noodzakelijk te verzekeren zorg betreft, of om interventies en zorgvormen waarvan de (kosten)effectiviteit niet is aangetoond.

Het CVZ adviseert de minister van VWS gedurende het hele jaar over de opname van geneesmiddelen in het te verzekeren pakket van de Zvw volgens de wettelijk vastgelegde procedure. Een overzicht van deze beoordelingen en de resultaten treft u aan in bijlage 4.

5.b. Instroomadviezen en nadere voorwaarden

Het CVZ heeft de volgende instroomadviezen uitgebracht:

- **Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! (april 2009)**

In vervolg op het rapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* van juni 2008, adviseert het CVZ om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als zodanig in de zorgverzekering op te nemen en niet alleen de geneesmiddelen als enkelvoudige interventie. Dit omdat het integrale programma de meest succesvolle manier is om rokers te laten stoppen. Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat op dit moment uit:

- gedragsmatige ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden, zoals korte ondersteunende interventies en de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies;
- gedragsmatige ondersteuning in combinatie met de noodzakelijke farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion.

Het stoppen-met-rokenprogramma is zowel gericht op behandeling van de verslavingsziekte als op het voorkomen van allerlei aan roken gerelateerde ziekten.

Door het integrale programma als een afzonderlijke prestatie in de Zvw op te nemen, kan een roker die wil stoppen hierop aanspraak maken. Een afzonderlijke prestatie in de Zvw biedt partijen in de markt een herkenbaar en transparant product.

Het aantal mensen dat een stoppoging gaat ondernemen schat het CVZ op minimaal 89.500 en maximaal 143.800. De kosten voor het stoppen-met-rokenprogramma in de Zvw raamt het

CVZ op een macrobedrag van tussen de € 20 miljoen en € 33 miljoen, afhankelijk van de gekozen behandeling en de behandelduur

- **Vergoeding diazepam bij spierspasmen (juni 2009)**

In het Pakketadvies 2008 adviseerde het CVZ de vergoeding van benzodiazepinen te beperken tot een viertal indicaties, te weten:

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

Per brief van 3 februari 2009 heeft de minister van VWS het CVZ verzocht een nader advies uit te brengen over de vergoeding van benzodiazepinen bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen en met ziekten van het centrale zenuwstelsel.

In dit vervolgadvis adviseert het CVZ om de vergoedingsvoorwaarden voor diazepam uit te breiden met de indicatie spierspasmen ten gevolge van een neurologische aandoening, maar dit uitsluitend voor de subgroep niet-ambulante patiënten met therapieresistente spierspasmen.

- **Actualisatie nadere voorwaarden farmaceutische zorg 2009 (juni 2009)**

Voor het goed functioneren van nadere voorwaarden voor de vergoeding van farmaceutische zorg is het van belang de nadere voorwaarden, zoals vermeld op bijlage 2 van de Rzv, regelmatig te beoordelen op actualiteit en adequaatheid. Het CVZ heeft acht geneesmiddelen(groepen) beoordeeld.

Het CVZ adviseert voor twee geneesmiddelen(groepen) de nadere voorwaarden te laten vervallen. Het betreft:

- apraclonidine, brinzolamide, dorzolamide en latanoprost:
- insuline voor inhalatie.

Omdat de handelsvergunning van Exubera® (Insuline voor inhalatie) is ingetrokken adviseert het CVZ dit geneesmiddel niet alleen van bijlage 2, maar ook van bijlage 1 van de Rzv te verwijderen.

Voor de zes andere geneesmiddelen(groepen) is het CVZ van oordeel dat de nadere voorwaarden vooralsnog gehandhaafd moeten worden. Het betreft: imiglucerase, galantamine, tacrolimuszalf, pimecrolimus, memantine en rivastigmine.

5.c. Geen instroom

- **Oxycodon/naloxon (Targinact®) (juni 2009)**

Oxycodon/naloxon (Targinact®) is een geneesmiddel geregistreerd voor ernstige pijn die alleen met opioïde analgetica adequaat kan worden behandeld. Het werkzame opioïd is oxycodon, naloxon is toegevoegd om de bijwerking (opioïd-geïnduceerde obstipatie) tegen te gaan. Bij de behandeling van ernstige pijn heeft naar het oordeel van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ de combinatie oxycodon/naloxon een therapeutische minderwaarde ten opzichte van oxycodon in combinatie met een optimaal laxansregime vanwege het ontbreken van onderzoeksgegevens. Het CVZ adviseert de minister om oxycodon/naloxon (Targinact®) niet op te nemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

5.d. Uitstroomadviezen en nadere voorwaarden

Het CVZ heeft op het gebied van uitstroom en nadere voorwaarden de volgende adviezen uitgebracht:

- **Vervolgadvies vergoeding mucolytica (juni 2009)**

Op 12 januari 2009 bracht het CVZ advies uit over de vergoeding van het geneesmiddel acetylcysteïne. In het vervolgadvies is de vergoedingsstatus van alle in het GVS opgenomen mucolytica beschouwd.

In de herziene richtlijnen voor de behandeling van chronisch obstructief longlijden wordt het toepassen van acetylcysteïne en mercapto-ethaansulfonzuur afgeraden.

Zowel acetylcysteïne als mercapto-ethaansulfonzuur zijn niet (bewezen) effectief voor de behandeling van chronisch obstructief longlijden. Bij de niet-geregistreerde toepassing van acetylcysteïne bij idiopathische longfibrose is de werkzaamheid evenmin aangetoond. Hiermee voldoen beide middelen niet aan het pakketcriterium effectiviteit. Daarom is het CVZ van oordeel dat deze middelen niet thuishoren in het GVS.

Voor het middel dornase alfa is aangetoond dat het gemiddeld een geringe, maar klinisch relevante verbetering geeft van de longfunctie bij cystic fibrosepatiënten. De werkzaamheid van dornase alfa bij cystic fibrose is volgens de CFH afdoende bewezen.

Het CVZ adviseert om:

- alle geregistreerde geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof te verwijderen uit het GVS;
- alle middelen die mercapto-ethaansulfonzuur bevatten te verwijderen uit het GVS;
- de vergoeding van het middel dornase alfa te beperken tot verzekerden met cystic fibrose.

- **Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

In het Pakketadvies 2007 adviseerde het CVZ de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen die ten laste van de Zvw worden verstrekt te beperken tot loopwagens en blindentaststokken.

Andere eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals rollators en krukken, zijn naar de mening van het CVZ algemeen gebruikelijk en/of kunnen voor eigen rekening komen.

In zijn reactie op dit advies gaf de minister aan dit voornamelijk niet over te nemen, maar dit te willen bezien in het licht van de ontwikkelingen rondom de Wmo.

Nu de eerste evaluatie van de Wmo beschikbaar is, heeft het CVZ zijn eerdere advies geactualiseerd. Het CVZ constateert dat zijn eerdere overwegingen nog steeds geldig zijn en handhaaft het eerdere advies om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van de blindentaststokken en loopwagens uit te laten stromen als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. In aanvulling hierop adviseert het CVZ ook 4 pootwandelstokken, looprekken, rollators en krukken uit te sluiten van het recht op zorg in het kader van de AWBZ (uitleen).

Het uitsluiten van het recht op eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen op grond van de Zvw en de AWBZ (bruikleen) levert een besparing op van ongeveer € 20,5 miljoen per jaar.

- **Mondzorg voor 18-22 jarigen (nieuw)**

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 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 verzekeren prestaties. Om die reden adviseert het CVZ de minister het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

De voorgestelde aanpassing van de te verzekeren prestatie levert een besparing op van € 90 miljoen per jaar.

- **Voorbehoeden van zwangerschap en anticonceptiva in de Zvw (nieuw)**

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.

Het CVZ komt tot de conclusie dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling (considerans) van de Zvw. Dit betekent dat voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor vrouwen jonger dan 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.

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.

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.

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. Het CVZ merkt op dat dit in het Bzv moet worden uitgesloten.

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 samenhangen met het inbrengen van de verschillende anticonceptiva en kan het CVZ niet aangeven welke kostenbesparing op dit punt bereikt kan worden.

5.e. Verkenning noodzakelijkheidsvraag IVF

• Verkenning in-vitrofertilisatiebehandelingen (nieuw)

Het CVZ constateert, mede op basis van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en van de WHO, dat infertiliteit een aandoening is en dat zorg die hierop betrekking heeft derhalve geneeskundige zorg is als bedoeld in de Zvw.

In de voorbije jaren is er veel discussie geweest over de vraag of het noodzakelijk is IVF-behandelingen ten laste van de Zvw te vergoeden. Ter voorbereiding op de beantwoording van deze noodzakelijkheidsvraag geeft het CVZ in deze verkenning inzicht in de huidige praktijk rondom IVF.

De argumenten zijn te onderscheiden in medische, ethische, sociale en financiële argumenten, elk met een pro- en een contra dimensie.

De argumenten zijn getoetst in een denksessie met een aantal belanghebbende partijen. De deelnemers waren eensgezind in het belang dat zij eraan hechten om IVF vanuit de basisverzekering te blijven vergoeden. Als belangrijkste argumenten kwamen naar voren dat ongewenste kinderloosheid een hoge ziektelast met zich meebrengt en dat opname in het basispakket een belangrijke waarborg vormt voor voortdurende kwaliteitsontwikkeling.

Een belangrijk argument tegen vergoeding vanuit het basispakket was dat het succes van IVF remmend werkt op het doen van nader onderzoek naar de oorzaken van verminderde vruchtbaarheid.

Het CVZ is van oordeel dat er vooralsnog onvoldoende redenen zijn om IVF op grond van het noodzakelijkheids criterium uit het basispakket te halen. Het CVZ heeft, naast bovengenoemde argumenten, ook laten meewegen dat IVF niet los kan worden gezien van het totale aanbod aan fertiliteitszorg.

Het CVZ zal in de toekomst wel nader onderzoek doen naar de (kosten)effectiviteit van IVF. Het CVZ zal tevens bestaande knelpunten en inconsistenties in de regelgeving in kaart brengen en waar nodig verbeteradviezen formuleren.

5.f. Systeemadviezen

Het CVZ heeft de volgende systeemadviezen uitgebracht:

- **Harmonisatie eigen bijdrage voor eerstelijns-psychologische zorg en overige geneeskundige GGZ (mei 2009)**

Tot 1 januari 2009 gold zowel voor de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) als voor een psychotherapeutische behandeling in de tweede lijn een eigen

bijdrage per zitting. Sinds 1 januari 2009 is alleen nog voor de EPZ een eigen bijdrage verschuldigd. De eerstelijnszorg kan hierdoor voor verzekerden minder toegankelijk zijn dan de tweedelijnszorg. De ontstane situatie belemmert ook de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn en een versterking van die eerste lijn. Het CVZ verwijst in dit verband ook naar het standpunt van september 2008 over de preventie van depressie. Geïndiceerde preventie van depressie is onder voorwaarden onderdeel van het te verzekeren pakket van de Zvw en is EPZ. Het verschuldigd zijn van een eigen bijdrage voor preventieve programma's op dit gebied bevordert het gebruik niet, terwijl een groter bereik juist van belang is.

Het CVZ acht de per 1 januari 2009 ontstane situatie ongewenst en adviseert de minister van VWS om aan de ongelijke situatie rondom de verschuldigde eigen bijdrage tussen de EPZ en de overige geneeskundige geestelijke gezondheidszorg een einde te maken door de bijdrage te harmoniseren, dus of voor beide vormen van zorg invoeren of afschaffen.

- **Signalement zorgzwaartebekostiging (juni 2009)**

Het CVZ heeft enkele onvolkomenheden geconstateerd in de zorgzwaartepakketten (ZZP's). Het betreft:

- de relatie tussen de ZZP's en toeslagen voor specifieke groepen verzekerden;
- palliatieve terminale zorg in instellingen;
- gevolgen van de herdefiniëring van de grondslagen somatische aandoening en lichamelijke handicap.

Het CVZ heeft de staatssecretaris van VWS geadviseerd om:

- de toeslagen voor specifieke groepen verzekerden onderdeel uit te laten maken van de desbetreffende ZZP's, zodat de extra zorg in het indicatiebesluit tot uitdrukking komt. Het is daarbij niet uitgesloten dat één of enkele nieuwe ZZP's noodzakelijk zijn;
- de beleidsregels voor de indicatiestelling zodanig aan te passen dat het mogelijk is om ook voor verzekerden die een lager ZZP krijgen geleverd, een indicatie voor ZZP 10 af te geven als zij, vanwege hun terminale situatie, 24-

- uurszorg of gespecialiseerde verpleging nodig hebben, ongeacht of zij naar een aparte woonafdeling verhuizen;
- te onderzoeken op welke manier de grondslagen zo zijn te formuleren dat ze aansluiten bij de doelgroep die daarmee is beoogd. Het CVZ zal onderzoek uitzetten naar de vraag of die definities in termen van de ICF kunnen worden uitgedrukt.

- **Heroriëntatie hulpmiddelen – Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld (juli en november 2009)**

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. 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 brengen. Door de hulpmiddelen rondom dit thema te groeperen ontstaat er voor de burger duidelijkheid tot welk 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.

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.

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).

Het CVZ heeft het scenario van de drie partijen gewogen en besloten zijn advies van juli 2009 te handhaven. Het CVZ is van mening dat hulpmiddelenzorg niet los moet worden gezien van andere voorzieningen in de directe woonomgeving waarop ouderen en mensen met een beperking 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.

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 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.

- **Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket (november 2009)**

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 voorwaarden dat die ontbrekende gegevens worden verzameld (zie verder paragraaf 2.e.).

- **Aanpassing regelgeving behandeling van snurken (januari 2010)**

Geneeskundige zorg omvat onder meer zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Het tweede lid van artikel 2.4 van het Bzv maakt het mogelijk dat bij ministeriële regeling vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden van de te verzekeren prestaties worden uitgezonderd. De minister heeft van die mogelijkheid gebruik gemaakt en onder meer bepaald dat behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek uitgesloten zijn van de te verzekeren prestaties Zvw (artikel 2.1, aanhef en onder e, van de Rzv). Deze uitsluiting is al in 2005 – nog ten tijde van de Ziekenfondswet - gerealiseerd en is bij de inwerkingtreding van de Zvw gehandhaafd. Reden voor de uitsluiting was en is dat de behandeling tegen snurken geen geneeskundig of erkend preventief doel dient. Om die reden is ook per 1 januari 2010 de apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken niet aangewezen als uitwendig hulpmiddel voor het ademhalingsstelsel. Daarmee behoort die apparatuur bij snurken niet tot de te verzekeren prestaties.

Het gebruikte argument (de behandeling dient geen geneeskundig of erkend preventief doel) gaat niet alleen op voor uvuloplastiek, maar ook voor de andere medisch-specialistische behandelingen die (inmiddels) worden toegepast om snurken te verminderen resp. tegen te gaan, zoals somnoplastiek. Vanuit het oogpunt van consistentie ligt het in de rede om alle medisch-specialistische behandelingen die tegen snurken worden ingezet van het te verzekeren pakket uit te sluiten. In de medische praktijk wordt ook al op overeenkomstige wijze gehandeld. Behandelingen tegen snurken betalen patiënten in de regel zelf; zorgverzekeraars vergoeden deze behandelingen niet. Aanpassing van de regelgeving betekent dus ook formalisering van de gangbare praktijk.

De voorgestelde wijziging kan worden gerealiseerd door in artikel 2.1, aanhef en onder e, van de Rzv de woorden “met uvuloplastiek” te schrappen. Voor de goede orde merken wij

verder nog op dat de voorgestelde uitsluiting alleen moet opgaan voor de behandeling van snurken en niet voor de behandeling van obstructievelaapapneusydroom (OSAS). In dit verband verwijzen wij naar het rapport van het CVZ van februari 2009 over OSAS, waarin uiteen is gezet welke in de richtlijn Diagnostiek en behandeling van OSAS bij volwassenen genoemde behandelingen (onder welke voorwaarden) deel uitmaken van het te verzekeren pakket.⁹

- **Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

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 te worden afgeschaft.

De voorgestelde functiegerichte omschrijving leidt tot minder regelgeving en vergroot de houdbaarheid van dit artikel, waardoor het ook bij toekomstige ontwikkelingen actueel blijft.

Het advies van het CVZ leidt ertoe dat ook bij eenzijdig gehoorverlies (> 35dB) aanspraak bestaat op een hoortoestel. Uitgaande van 20.000 verzekerden die aanspraak maken op een eenzijdige aanpassing, een vergoedingslimiet van € 500, een levensduur van het hoortoestel van 5 jaar en rekeninghoudend met de kosten van oorstukjes en reparatie, berekent het CVZ de kosten van deze verruiming van de regeling op € 2,3 miljoen per jaar.

⁹ Een uitgebreide samenvatting van het rapport over behandeling van OSAS heeft het CVZ gegeven in het Rapport Pakketadvies 2009. Diemen: CVZ, 2009. Publicatienummer 274.

De afschaffing van de huidige vergoedingslimieten leidt naar verwachting tot een bedrag van € 28 tot € 77 miljoen aan meerkosten op jaarbasis. Hierbij is geen rekening gehouden met mogelijke inverdieneffecten.

- **Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van urinelozing en defecatie (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

Het CVZ adviseert de verschillende hulpmiddelen voor de persoonlijke verzorging, die samenhangen met urinelozing en defecatie, functiegericht te omschrijven. Het functiegericht omschrijven van deze hulpmiddelen vergroot de houdbaarheid van het pakket en vermijdt onnodige regelgeving. Daar komt bij door de functiegerichte omschrijving innovatieve hulpmiddelen in de toekomst gemakkelijker kunnen instromen. Voorwaarde is wel dat die innovatieve hulpmiddelen moeten voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

- **Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

Met dit advies omschrijft het CVZ de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden functiegericht. De functiegerichte omschrijving biedt de mogelijkheid dat nieuwe interventies die voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' makkelijker kunnen instromen.

- **Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

Het CVZ adviseert de te verzekeren prestatie diabeteshulpmiddelen functiegericht te omschrijven. Op het gebied van diabeteszorg zijn verschillende ontwikkelingen gaande. De functiegerichte omschrijving vergroot de houdbaarheid van het pakket en bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden.

6. Standpunten

6.a. Inleiding

In dit hoofdstuk belicht het CVZ een aantal standpunten. Alle standpunten die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2009 heeft ingenomen, zijn opgenomen in bijlage 4.

Standpunten kunnen consequenties hebben voor de uitvoeringspraktijk. In paragraaf 6.c geeft het CVZ aan welke uitvoeringsconsequenties het CVZ specifiek aandacht besteedt bij de vaststelling van een standpunt.

Bij sommige zorgvormen komt het voor dat het CVZ van mening is dat een deel van die zorg wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een deel niet. In die situatie is het standpunt als geheel opgenomen in paragraaf 6.d.

6.b. Het belang van standpunten

Duidelijk over inhoud en omvang pakket

Met het innemen van standpunten bepaalt het CVZ welke interventies al dan niet tot de te verzekeren prestaties behoren. Het gaat om de vraag of de zorg voldoet aan het wettelijk criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'.

Standpunten hebben een grote impact omdat zij duidelijkheid verschaffen over de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Immers, een groot deel van de te verzekeren prestaties kent een 'open', in algemene termen gestelde, omschrijving. Dergelijke omschrijvingen laten ruimte voor interpretatie. Door daarover uitspraken te doen (een standpunt in te nemen), verschaft het CVZ duidelijkheid voor zowel verzekeraars als verzekerden.

Randen van het pakket

Standpunten zijn temeer van belang omdat deze vaak betrekking hebben op 'de randen van het pakket'. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afbakening tussen zorg en (selectieve)

preventie, maar ook om de vraag of de zorg nog als experimenteel moet worden beschouwd of niet. De standpunten die het CVZ inneemt verschaffen duidelijkheid over wat wel en niet tot het zorgdomein behoort.

***Belangrijke
bijdrage aan
gepast gebruik***

Via het innemen van standpunten geeft het CVZ handreikingen aan verzekeraars en NZa om bewezen effectieve zorg te vergoeden vanuit het basispakket en niet bewezen effectieve zorg of bewezen niet-effectieve zorg niet laste van de Zvw te vergoeden. Dit bevordert de kwaliteit en leidt tot een meer efficiënte besteding van de voor de zorg beschikbare middelen. Hierdoor leveren standpunten een belangrijke bijdrage aan gepast gebruik.

6.c. Een standpunt en dan?

***Uitvoerings-
consequenties van
standpunten***

In zijn reactie op het Pakketadvies 2009 heeft de minister per brief van 11 juni 2009 aangegeven dat ook de uitvoeringsconsequenties van standpunten zo goed mogelijk in kaart moeten worden gebracht. Het gaat onder meer om de premiestelling door zorgverzekeraars, de tariefstelling door de NZa en het beschikbaarstellen van de zorg door zorgaanbieders.

Het blijkt regelmatig dat onduidelijk is wat de uitvoeringsconsequenties zijn van standpunten die het CVZ inneemt. Het CVZ heeft daarom een aantal mogelijke consequenties op een rij gezet. Wanneer het CVZ een standpunt inneemt dat een zorgvorm tot het basispakket behoort, zal het CVZ aangegeven welke consequenties specifieke aandacht behoeven. In zijn algemeenheid spelen de volgende punten een rol.

***Ingangsdatum
standpunt***

Als ingangsdatum geldt de publicatiedatum in een zogenoemd 'peer reviewed tijdschrift' op basis waarvan het CVZ vaststelt dat een zorgvorm voldoet (of niet meer voldoet) aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Om problemen in de uitvoeringspraktijk te voorkomen, zal het CVZ in zijn werkprocessen zoeken naar mogelijkheden om op standpunten te anticiperen, bijvoorbeeld door in de voorbereidingsfase al contact op te nemen met betrokken partijen.

Modelovereenkomst Een standpunt kan gevolgen hebben voor de tekst van de verzekeringspolis. Als de desbetreffende zorgvorm ‘open’ in de polis in omschreven, hoeft de polis niet te worden aangepast. Naast de jaarlijkse zorgpolis die zorgverzekeraars hun verzekerden aanbieden, mogen zowel de polis als de bijbehorende reglementen door zorgverzekeraars tussentijds worden gewijzigd. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden een addendum bij de polis zenden met een aanvulling in het voordeel van de verzekerde of hiertoe een mededeling doen via hun websites. Zorgverzekeraars dienen op grond van de Zvw tussentijdse wijzigingen in de modelovereenkomsten aan de Nza voor te leggen.

Zorgaanbieders Als het CVZ via een standpunt bepaalt dat een zorgvorm tot het basispakket behoort, moeten verzekeraars hierover afspraken maken met zorgaanbieders. Dit geldt voor verzekeraars die naturapolissen aanbieden en voor restitutiepolissen met gecontracteerde aanbieders van de desbetreffende zorgvorm.

Tarifering De Nza stelt tarieven en/of prestatiebeschrijvingen vast voor alle zorg die onder de reikwijdte van de Wmg valt. Als een standpunt van het CVZ tot gevolg heeft dat voor een bepaalde zorgvorm een tarief of prestatiebeschrijving moet worden vastgesteld, zal het CVZ de Nza bij de voorbereiding van het standpunt hiervan op de hoogte brengen.

DBC's Medisch-specialistische zorg wordt gedeclareerd op basis van een DBC. Het kan zijn dat een standpunt leidt tot een wijziging van de kleuring van een DBC. Voor wijzigingen in de DBC-kleuring door het CVZ zijn gegevens nodig die worden aangeleverd aan DBC Onderhoud door de betrokken veldpartijen (bijvoorbeeld de zorgverlener). De Nza beoordeelt en besluit aan de hand van advies van DBC Onderhoud of aanpassing van een DBC voor de desbetreffende zorgvorm nodig en gewenst is. De Nza stelt een prestatiebeschrijving en een tarief vast.

Verevenings- bijdrage

Zorg die valt onder het basispakket mag door verzekeraars ten laste van de vereveningsbijdrage worden gebracht. Zorg die niet onder het basispakket valt, moet door zorgverzekeraars ten laste van de winst worden gebracht. De Nza houdt hier toezicht op. Het CVZ brengt daarom de Nza van zijn standpunten op de hoogte zodat de Nza hier met zijn controlerende werkzaamheden rekening mee kan houden.

6.d. Standpunten CVZ: te verzekeren zorg

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze behoren tot de te verzekeren zorg:

- **DBC-beoordeling: extracorporele fotofereze (ECP) bij steroïd refractaire graft versus host ziekte (GVHZ) (april 2009)**

Het CVZ heeft geconcludeerd dat behandeling met ECP bij patiënten met steroïd refractaire GVHZ na allogene stamceltransplantatie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Deze behandeling hoort voor deze patiëntengroep tot de te verzekeren prestaties. Op basis andere pakketprincipes ziet het CVZ geen reden om te adviseren deze behandeling expliciet uit te sluiten van de te verzekeren prestaties.

Op jaarbasis bedraagt het te behandelen aantal patiënten 70-80. De gemiddelde kosten bedragen € 13.200 per patiënt. De totale meerkosten belopen derhalve tussen € 925.000 en € 1.050.000 (afgerond). Niet is duidelijk in welke mate besparingen zullen optreden als gevolg van bijvoorbeeld een reductie van het aantal ligdagen en een eerdere terugkeer in het arbeidsproces.

- **Niet-chirurgische locoregionale behandeling van levertumoren (mei 2009)**

Bij levertumoren voldoen de volgende niet-chirurgische interventies aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk:

1. voor de behandeling van het hepatocellulair carcinoom: percutane ethanol-injectie (PEI), radiofrequente ablatie (RFA) en transarteriële chemo-embolisatie (TACE);
2. voor de behandeling van levermetastasen: infusie van de arteria hepatica.

Voor RFA als interventie bij levermetastasen geldt dat dit een veelbelovende behandeling is met mogelijke voordelen ten opzichte van systematische chemotherapie. Er zijn echter nog geen resultaten uit een gerandomiseerd onderzoek (RCT) naar de effectiviteit hiervan bekend.

Voor wat betreft de indicatie levermetastasen concludeert het CVZ dat zowel TACE als LITT (laser induced interstitial thermotherapy) niet voldoen aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

- **Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard (mei 2009)**

Op grond van de Zvw behoren behandelingen van plastisch chirurgische aard alleen tot de te verzekeren prestatie indien er sprake is van een verminking of van een aantoonbare functiestoornis. De term 'behandeling van plastische chirurgische aard' kan verwarring opleveren, aangezien:

- het specialisme plastische chirurgie niet alleen cosmetische ingrepen, maar ook reconstructieve ingrepen verricht;
- de indruk wordt gewekt dat het alleen om plastisch chirurgische ingrepen gaat, terwijl ook behandelingen van andere (niet-snijdende) specialismen aan de orde kunnen zijn.

In feite gaat het om behandelingen die een puur cosmetisch karakter *kunnen* hebben. Deze behandelingen moeten dus aan één van de bovenstaande criteria voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Voor dergelijke behandelingen zal dus duidelijk moeten zijn wat verstaan wordt onder de begrippen *verminking* en *aantoonbare functiestoornis*. Daarnaast is een aantal behandelingen volledig uitgesloten, ook als sprake is van een verminking of aantoonbare functiestoornis.

De werkgroep plastische chirurgie van de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) heeft samen met ZN en het CVZ, op grond van de huidige wet- en regelgeving en de jurisprudentie de definities verminking en aantoonbare functiestoornis gedefinieerd en verder uitgewerkt voor een twaalfstal veel voorkomende plastisch chirurgische ingrepen.

- **Preventie van problematisch alcoholgebruik (juni 2009)**

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over welke interventies ter preventie van stoornissen in alcoholgebruik behoren tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Het CVZ stelt vast dat:

- kortdurende preventieve interventies die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie te verzekeren zorg zijn voor de hoogrisicogroep;
- er een groeiend aanbod is van specifieke, op de preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek gerichte interventies, waarvan vooralsnog alleen de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest* bewezen effectief en dus te verzekeren zorg zijn. Overige programma's zullen worden beoordeeld wanneer voldoende evidence beschikbaar is.

Verder is het CVZ van oordeel dat anonieme behandeling via internet weliswaar effectief is, maar vanwege het anonieme karakter niet voor vergoeding op grond van de Zvw in

aanmerking komt. Ook het preventieaanbod voor kinderen van verslaafde ouders behoort niet tot de te verzekeren zorg omdat het hier gaat om selectieve preventie.

Bij een deelnamepercentage van 5% van de hoogrisicogroep raamt het CVZ de kosten in de lage variant (minimale begeleiding) op ongeveer € 3,7 miljoen en in de hoge variant (intensieve begeleiding) op € 21,3 miljoen. Naast deze kosten zijn ook opbrengsten te verwachten in de vorm van gezondheidswinst, lagere zorgkosten samenhangend met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, minder verlies van arbeidsproductiviteit en minder verkeersongelukken en criminaliteit die direct of indirect te wijten zijn aan het gebruik van alcohol.

- **Verbandmiddelen (juni 2009 - deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

Naar aanleiding van vragen vanuit de uitvoeringspraktijk heeft het CVZ de te verzekeren prestatie verbandmiddelen gedefinieerd.

In artikel 2.15, eerste lid, onder j, van de Rzv 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 RZV 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 standpunt 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.

- **Langdurige verneveling van hypertone zoutoplossing bij longproblematiek (juni 2009 - deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

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 onder de door het CVZ in het Pakketadvies 2009 voorgestelde functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. In zijn brief van 11 juni 2009 aan de Tweede Kamer heeft de minister van VWS laten weten dat hij voornemens is het advies van het CVZ op te volgen. De nieuwe omschrijving is met ingang van 1 januari 2010 van kracht.

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

- **DBC-beoordeling percutane pulmonaliskleplantatie (juli 2009)**

De standaardbehandeling voor ernstig disfunctionerende hartkleppen is het vervangen van de kleppen door middel van openhartchirurgie. Als alternatief is een nieuwe, minder belastende, techniek ontwikkeld waarbij een nieuwe hartklep via een katheter kan worden ingebracht.

Het CVZ acht de behandeling bij deze indicatie zorg conform stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling behoort daarmee bij patiënten met een afwijking van de pulmonalisklep als gevolg van een aangeboren hartafwijking

tot de te verzekeren prestaties. Op basis van de andere pakketprincipes ziet het CVZ geen reden om aan te bevelen dat de behandeling voor deze indicaties expliciet uitgesloten zou moeten worden van de te verzekeren prestaties.

- **Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (augustus 2009 - Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010)**

Het CVZ heeft verduidelijkt wanneer een hulpmiddel gefinancierd dient te worden op grond van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of op grond van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg.

Kort samengevat valt een uitwendig gedragen hulpmiddel in de thuissituatie onder de te verzekeren prestatie 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.

Daarnaast dient het hulpmiddel te vallen onder één van de categorieomschrijvingen (of functiegerichte aanspraken) uit de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv en te voldoen aan het wettelijke criterium '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 en diensten'.

Indien geen sprake is van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, kan een hulpmiddel behoren tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Ook bij deze te verzekeren prestatie dient het hulpmiddel te voldoen aan het wettelijke criterium '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 en diensten'.

- **Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ (augustus 2009)**

Verpleging in de eigen omgeving kan zowel onder de Zvw als de AWBZ plaatsvinden. Sinds de invoering van de Zvw is een aantal afbakeningsproblemen meer pregnant naar voren gekomen. Het CVZ is van mening 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 ook een aantal wenselijke ontwikkelingen binnen de eerste lijn mogelijk kan maken.

Voordat het CVZ hierover een definitief advies uitbrengt, doet het CVZ eerst nader onderzoek naar de randvoorwaarden en om de consequenties van een dergelijke overheveling in beeld te brengen. Het CVZ brengt in de loop van 2010 een definitief advies uit.

- **Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestatie Zvw (september 2009)**

De minister heeft in 2009 aangegeven ketens voor chronische zorg integraal te willen gaan bekostigen, met zorgstandaarden als basis voor de inhoud van die ketens. In deze ketens moet de integraliteit en vraaggerichtheid van de zorg tot uiting komen. Op basis van de zorgstandaard en de functionele bekostiging kan de verzekeraar een integrale zorgketen contracteren.

Het CVZ heeft van de zorgstandaarden diabetes, vasculair risicomanagement en COPD vastgesteld welke onderdelen tot de te verzekeren prestaties behoren (zie verder paragraaf 3.a.).

- **De grens tussen geneeskundige GGZ (Zvw) en begeleiding (AWBZ) (december 2009)**

Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is gestructureerd, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel.

Begeleidingsactiviteiten kunnen een onderdeel zijn van geneeskundige zorg. Dergelijke activiteiten moeten dan een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) zijn. Hiervan is slechts sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelgoal te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig.

Activiteiten die gericht zijn op de gevolgen van de aandoening behoren ook tot geneeskundige zorg, tenzij het gaat om activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen. Dit zijn veelal activiteiten waarvoor geen deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist. Te denken valt aan het oefenen en inslijpen van gedrag dat in een behandeling is aangeleerd.

Begeleiding valt onder de AWBZ als hiervoor geen specifieke deskundigheid is vereist, er geen behandelplan aan ten grondslag ligt en er ook geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is.

Het gaat dan om begeleiding die gericht is op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde.

- **Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus (februari 2010)**

Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus maakt onderdeel uit van de zorgstandaard diabeteszorg en is opgenomen in de zorgketen voor diabetes. Het CVZ heeft beoordeeld welke onderdelen van deze voetzorg als te verzekeren prestatie op grond van de Zvw kunnen worden aangemerkt.

Van de zorggerelateerde preventieve voetzorg voor mensen met diabetes merkt het CVZ de volgende inhoudelijke zorgonderdelen aan als te verzekeren prestatie:

- jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen, bij patiënten met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3);
- behandeling van risicofactoren bij patiënten met een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera;
- educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- advisering over adequaat schoeisel.

Deze zorgonderdelen betreffen geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden en zorg die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het adequaat knippen van teennagels beschouwt het CVZ als persoonlijke verzorging. Deze handelingen betreffen geen geneeskundige zorg en behoren niet tot de te verzekeren zorg van de Zvw.

Het CVZ heeft berekend dat de financiële consequenties van dit standpunt op jaarbasis € 17 tot € 28 miljoen bedragen.

- **DBC-beoordeling ABO imcompatibele niertransplantaties met behulp van immunoabsorptie (februari 2010)**

Het CVZ is van oordeel dat ABOi niertransplantaties met behulp van immunoabsorptie zorg is conform het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', als er geen ABO compatibele levende donor direct beschikbaar is en er geen principiële bezwaren (contra-indicaties) zijn tegen een niertransplantatie. ABOi niertransplantatie met behulp van immunoabsorptie behoort daarmee tot de te verzekeren prestaties.

Op basis van de andere pakketprincipes ziet het CVZ geen reden om aan te bevelen ABOi niertransplantaties met behulp van immunoabsorptie expliciet uit te sluiten van de te verzekeren prestaties.

- **Second opinion in de Zvw (maart 2010)**

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

Er is sprake van een second opinion als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

1. er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar;
2. de second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
3. de verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.

Een second opinion die aan bovenstaande voorwaarden voldoet, kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie die ten laste van de basisverzekering mag worden gebracht. Het is zorg zoals een huisarts of medisch-specialist die pleegt te bieden en die kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg.

Het staat zorgverzekeraars vrij om in hun modelovereenkomsten aanvullende voorwaarden te stellen alvorens verzekerden hun aanspraak op zorg kunnen realiseren. Hierbij kan gedacht worden aan de eis van voorafgaande toestemming of het aanwijzen van bepaalde categorieën zorgaanbieders.

Tweedelijns GGZ-aanbieders zijn niet altijd artsen (het gaat dan bijvoorbeeld om klinisch-psychologen en psychotherapeuten). Het gestelde in dit standpunt is eveneens van toepassing op tweedelijns GGZ-aanbieders.

- **Zorg aan transseksuelen (maart 2010)**

Het CVZ heeft in 2007 een overzicht opgesteld van de zorg die bij transseksualiteit aan de orde kan zijn en daarbij aangegeven of/onder welke voorwaarden die zorg tot de te verzekeren prestaties Zvw behoort¹⁰. Voor een aantal onderwerpen bleek behoefte te bestaan aan meer duidelijkheid.

Aangezichtschirurgie (niet-kaakchirurgische en kaakchirurgische correcties)

Aangezichtschirurgie bij man-vrouw transseksuelen behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw, indien bij de man-vrouw transseksueel sprake is van een passabiliteitsprobleem. Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet

¹⁰ Rapport Pakketadvies 2007. Diemen: CVZ, 2007. Publicatienummer 248. Het gaat om pag. 153-168 van de bijlage.

respectvol reageren. Een in de praktijk ontwikkelde scorelijst – een zogenoemde ‘uiterlijke kenmerkenlijst’ – kan als hulpmiddel dienen om na te gaan of sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Reductie adamsappel

Adamsappelreductie bij man-vrouw transseksuelen behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw, indien bij de man-vrouw transseksueel sprake is van een passabiliteitsprobleem als gevolg van een prominente adamsappel. Dit is in de regel het geval als de adamsappel meer 5 mm uitsteekt ten opzichte van de halscontour (bezien vanuit het zijaanzicht). Met behulp van genormeerde foto's van voor- en zijaanzicht kan de prominentie worden vastgesteld.

Foniatrie, logopedie en stemverhogende operatie

Foniatrie (maken en beoordelen stemprofiel transseksueel) en logopedie (die bij transseksuelen erop gericht is om de stemhoogte en de stemklank van de transseksueel in overeenstemming te brengen met het geslacht dat men wenst te verkrijgen resp. heeft verkregen) zijn te verzekeren prestaties Zvw. Een stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw, indien bij de man-vrouw transseksueel sprake is van een spreektoonhoogte die afwijkt van de spreektoonhoogte van vrouwen in het algemeen. Aangehouden kan worden dat dit het geval is als de spreektoonhoogte van de man-vrouw transseksueel lager is dan 160 Hz. De spreektoonhoogte kan worden vastgelegd in een foniatisch stemprofiel.

Psychische zorg en psychosociale hulp

In dit rapport licht het CVZ tevens toe welk wettelijk regiem van toepassing is op psychische zorg en psychosociale hulp aan transseksuelen. In grote lijnen komt het erop neer dat psychische zorg tot het domein van de Zvw of de AWBZ behoort.

Psychosociale hulp, waarbij het bij transseksuelen vooral gaat om hulp voor problemen die verbonden zijn aan het 'coming-out' proces en problemen met het omgaan van de omgeving (werk, sociale contacten, vrienden) en waarbij ook lotgenotencontact van groot belang is, behoort **niet** tot het regiem van Zvw en AWBZ. Het betreft hulp die op het terrein van de Wmo ligt.

- **Indicaties voor protonentherapie (maart 2010)**

Het CVZ is van oordeel dat protonentherapie bij de indicatiegebieden intra-oculaire tumoren, chordomen/chondrosarcomen en pediatrische tumoren onderdeel uitmaakt van het te verzekeren basispakket. Het betreft zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Omdat protonentherapie in Nederland (nog) niet beschikbaar is, is de vraag aan de orde of een verzekerde die op deze therapie is aangewezen en de zorg in het buitenland ondergaat de kosten van deze zorg vergoed respectievelijk deze zorg verstrekt moet krijgen. Het CVZ beantwoordt de vraag bevestigend, zij het dat er wel – afhankelijk van de individuele situatie – voorwaarden en beperkingen kunnen gelden. Verder merkt het CVZ op dat het feit dat deze zorg in Nederland (nog) niet beschikbaar is, maar wel een te verzekeren prestatie is, ertoe dwingt dat de betrokken beroepsgroepen op zeer korte termijn richtlijnen opstellen waarin aangegeven wordt op welke wijze selectie van patiënten plaatsvindt. Binnen de beroepsgroep van radiotherapeuten (de NVRO) zijn inmiddels plannen zijn om tot het opstellen van een dergelijk indicatieprotocol te komen.

Tot slot wijst het CVZ erop dat er in Nederland drie initiatieven zijn tot het opzetten van een protonenfaciliteit. Het CVZ is van oordeel dat het gewenst is om, met gebruikmaking van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV), de toepassing van protonentherapie te beperken tot enkele locaties in Nederland en te zijner tijd aan de vergunning die voor

toepassing van protontherapie verleend zal worden aan een aantal ziekenhuizen, de voorwaarde te verbinden dat binnen de centra uniforme dataregistratie plaatsvindt.

- **Mondzorg voor medisch gecompromitteerden (maart 2010)**

De tandheelkundige zorg in het kader van een medische behandeling betreft over het algemeen het ontstekingsvrij maken van de mond door parodontale behandeling, extractie of toediening van antibiotica. De omvang van de aanspraak op tandheelkundige zorg wordt beperkt door de eisen van artikel 2.7 lid 1, aanhef en sub c van het Bzv. Het CVZ is van oordeel dat een verzekerde in de volgende situaties is aangewezen op deze vormen van tandheelkundige zorg:

Op basis van de stand van de wetenschap en praktijk gaat het om mensen met de volgende aandoeningen:

- hartaandoeningen
 - diabetes mellitus
 - lichen planus
 - multipale sclerose
 - longontsteking,
- en mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:
- radiotherapie in het hoofd-halsgebied
 - chemotherapie
 - intraveneuze bisfosfonaten
 - calciumantagonisten
 - difantoïne-achtige preparaten.

Verder is ontstekingsvrij maken van de mond geïndiceerd:

- bij oncologische patiënten bij wie de algemene weerstand gevaar loopt
- bij parodontitis als complicatie van een immuun-, bloed- of stofwisselingsziekte
- in het kader van de preventie van systematische complicaties bij endocarditis, hartklepaandoeningen, stamceltransplantatie, nierinsufficiëntie en orgaantransplantatie.

- **Langdurige psychoanalytische psychotherapie (maart 2010)**

Langdurige psychoanalytische psychotherapie (LPPT) is zorg zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Deze zorg valt, voor zover deze voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg. Het CVZ heeft een literatuuronderzoek laten uitvoeren naar bewijzen voor effectiviteit van LPPT.

LPPT voldoet aan de norm van de stand van wetenschap en praktijk omdat er voldoende studies zijn aangetroffen waaruit blijkt dat de effecten niet verschillen van andere behandelingen. LPPT is daarmee een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw

PA voldoet **niet** aan de stand van wetenschap en praktijk omdat er onvoldoende kwalitatief adequate studies over de effectiviteit in de praktijk te vinden zijn. Dit betekent dat de PA geen onderdeel meer is van het basispakket. Nieuwe behandelingen kunnen niet ten laste van de Zvw starten. Lopende behandelingen kunnen wel voor rekening van de Zvw voortgezet en afgerond worden.

- **Interventies bij kinderen met autisme en/of een verstandelijke handicap (maart 2010)**

Het CVZ heeft onderzoek laten doen naar de effectiviteit van interventies bij kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS) en/of een verstandelijke handicap. Gelet op het grote aantal interventies dat is beoordeeld, de onderscheiden subgroepen, en het feit dat een interventie soms bij de ene subgroep wel effectief is en bij de andere niet, verwijst het CVZ u voor de uitkomsten naar bijlage 4.

6.e. Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze *niet* behoren tot de te verzekeren zorg:

- **Selectieve preventieve GGZ voor kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers (mei 2009)**

Kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers hebben een risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Bij een deel van de groep is sprake van een verhoogd risico. De interventies behelzen werkzame elementen, zoals cognitieve gedragstherapie. De interventies die in het programma gehanteerd worden, zijn effectief.

Het CVZ concludeert dat preventieve programma's voor kinderen van ouders met een psychische stoornis en voor mantelzorg niet behoren tot de geïndiceerde preventie, maar tot de selectieve preventie. Selectieve preventie behoort niet tot het domein van de Zvw, maar tot dat van de Wmo. Deze preventieve programma's zijn derhalve geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

- **Lumbale discusprothese (mei 2009)**

Het CVZ heeft een systematische review laten uitvoeren naar de effectiviteit en veiligheid van de lumbale discusprothese ter behandeling van chronische lage rugklachten. Chronische lage rugklachten worden meestal veroorzaakt door 'slijtage' van de tussenwervelschijf, ook wel degeneratieve discopathie genoemd. De behandeling van eerste keus is conservatief. Als dit niet voldoende effectief is gebleken, zijn er chirurgische opties.

De standaardbehandeling is een spondylodese (het aan elkaar vastmaken van de twee wervellichamen op het niveau van de pijn), ook wel fusie-operatie genoemd, met als doel om de chronische pijnklachten te verminderen. Deze operatie brengt echter nadelen met zich mee op de lange termijn. Door de verminderde beweeglijkheid op het geopereerde niveau kan uiteindelijk na jaren (minstens vijf jaar) versnelde slijtage

optreden op de boven en onder gelegen niveaus. De discusprothese is ontwikkeld met de gedachte dat door het in stand houden van de beweeglijkheid van de wervelkolom deze nadelige effecten niet of minder zouden voorkomen. Studies waarin de discusprothese met fusiechirurgie worden vergeleken dienen dan ook een lange follow-up duur te hebben, zodat het veronderstelde voordeel van de discusprothese op de lange termijn ook kan worden aangetoond.

Uit de systematische review blijkt dat er geen gerandomiseerde studies van een acceptabel niveau zijn gepubliceerd die de effectiviteit van de discusprothese t.o.v. fusiechirurgie in kaart brengen. Er zijn wel enkele grote case series verschenen over complicaties op de lange termijn. Eén en ander wordt nog gecompliceerd door het gegeven dat er inmiddels diverse typen prothesen op de markt zijn. De gepubliceerde studies betreffen grotendeels prothesen die inmiddels niet meer worden gebruikt. Over de prothese die op dit moment wordt gebruikt zijn nog geen gecontroleerde gegevens over de langere termijn bekend. Tenslotte blijkt bij de beroepsgroepen geen consensus te bestaan over de effectiviteit en veiligheid van de ingreep.

Het CVZ is van oordeel dat de lumbale discusprothese ter behandeling van chronische lage rugklachten geen zorg is conform 'de stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee niet behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Opsporing mensen met familiale hypercholesterolemie (juni 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat zorg zoals bedoeld in de Zvw de zorg behelst die geleverd wordt vanaf het moment dat een verzekerde zich met een zorgvraag bij een zorgverlener meldt. Een verzekerde kan namelijk aan zijn zorgverzekering alleen rechten ontlend als het verzekerde risico is ingetreden. Dat is het geval zodra de verzekerde behoefte heeft aan zorg en zich vanuit die behoefte met een zorgvraag meldt bij een

zorgverlener. Activiteiten die daaraan vooraf gaan vallen buiten de dekking van een zorgverzekering. Een verzekerde heeft op grond van zijn zorgverzekering recht op vergoeding van kosten van (geneeskundige) zorg, maar heeft geen recht op (vergoeding van kosten van) opsporing van aandoeningen waarop hij mogelijk een hoog risico heeft en waarvoor hij mogelijk zorg nodig heeft. Het benaderen van verzekerden zonder dat er bij die verzekerden een zorgvraag is ontstaan, noemt het CVZ selectieve preventie. Selectieve preventie valt buiten het domein van de Zvw.

Op grond hiervan komt het CVZ tot het standpunt dat het opsporen van mensen met Familiaire Hypercholesterolemie (FH) niet past binnen het domein van de basisverzekering van de Zvw. Het opsporingsprogramma naar mensen met FH zoals de Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie dat nu uitvoert, kan niet gerealiseerd worden binnen de kaders van de Zvw.

- **Transkatheter aortaklepimplantatie bij patiënten met een symptomatische ernstige aortaklepstenose (DBC-beoordeling - juli 2009)**

Het CVZ acht de behandeling bij deze indicatie **geen** zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.

Verscheidene koepelorganisaties constateren dat er een financieringslacune is voor deze veelbelovende, doch kostbare innovatie. Het CVZ heeft in het algemeen geconstateerd dat er sprake kan zijn van een financieringslacune voor innovaties en heeft daarom een rapport uitgebracht waarin het een advies uitbrengt aan de minister over mogelijke vormen van tijdelijke financiering van innovaties die (nog) niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoen, zoals de aortaklepimplantatie (zie paragraaf 3.e.).

- **Preventie van angststoornissen (augustus 2009)**

Geïndiceerde preventie kan zorg zijn zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Deze preventieve interventies vallen, als zij voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg.

Het CVZ is van oordeel dat er onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkómen van angststoornissen aan te tonen. Hiermee voldoet deze zorg niet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee niet kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

- **Vroege intensieve neurostimulatie bij volwassenen (augustus 2009)**

Het behandelprogramma Vroege Intensieve Neurostimulatie (VIN) is een intensief multimodaalprogramma en bestaat uit een revalidatiebehandeling en sensorische stimulatie en later cognitieve stimulatie. Het CVZ heeft een literatuuronderzoek verricht naar de stand van de wetenschap en praktijk van dit behandelprogramma bij volwassenen in een vegetatieve of laagbewuste toestand.

Dit literatuuronderzoek leverde slechts een gering aantal studies op die bovendien van matige kwaliteit zijn. Uit deze studies kan niet worden geconcludeerd dat een vroeg intensief sensorisch behandelprogramma effectief is bij volwassenen met een ernstig niet-aangeboren hersenletsel in een vegetatieve of laagbewuste toestand.

Het CVZ is van mening dat VIN bij patiënten in een vegetatieve of laagbewuste toestand na ernstig niet-aangeboren hersenletsel (nog) niet kan worden aangemerkt als zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

- **Meerwaarde van bilaterale cochleaire implantatie bij kinderen en volwassenen (november 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat er op dit moment nog onvoldoende bewijs beschikbaar is voor de meerwaarde van bilaterale implantatie bij kinderen boven unilaterale behandeling en/of bimodale stimulatie en postlinguaal dove volwassenen boven bimodale stimulatie, de voorliggende behandeling. Een tweede cochleair implantaat behoort daarmee niet tot de op grond van de Zvw te verzekeren prestaties.

- **Neurofeedback als behandeling van ADHD (november 2009)**

In het Pakketadvies heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat neurofeedback als behandeling van ADHD (en een aantal andere indicaties) niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Op basis van aanvullende literatuur is het CVZ nagegaan of het eerder ingenomen standpunt voor de indicatie ADHD moet worden herzien. Het CVZ concludeert na bestudering van de aanvullende literatuur dat hiervoor geen aanleiding bestaat.

- **Gebitsaanpassing t.b.v. MRA (december 2009)**

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

In het kader van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg hebben verzekerden recht op functionerende hulpmiddelen. In het kader van de te verzekeren prestatie mondzorg hebben verzekerden onder andere recht op zorg wanneer aan de voorwaarde is voldaan dat de verzekerde zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

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 wordt voldaan die voor de mondzorg geldt.

Het CVZ concludeert dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA geen te verzekeren prestatie is.

- **Fysiotherapie en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie (februari 2010)**

In het kader van de actualisatie van de chronische lijst fysiotherapie heeft het CVZ onderzoek laten uitvoeren naar de effectiviteit van fysiotherapie en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie. Het CVZ concludeert dat nog niet voldoende is aangetoond dat fysio- en oefentherapie in hun totaliteit effectief zijn bij fibromyalgie. Daarmee voldoet deze zorgvorm bij genoemde indicatie niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en kan deze zorg niet worden aangemerkt als te verzekeren zorg in de zin van de Zvw en derhalve ook niet worden opgenomen op de chronische lijst fysiotherapie (bijlage 1 van het Bzv behorende bij artikel 2.6.).

- **DBC-beoordeling: intra-arteriële trombolysie bij een acuut herseninfarct (februari 2010)**

Het CVZ is van oordeel dat effectiviteit van intra-arteriële trombolysie (IAT) bij een acuut herseninfarct onvoldoende is aangetoond. Nader onderzoek is noodzakelijk. IAT is (nog) geen zorg die voldoet aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en is daarom niet aan te merken als een te verzekeren prestatie.

- **Psychoanalyse (maart 2010)**

Psychoanalyse is zorg zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Deze zorg valt, voor zover deze voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg. Het CVZ heeft een literatuuronderzoek laten uitvoeren naar bewijzen voor effectiviteit van psychoanalyse.

Psychoanalyse voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk omdat er onvoldoende kwalitatief adequate studies over de effectiviteit in de praktijk te vinden zijn. Dit betekent dat de psychoanalyse geen onderdeel meer is van het basispakket. Nieuwe behandelingen kunnen niet ten laste van de Zvw starten. Lopende behandelingen kunnen wel voor rekening van de Zvw voortgezet en afgerond worden.

7. Financiële gevolgen van adviezen en standpunten

<i>Verschillende factoren</i>	De kosten van het te verzekeren pakket ontwikkelen zich onder meer op basis van demografische ontwikkelingen, groei van het aantal (chronisch) zieken, loon- en prijsontwikkelingen, het instromen van nieuwe diagnostiek en behandelingen op grond van stand van wetenschap en praktijk en op grond van pakketbeslissingen. Bij dit laatste gaat het bijvoorbeeld over het toelaten van nieuwe genees- en hulpmiddelen tot de te verzekeren zorg, maar ook om andere pakketbeslissingen om prestaties te laten instromen, uitstromen of nadere voorwaarden te stellen.
<i>Kostentoename</i>	Zoals aangegeven is in bijlage 1 komen de kosten van zorg ten laste van de Zvw en AWBZ in 2010 naar verwachting uit op ongeveer € 59,3 miljard. De voorlopige zorguitgaven voor 2008 bedragen circa € 55,1 miljard. Dit betekent dat de zorguitgaven in de periode van 2008 tot en met 2010 met € 4,2 miljard, ongeveer 7,6 procent, zullen toenemen.
<i>Financiële consequentie Pakketadvies 2010</i>	De adviezen die het CVZ in het Pakketadvies 2010 geeft leiden per saldo tot een kostenafname van € 42 tot € 125 miljoen op jaarbasis. Hierna geeft het CVZ de financiële consequenties van zijn adviezen weer.
<i>Uitstroom</i>	Het CVZ adviseert een vijftal te verzekeren prestaties te laten uitstromen uit het verzekerden pakket, dan wel alleen onder bepaalde voorwaarden te vergoeden. Het betreft: anticonceptiemiddelen, zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap, mucolytica, eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (Zvw en AWBZ-uitleen), mondzorg voor 18-22 jarigen. Deze adviezen leiden tot een kostenreductie van maximaal € 193,3 miljoen.
<i>Instroom</i>	De kosten van het advies om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als te verzekeren prestatie aan te merken bedragen, afhankelijk van de gekozen behandeling en behandelduur, tussen de € 20 en € 33 miljoen.

<i>Voetzorg voor diabetici</i>	Het standpunt om voetzorg voor diabetici aan te merken als een te verzekeren prestatie leidt tot een bedrag van € 17 tot € 28 miljoen aan meerkosten.
<i>Hoorhulpmiddelen</i>	In zijn advies om de hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven stelt het CVZ ook voor de indicatiecriteria te verruimen en de getrapte maximumvergoedingslimieten te laten vervallen. Het verruimen van de indicatiecriteria, waarbij ook bij een eenzijdig gehoorverlies (>35 dB) aanspraak op een hoortoestel bestaat, kost rekeninghoudend met de kosten van oorstukjes en reparatie € 2,3 miljoen. Het afschaffen van de maximum vergoedingslimieten leidt tot een bedrag aan meerkosten van € 28 tot € 77 miljoen.
<i>Extracorporele fotoforese</i>	Het standpunt dat extracorporele fotoforese bij steroid refractaire graft versus host ziekte zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, leidt tot een bedrag van (afgerond) € 1 miljoen aan meerkosten.

8. Reacties belanghebbende partijen

8.a. Geconsulteerde partijen

Benaderde partijen Het CVZ heeft het conceptrapport *Pakketadvies 2010* voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- ActiZ Organisatie van zorgondernemers
- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- BioFarmind Belangenvereniging voor de medisch biotechnologische industrie in Nederland
- Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
- Centrale samenwerkende ouderenbonden (CSO)
- Consumentenbond
- Federatie van Technologiebranches (FHI)
- Firevaned
- GGZ Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Landelijk platform GGz
- Long Alliantie Nederland (LAN)
- Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH)
- Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
- Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (NEFARMA)
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

- Nederlandse Industrie voor Orthopaedietechniek (NIVO)
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici NVOS-Orthobanda
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Nefemed
- Netwerk Cliëntenraden in de Zorg (NCZ)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- Revalidatie Nederland
- Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG)
- Vereniging van specialisten ouderenzorg en sociaal geriaters (Verenso)
- Vereniging van ziekenhuizen (NVZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

***Bijeenkomst
belanghebbende
partijen***

Tijdens de bestuurlijke consultatieronde heeft het CVZ een bijeenkomst voor belanghebbende partijen over het Pakketadvies 2010 georganiseerd. Doel van deze bijeenkomst, die plaatsvond op 28 januari 2010, was het advies nader toe te lichten en vragen te beantwoorden. De uitkomsten konden de belanghebbende partijen betrekken bij hun bestuurlijke reactie.

8.b. Algemene reacties

Van 32 partijen is een bestuurlijke en/of inhoudelijke reactie ontvangen.

Hierna vat het CVZ de kern van de reacties samen. Eerst gaat het CVZ in op de reacties die het algemene deel van dit pakketadvies betreffen (hoofdstukken 1 tot en met 4) en vervolgens op de reacties op specifieke adviezen. Alle van

belanghebbende partijen reacties en het antwoord van het CVZ daarop treft u integraal aan als bijlage 5.

De OMS is van mening dat in de algemene hoofdstukken de geldstroom meer leidend lijkt dan de zorginhoud. Verder wijst de OMS erop dat de tijd die is gelegen tussen het aanvragen van een DBC en de vaststelling ervan erg lang is.

De NPCF ondersteunt de visie van het CVZ op het gebied van gepast gebruik. De patiënt is gebaat bij een passend antwoord op zijn zorgvraag. Verder is de NPCF van mening dat preventie die kansrijk is voor gezondheidswinst een duidelijke plaats dient te krijgen in het verzekerde pakket, zeker als het preventie betreft als onderdeel van een totaal zorgproces. De NPCF geeft ook aan dat in het kader van pakketbeheer de inhoudelijke afstemming tussen preventie, cure en care van belang is. Onderdelen van een samenhangend zorgproces dienen zoveel mogelijk in het zorgdomein te worden gehouden.

De NZa gaat in zijn reactie met name in op de gevolgen die standpunten die het CVZ inneemt hebben voor de uitvoeringspraktijk. Voor de NZa kan een standpunt van het CVZ betekenen dat voor een bepaalde zorgvorm een tarief of prestatiebeschrijving moet worden vastgesteld. De NZa wil hier graag met het CVZ verdere (proces)afspraken over maken. Ook gaat de NZa in op het onderscheid dat het CVZ maakt tussen selectieve en geïndiceerde preventie. De NZa vraagt zich af of het CVZ niet nadrukkelijker de financiële consequenties in beeld moet brengen in geval de selectieve preventie binnen de Wmo onvoldoende van de grond komt. Het gaat dan om een inschatting van de kosten van die preventie (Wmo) en de opbrengsten in de Zvw als gevolg van een verminderde zorgvraag.

De CG-raad/CSO merken op dat de voorgestelde pakketverkleiningen neveneffecten kunnen hebben op de inkomenspositie van mensen met een handicap of chronische ziekte. Dit omdat in het kader van de Wtcg het gebruik van

bepaalde hulpmiddelen of geneesmiddelen als criterium gelden voor de vergoeding van meerkosten die deze mensen maken. Verder pleiten de CG-raad/CSO ervoor om evaluatieonderzoeken van eerdere uitstroombadvisen te betrekken bij het pakketadvies.

CG-raad/CSO geven verder aan dat er oneigenlijke elementen in het spel zijn bij het hanteren van het criterium 'noodzaak'. Partijen pleiten voor een criterium 'medische noodzaak'. Ook zijn deze partijen het oneens met het hanteren van het 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. CG-raad en CSO spreken hun waardering uit voor het rapport "Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket" dat het CVZ in december 2009 uitbracht.

ZN geeft aan dat het pakketadvies sinds de inwerkingtreding van de Zvw een belangrijke plaats heeft verworven om periodiek vast te stellen welke vormen van zorg en behandeling nog deel behoren uit te maken van de te verzekeren prestaties. Een consistent adviesbeleid, met consequente toepassing van de pakketprincipes, blijft van belang. Wel stelt ZN voor de om de jaarlijkse pakketadvisering in te passen in een cyclus van meerdere jaren, bijvoorbeeld een periode van 4 jaar, zodat bij de totstandkoming van een regeerakkoord in politieke zin gekeken kan worden naar een evenwichtige aanpassing van de wettelijke aanspraken. Hiermee kunnen 'jo jo-effecten' worden voorkomen. ZN onderschrijft het belang dat het CVZ hecht aan gepast gebruik, maar wijst erop dat dit een weg van lange adem zal zijn.

Nefemed is verheugd over het rapport "Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket". Een aanvullend financieringsinstrumenten is gewenst om krachtige uitvoering te geven aan het innovatiebeleid in de zorg, aldus Nefemed. Nefemed herkent zich in de knelpunten die in het eerste evaluatierapport van de Zorginnovatiewijzer zijn

benoemd en plaats daarbij twee kanttekeningen. 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. Daarnaast stelt Nefemed 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.

Nefemed begrijpt voorts de aarzelingen van het CVZ met betrekking tot de koppeling van richtlijnen en vergoedingen. Een nog sterkere aarzeling is voorstelbaar als kosteneffectiviteit een rol gaat spelen binnen richtlijnen, omdat kosteneffectiviteit ook aan de orde is bij pakketbeslissingen. Nefemed 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.

De NDF onderschrijft het belang van een betere aansluiting tussen geïndiceerde en selectieve preventie. Dit is ook voor de NDF een speerpunt, waarbij voor de NDF wel een aandachtspunt is of geïndiceerde preventie daadwerkelijk voor alle doelgroepen in voldoende mate gefinancierd wordt. Ook spreekt de NDF zijn steun uit voor het rapport 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket'.

De KNMG pleit ervoor dat het CVZ, veel eerder dan nu gebeurt, deskundigen vanuit de landelijke artsenorganisatie betreft bij de voorbereiding van pakketadviezen en -beslissingen. Verder is de KNMG van mening dat systeemadviezen voor de (middel)lange termijn van groot belang zijn voor de houdbaarheid van het pakket. Het CVZ dient, mede in het licht van de heroverwegingsoperatie, een regisseursrol op zich te nemen, onder meer door de discussie over rechtvaardige en duurzame zorg nieuw leven in te blazen en door te adviseren

over het slechten van de schotten tussen de Zvw en de AWBZ. Als het beroepsveld hier tijdig bij wordt betrokken, heeft het CVZ voldoende mandaat voor het voeren en starten van deze discussie. Toch mogen richtlijnen volgende KNMG nooit de basis en zeker niet de enige basis worden voor de aard en omvang van het verzekerde pakket.

Het CVZ concludeert in algemene zin dat er bij belanghebbende partijen steun is voor de wijze waarop het CVZ invulling geeft aan het pakketbeheer. Vooral het belang dat het CVZ in dit pakketadvies toekent aan het bevorderen van gepast gebruik en het eerdere rapport 'Voorwaardelijke financiering in relatie tot een verantwoord pakket' wordt door belanghebbende partijen onderschreven. Ook het inzichtelijk maken van de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk van een door het CVZ ingenomen standpunt en het feit dat het CVZ betrokken partijen hierbij tijdig betreft vindt steun.

Het CVZ treedt in overleg met de KNMG om te bezien op welke manier deze organisatie beter betrokken kan worden in de cyclus van het pakketbeheer. Ook zal het CVZ in overleg treden met de NZa voor het maken van nadere (proces)afspraken rondom de activiteiten van de NZa en DBC Onderhoud in de trajecten die volgen op door het CVZ ingenomen standpunten. De reacties van belanghebbende partijen hebben geleid tot redactionele aanpassingen in het algemene deel van het Pakketadvies 2010.

8.c. Reacties op specifieke adviezen

- **Uitstroomadvies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen**

Op dit advies heeft het CVZ reacties ontvangen van het ActiZ, de CG-raad/CSO), Firevaned, Nefemed, de NPCF, de VRA, de NZa en ZN.

De ontvangen reacties hebben voornamelijk betrekking op drie aspecten van het advies. Partijen merken op dat het advies op gespannen voet staat met het reeds uitgebrachte rapport Heroriëntatie hulpmiddelen. Ook geven zij aan dat eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet zijn aan te merken als algemeen gebruikelijk. Verder wijzen zij erop 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.

Het CVZ merkt op dat uitgangspunt van de uitvoeringstoets Heroriëntatie was dat hiermee geen bezuiniging werd beoogd. Doel van de heroriëntatie was te komen tot een voor de burger logischer indeling van deze zorg. Het CVZ heeft daarbij de hulpmiddelenzorg integraal in ogenschouw genomen en de minister geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen over te hevelen van de Zvw en AWBZ-uitleen naar de Wmo. Een voorstel tot bezuiniging heeft het CVZ in dat advies niet gedaan.

Het advies over de uitstroom van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen is een actualisatie van het uitstroomadvies dat het CVZ in 2007 gaf. 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. Omdat de evaluatie van de Wmo nu beschikbaar is, heeft het CVZ zijn eerdere advies geactualiseerd.

Om het regeltechnische verschil tussen kortdurend en langdurend gebruik op te heffen, heeft het CVZ ook de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen betrokken die in de huidige situatie via de AWBZ-uitleen worden verstrekt.

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 verzekerden een te grote financiële belasting zal vormen.

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 te beschouwen.

- **Uitstroomadvies anticonceptiemiddelen**

Het CVZ heeft reacties ontvangen van Nefarma, de NHG, de RutgersNissoGroep, SOAIDS, de Endometriosestichting, ZN en de CG-raad/CSO.

Nefarma wijst erop dat naast het hormoonspiraaltje ook andere anticonceptiva bestaan die worden ingezet bij klachten van gynaecologische aard. De prealabele vraag of anticonceptiva tot het domein van de Zvw behoren, beantwoordt Nefarma bevestigend.

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 eerste keus orale anticonceptiva hebben een zeer gunstige prijs/kwaliteitverhouding en kunnen naar de mening van de NHG beter in het basispakket blijven.

RutgersNissoGroep (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 zonder voor de kosten te hoeven opdraaien.

Minder draagkrachtigen worden de dupe van deze maatregel. Door de goedkoopste anticonceptiepil als uitgangspunt te nemen gaat het CVZ voorbij aan de redenen die er soms zijn om voor duurdere middelen te kiezen.

Verder noemt RNG risicogroepen die door de uitstroommaatregel getroffen zouden worden.

De RNG stelt verder 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.

RNG geeft aan dat er wel degelijk effecten zijn geweest toen in 2004 anticonceptie uit het ziekenfondspakket werd gehaald. Een klein percentage van de gebruiksters 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.

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.

De Endometriosestichting geeft aan dat anticonceptiemiddelen als eerste keus voor therapie gelden omdat ze effectief zijn, weinig bijwerkingen hebben en ook kosteneffectief zijn. Deze stichting is bang voor substitutie naar middelen die nog wel vergoed worden, maar die duurder en zwaarder zijn en meer bijwerkingen kennen.

ZN is van mening dat jo-jo-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.

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.

ZN ziet uitvoeringsproblemen bij middelen met twee indicaties, zoals de Mirena-spiraal, 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.

De CG-raad /CSO wijzen 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. De CG-raad/CSO zijn 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.

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.

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.

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.

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 CVZ ziet geen inconsistentie in de onderbouwing van het conceptadvies. Anders dan sommige belanghebbende partijen veronderstellen, 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 desbetreffende middelen betaalbaar zijn en daarom voor eigen rekening kunnen komen. Het CVZ heeft daarnaast de uitvoeringsproblemen die enkele belanghebbende partijen signaleren 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.

- **Uitstroomadvies mondzorg 18-22 jarigen**

Het CVZ reacties op het advies ontvangen van het College Adviserend Tandartsen (CAT), Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg (NVIJ), de NMT, de NVM de, de NZa en van ZN.

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 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. Bovendien merken de NMT en NVM merken op dat de groep achttien- tot tweeëntwintigjarigen een risicogroep vormen. Verder spreken zij van een trend dat er voor jongeren van zestien tot achttien jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd.

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. Ook blijkt niet dat de genoemde leeftijdsgroep een risicogroep zou vormen.

Verder merkt het CVZ op dat, indien er inderdaad sprake is van een trend dat voor jongeren van zestien tot achttien jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd, het erop lijkt dat het tot de te verzekeren prestaties behoren van deze zorg niet bepalend is voor het mondhygiënist/tandartsbezoek.

De ontvangen reacties geven het CVZ geen aanleiding het advies te wijzigen.

- **Verkenning noodzakelijkheidsvraag IVF**

Het CVZ heeft geen reacties ontvangen op de vraag of IVF-behandelingen zijn aan een behoefte aan geneeskundige zorg, zoals bedoeld in de considerans van de Zvw.

- **Functiegerichte omschrijvingen hulpmiddelenzorg**

Algemeen

De CG-raad/CSO, de NPCF en ZN zijn het eens met alle functiegerichte omschrijvingen zoals in dit pakketadvies voorgesteld. Zij 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.

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 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.

Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Specifieke opmerkingen over deze functiegerichte omschrijving 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 Spraaktaalmoelijkheden (FOSS), Audiologische Industrie Nederland (Vereniging GAIN) en de Nederlandse Vereniging van Audiciensbedrijven (NVAB).

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.

Ook deze 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.

Kortheidshalve verwijst het CVZ hier naar zijn reactie op de 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.

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).

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.

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 andere partijen zijn voorstander van het afschaffen van de vergoedingslimieten, omdat zij van mening zijn, dat de afschaffing ervan 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.

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.

Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functie van urinelozing en defecatie

Specifieke opmerkingen zijn gemaakt door de FHI, Nefemed en de KNGF.

FHI en Nefemed hebben problemen 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 deze onderleggers.

Het CVZ handhaaft 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.

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.

Het CVZ neemt het pleidooi van de KNGF 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 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.

Hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Specifieke opmerkingen over deze functiegerichte omschrijving zijn gemaakt door de NDF en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

De NDF vraagt aandacht 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).

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

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 bij het standpunt over continue glucosemeting (CGM). Het CVZ zal zowel de NDF als de NIV inhoudelijk consulteren bij beoordeling van zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 en de CGM.

Bovenstaande reacties leiden niet tot wijzigingen in het advies.

Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem

Naast de instemde reacties van de CG-raad/CSO, de NPCF en ZN zijn over deze functiegerichte omschrijving geen reacties van belanghebbende partijen ontvangen.

9. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket van het CVZ (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. De samenstelling van de ACP is opgenomen in bijlage 3 bij dit pakketadvies.

In zijn vergadering van 12 maart 2010 heeft de ACP het conceptpakketadvies 2010 en de daarop van belanghebbende partijen ontvangen reacties besproken. Onderstaand het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het CVZ.

<i>Gepast gebruik</i>	Pakketadvies 2010 De ACP onderschrijft de belangrijke plaats die in het Pakketadvies 2010 is toebedeeld aan het bevorderen van gepast gebruik. De ACP benadrukt dat de notie om gepast gebruik te bevorderen niet zozeer voortvloeit uit de actuele politieke doelstellingen ter beheersing van de omvang van het BKZ, maar van permanent belang is vanwege de eigen verantwoordelijkheid van de burgers en ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
<i>Alternatief voor uitstroom?</i>	Verder vraagt de ACP aandacht voor de vraag in hoeverre het instrument van eigen bijdragen/eigen betalingen kan dienen als alternatief voor uitstroomadviezen.
<i>Consistent beleid</i>	De ACP heeft begrip voor de opvatting van sommige belanghebbende partijen dat het voor burgers moeilijk te begrijpen is wanneer een bepaalde zorgvorm wisselend wel of geen te verzekeren prestatie is (jo jo-effect). Dit wordt meestal veroorzaakt door politieke besluitvorming en ligt in het algemeen niet aan de consistentie in de advisering van het CVZ.
<i>Pakketcriteria basis voor uitstroom</i>	Tot slot merkt de ACP op van mening te zijn dat de pakketcriteria de basis moeten vormen van het formuleren van uitstroomadviezen. De effectiviteit is hiervoor als zelfstandig criterium goed geschikt. Ook het criterium ziekte last (noodzakelijkheid van zorg) zou de basis voor uitstroomadviezen kunnen vormen. De ACP is echter van

mening dat, gelet op het bestaan van verschillen in ziektelast tussen subgroepen en vanwege het bestaan van comorbiditeit, bij de toepassing van dit criterium zorgvuldig moet plaatsvinden en liefst in combinatie met de andere pakketcriteria.

Considerans Zvw

De ACP bespreekt de benadering van het CVZ om, voordat de pakketcriteria worden toegepast, bepaalde interventies te toetsen aan de considerans van de Zvw. In de considerans geeft de wetgever aan dat de Zvw beoogt de behoefte aan geneeskundige zorg te verzekeren. Het CVZ heeft drie interventies getoetst aan de considerans: dieetvoeding, anticonceptie en IVF. De ACP erkent dat toetsing aan de considerans van belang kan zijn, maar adviseert het CVZ om daarmee terughoudend te zijn. De ACP meent dat de uitkomst van een dergelijke toetsing al snel te zwart-wit uitpakt. Er is nu eenmaal een grijs gebied. De ACP adviseert niet te veel energie te steken in het algemeen definiëren van het begrip, maar per interventie te bepalen of deze wel of niet tot het domein van de zorgverzekering behoort. De ACP adviseert in het geval van de drie voorliggende onderwerpen die in het ontwerpadvies getoetst zijn aan de considerans, bij voorkeur de vier pakketcriteria te gebruiken om te bepalen of deze zorg al dan niet tot het verzekerde pakket zou moeten behoren.

***Dieetvoeding/
-preparaten***

De vraag of dieetvoeding wel of niet onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt, kan de ACP gezien het voorgaande niet voor het hele veld van de dieetvoeding eenduidig beantwoorden. De ACP is van mening dat in sommige 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.

Anticonceptie

Het CVZ stelt uitstroom van anticonceptiemiddelen voor alle leeftijden voor, op basis van de benadering dat voorbehoeden geen doel is zoals bedoeld in de Zvw.

De ACP is ook bij dit onderwerp van mening dat de benadering op basis van de considerans van de Zvw niet geschikt is om deze vraag te beantwoorden. Het toepassen van de pakketcriteria vindt zij ook hier 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 deels 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.

Verkenning IVF

De ACP adviseert de verkenning IVF uit te brengen.

Het CVZ heeft de ACP twee opties voorgelegd met betrekking tot het vervolg van het IVF-traject: doorgaan met de beoordeling aan de hand van het pakketprincipe noodzakelijkheid, of vooralsnog uitgaan van handhaven in het basispakket en beoordelen van de volgende aspecten:

- effectiviteit van vruchtbaarheidsbehandelingen;
- uitvoeringskwesties rond de vergoeding van zorg in het buitenland.

De ACP adviseert de RvB te kiezen voor de tweede optie. De eerste vraag is voldoende beantwoord met de verkenning. Verder adviseert de ACP om goed te communiceren met de beroepsgroep, die in september de richtlijn hoopt af te ronden, en met ZonMw die een onderzoekslijn heeft naar effectiviteit van de IVF-behandeling. Overgewicht en roken zijn belangrijke thema's bij dit dossier. Wat die factoren betreft adviseert de ACP om zorgvuldig om te gaan met de argumentatie: het moet gaan om medische afwegingen, niet om een vorm van 'straffen' voor ongezond gedrag.

Mondzorg

Omdat op basis van onderzoeken die het CVZ sinds 1987 laat uitvoeren de conclusie gerechtvaardigd is dat de voorgestelde beperking van de aanspraak op mondzorg tot de leeftijd van 18 jaar geen aanleiding vormt tot bezorgdheid over de mondgezondheid, adviseert de ACP positief over het verlagen van de leeftijdsgrens van 22 naar 18 jaar.

***Mobiliteits-
hulpmiddelen***

Deelrapport hulpmiddelenzorg 2010

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. De ACP adviseert het CVZ daar nadrukkelijk op in te gaan.

***Functiegerichte
omschrijvingen***

De ACP kan zich vinden in de voorstellen van het CVZ die betrekking hebben op de functiegerichte omschrijvingen hulpmiddelenzorg. Destijds is kennelijk budgetneutraliteit het uitgangspunt van VWS geweest bij de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen. In het rapport lijkt dit bij sommige onderwerpen ineens een rol te spelen en bij andere niet. De ACP adviseert duidelijk aan te geven bij welke onderwerpen en waarom de budgetneutraliteit een specifieke rol speelt. Met uitzondering van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn de nu geadviseerde functiegerichte omschrijvingen budgettair neutraal in te

voeren. Bij de hoorhulpmiddelen is sprake van meerkosten. Enerzijds als gevolg van het om zorginhoudelijke redenen verruimen van de indicatiecriteria, waardoor ook bij eenzijdige slechthorendheid aanspraak op een hoortoestel ontstaat. Anderzijds vanwege het advies om de huidige maximum vergoedingslimieten, die een goede marktwerking belemmeren, af te schaffen.

10. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, besloten het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vast te stellen.

Uitstroom- en systeemadviezen

Het CVZ adviseert de mondzorg voor 18-22 jarigen, de zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap, de anticonceptiemiddelen en de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (Zvw en AWBZ-uitleen), met uitzondering van de blindentaststok en de loopwagens, te laten uitstromen als te verzekeren prestaties. Verder adviseert het CVZ een viertal hulpmiddelencategorieën functiegericht omschrijven. Hierna motiveert het CVZ zijn besluit.

Mobiliteits-hulpmiddelen

Het CVZ is van oordeel dat op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid (algemeen gebruikelijk en/of financieel toegankelijk) de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (Zvw en AWBZ-uitleen) kunnen uitstromen als te verzekeren prestatie. Een uitzondering maakt het CVZ hierbij voor de blindentaststok en voor loopwagens.

Mondzorg 18-22 jarigen

Op basis van onderzoek dat het CVZ heeft laten uitvoeren is er geen aanleiding tot bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor verzekerden van 18 tot 22 jaar indien mondzorg voor deze groep niet langer wordt vergoed. Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid is er daarom geen reden de mondzorg voor deze groep verzekerden als te verzekeren prestatie te handhaven en adviseert het CVZ tot uitstroom.

Dieetpreparaten

In het concept van Pakketadvies 2010 dat ter bestuurlijke consultatie aan belanghebbende partijen en aan de ACP is toegezonden, stelde het CVZ voor om dieetpreparaten te laten uitstromen als te verzekeren prestatie. Dit omdat het CVZ zich afvroeg of dieetvoeding voorziet in een behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in de considerans van de Zvw. Naar aanleiding van het advies van de ACP en de van

belanghebbende partijen ontvangen reacties concludeert het CVZ dat de vraag of dieetvoeding tot het domein van de Zvw behoort op dit moment niet voor de totale verstrekking van deze voeding eenduidig is te beantwoorden. In sommige gevallen maakt dieetvoeding zodanig onlosmakelijk deel uit van de medische behandeling, dat loskoppelen onverstandig is. Om die reden heeft het CVZ besloten op dit moment geen advies over dieetvoeding uit te brengen. Mogelijk kan wel een differentiatie plaatsvinden op basis van de pakketprincipes. Het CVZ wacht hiervoor eerst de evaluatie af van de pakketmaatregel die per 2009 is ingevoerd.

Zorg en middelen voor het voorbehoeden van zwangerschap

Het CVZ adviseert de zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap en de anticonceptiemiddelen niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie. Anders dan de ACP is het CVZ van oordeel dat een toetsing aan het doel van de Zvw, zoals geformuleerd in de considerans, tot de eenduidige conclusie leidt dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in een behoefte aan geneeskundige zorg. Om die reden is de conclusie gerechtvaardigd dat zorg en middelen voor het voorbehoeden van zwangerschap uitstromen uit het verzekerde pakket.

De aandoeningen die leiden tot medische indicaties voor het voorschrijven van anticonceptiemiddelen behoren wel tot het domein van de Zvw. Daarom heeft het CVZ hierover geoordeeld op basis van zijn pakketcriteria. Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid in combinatie met het pakketprincipe uitvoerbaarheid is het CVZ van oordeel dat anticonceptiemiddelen die worden voorgeschreven voor een medische indicatie voor eigen rekening kunnen komen. Doorslaggevende argumenten hiervoor zijn de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis en de ongewenste effecten die kunnen optreden bij een verschil tussen voorbehoeden en medische indicatie bij de financiering van deze middelen.

<i>In-vitrofertilisatie</i>	<p>Het CVZ constateert, mede op basis van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en van de WHO, dat infertiliteit een aandoening is en dat zorg die hierop betrekking heeft derhalve voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw. Vervolgens heeft het CVZ in kaart gebracht of IVF noodzakelijk te verzekeren zorg is. Het CVZ is van oordeel dat er vooralsnog onvoldoende redenen zijn om IVF op grond van het noodzakelijkheids criterium uit het basispakket te halen. Belangrijke argumenten hiervoor zijn naar de mening van het CVZ dat ongewenste kinderloosheid een hoge ziektelast met zich meebrengt en dat opname in het basispakket een belangrijke waarborg vormt voor voortdurende kwaliteitsontwikkeling. Daarnaast heeft het CVZ ook laten meewegen dat IVF niet los kan worden gezien van het totale aanbod aan fertiliteitszorg. Het CVZ zal in de toekomst wel nader onderzoek doen naar de (kosten)effectiviteit van IVF. Het CVZ zal tevens bestaande knelpunten en inconsistenties in de regelgeving in beeld brengen en waar nodig verbeteradviezen formuleren.</p>
<i>Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen</i>	<p>Tot slot adviseert de CVZ om vier hulpmiddelencategorieën functiegericht te omschrijven. Het betreft de hulpmiddelen te gebruiken bij: stoornissen in de functies van urinelozing en defacatie, bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel, bij stoornissen in het hematologische systeem en de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie.</p>
<i>Indicatiecriteria en vergoedingslimiet hoorhulpmiddelen</i>	<p>Bij de hoorhulpmiddelen adviseert het CVZ ook een wijziging van de indicatiecriteria waardoor het mogelijk wordt om ook bij een eenzijdig gehoorverlies (>35 dB) een hoortoestel te verstrekken. Bovendien adviseert het CVZ de huidige getrapte maximum vergoedingslimieten af te schaffen omdat die een goede marktwerking in de hoorzorg in de weg staan. Het CVZ komt met deze adviezen tegemoet aan de wens van de minister om de hulpmiddelenparagraaf in de Zvw functiegericht te omschrijven.</p>

***Financiële
consequenties***

Per saldo leiden de adviezen en standpunten in dit
Pakketadvies en het deelrapport Hulpmiddelenzorg tot een
kostenreductie van € 42 tot € 125 miljoen op jaarbasis.

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: Overzicht pakket 2010

1.a. Te verzekeren zorg

De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in aparte artikelen van het 'Besluit zorgverzekering' (Bzv) (artikelen 2.4 tot en met 2.15):

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die bieden;
- farmaceutische zorg (gesloten lijst);
- hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden die bieden;
- vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance, per auto of openbaar vervoer omvat.

In de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het BZV staat beschreven wat wel en niet onder deze te verzekeren prestaties¹¹ valt. Zo zijn er bijvoorbeeld beperkingen op de gebieden van in-vitrofertilisatie (IVF), plastische chirurgie, fysiotherapie en mondzorg. In de 'Regeling zorgverzekering' staan ook nadere bepalingen over de te verzekeren prestaties, onder meer voor farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Op grond van artikel 2.1 lid 2 van het Bzv worden inhoud en omvang van de hierboven opgesomde prestaties mede 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 en diensten (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

¹¹ Het CVZ hanteert het begrip 'te verzekeren prestatie' ter onderscheiding van de 'verzekerde prestatie' om aan te geven dat er een verschil is tussen wat in de Zvw staat en wat in de zorgverzekeringpolis staat. In de wet staat wat de verzekeraars moeten verzekeren. In de polis staat waar de verzekerde daadwerkelijk voor is verzekerd (hoe, door wie en waar).

In het 'Besluit zorgaanspraken AWBZ' (BZA) is de aard, inhoud en omvang van de zorg geregeld, waarop cliënten aanspraak kunnen doen in het kader van de AWBZ.

In artikel 2 van het BZA zijn vijf functies geformuleerd:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

Overige zorg die ten laste van de AWBZ verzekerd is, betreft:

- voortgezet verblijf
- aanvullende aanspraken bij behandeling en verblijf in dezelfde instelling (artikel 15)
- vervoer
- gebruik verpleegartikelen
- doventolkzorg
- prenatale zorg
- onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten
- vaccinaties.

Met ingang van 2010 is het verzekerde pakket op verschillende punten gewijzigd. Hieronder een opsomming van de belangrijkste wijzigingen in de Zvw:

- het mandibulair repositie apparaat maakt deel uit van de per 1 januari 2010 functiegericht omschreven aanspraak van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel;
- de productgebonden aanspraak op prothesen en pruiken is vervangen door de functiegerichte omschrijving: uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam;
- in het kader van de te verzekeren prestatie in vitro fertilisatie zijn de begrippen 'poging' en 'doorlopende zwangerschap' nader gedefinieerd;
- de maximumvergoeding voor haarwerken is verhoogd van € 294 naar € 383;
- middelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof zijn verwijderd uit het geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

Op het terrein van de AWBZ heeft geen pakketwijziging plaatsgevonden. Wel heeft een aanpassing plaatsgevonden van de Bijdrageregeling zorg AWBZ en van de Regeling over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten (Zorgindicatieregeling).

1.b. Zorguitgaven en -financiering

In 2010 kost de zorg die ten laste van de Zvw en de AWBZ komt naar verwachting ongeveer € 59,3 miljard. De Zvw neemt 60% van de uitgaven voor zijn rekening. In de tabel hieronder ziet u de verdeling van de totale uitgaven over de Zvw en AWBZ.

Zorguitgaven 2010

bron: Rijksbegrotingen 2010; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Verpleging en verzorging	12,3	21%
Gehandicaptenzorg	6,0	10%
Langdurige Geestelijke gezondheidszorg	1,6	3%
Persoonsgebonden budget	2,3	4%
Overige uitgaven + eigen betalingen (ongespecificeerd)	1,8	3%
Totaal uitgaven AWBZ	24,0	40%

Zvw

Eerstelijnszorg	3,9	7%
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	17,7	30%
Geneesmiddelen en hulpmiddelenzorg	6,9	12%
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3,5	6%
Overige uitgaven + eigen betalingen (ongespecificeerd)	3,2	5%
Totaal uitgaven Zvw	35,3	60%

Totaal der uitgaven AWBZ + Zvw	59,3	100%
---------------------------------------	-------------	-------------

Tegenover uitgaven staan ook inkomsten. De inkomsten bedragen in 2010 naar verwachting € 56,2 miljard, te weten € 21,1 miljard voor de AWBZ en € 35,2 miljard voor de Zvw.

Financiering van de Zorguitgaven

bron: Rijksbegrotingen 2010; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Procentuele premies AWBZ	19,7	35%
Eigen betalingen AWBZ	1,5	3%
Rijksbijdragen, overige inkomsten AWBZ	0,2	0%
Totaal financiering AWBZ	21,1	37%

Zvw

Inkomensafhankelijke bijdragen Zvw	17,5	31%
Nominale premie Zvw	14,1	25%
Rijksbijdragen, overige inkomsten	2,1	4%
Eigen betalingen Zvw	1,5	3%
Totaal financiering Zvw	35,2	63%

Totaal financiering via AWBZ + Zvw	56,2	100%
---	-------------	-------------

Voor de goede orde merkt het CVZ hierbij op dat de uitgaven en financiering niet sluitend zijn omdat deze deels ook betrekking hebben op voorgaande jaren.

Bijlage 2: Afkortingenoverzicht

ACP	Adviescommissie Pakket
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
Bza	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit zorgverzekering
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CSG	Centre for Society and Genomics
CSO	Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EPZ	Eerstelijnspsychologische zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IVF	In-vitrofertilisatie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MRA	Mandibulair repositie apparaat
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
QALY	Quality Adjusted Life Years
RVZ	Raad van de Volksgezondheid & Zorg
Rzv	Regeling zorgverzekering
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIP	Zorginnovatieplatform
ZIW	Zorginnovatiewijzer
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 3: Ledenlijst Adviescommissie Pakket

1. Mevrouw prof.dr. I.D. de Beaufort
2. De heer dr. C. Smit
3. De heer prof.dr. G.J. van der Wilt
4. De heer drs. M.C. Dekker
5. De heer prof.dr. J. Kievit
6. Vacature
7. De heer dr. P.C. Hermans
8. De heer dr. A. Boer
9. Mevrouw H.B.M. Grobbink CCMM

Bijlage 4¹²

Overzicht adviezen

- 1.** Stoppen met roken programma: te verzekeren zorg
21 april 2009
- 2.** Vergoeding diazepam bij spierspasmen
29 juni 2009
- 3.** Actualisatie nadere voorwaarden farmaceutische zorg
29 juni 2009
- 4.** Oxycodon / Naloxon (Targinact)
5 juni 2009
- 5.** Vervolgadvies vergoeding mucolytica
15 juni 2009
- 6.** Mondzorg achttien- tot tweeëntwintigjarigen
29 maart 2010
- 7.** Voorbehoeden van zwangerschap en anticonceptiva in de Zvw
29 maart 2010
- 8.** In-vitrofertilisatiebehandelingen: een verkenning
29 maart 2010
- 9.** Harmonisatie eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en
overige geneeskundige GGZ
4 mei 2009
- 10.** Signalement zorgzwaartebekostiging
29 juni 2009

¹² De adviezen en standpunten zijn opgenomen in een aparte uitgave bij het rapport Pakketadvies 2010.

- 11.** Heroriëntatie hulpmiddelen: vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld
16 juli 2009
- 12.** Heroriëntatie hulpmiddelen 2: vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld
30 november 2009
- 13.** Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket
1 december 2009
- 14.** Overzicht geneesmiddelenbeoordeling 2009

Overzicht standpunten

- 15.** DBC-beoordeling
Extracorporele fotofereze (ECP) bij steroid refractaire graft versus host ziekte (GVHZ)
20 april 2009
- 16.** Niet-chirurgische locoregionale behandeling van levertumoren
18 mei 2009
- 17.** Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard
Mei 2009
- 18.** Preventie van problematisch alcoholgebruik
29 juni 2009
- 19.** DBC-beoordeling
Transkatheter aortaklep- en pulmonalisklepimplantatie
14 juli 2009

20. Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ
25 augustus 2009
21. Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekerden prestatie Zvw
21 september 2009
22. De grens tussen geneeskundige GGZ (Zvw) en begeleiding (AWBZ)
14 december 2009
23. Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus
28 januari 2010
24. DBC-beoordeling
ABO incompatibele niertransplantaties met behulp van immunoabsorptie
10 februari 2010
25. Second opinion in de Zorgverzekeringswet
22 maart 2010
26. Zorg aan transseksuelen
- Aangezichtschirurgie
 - Reductie adamsappel
 - Foniatrie, logopedie, stemverhogende operatie
 - Toelichting: Psychische zorg en psychosociale hulp
- 22 maart 2010
27. Indicaties voor protonentherapie (deel 1)
- Intra-oculaire tumoren
 - Chordomen/chondrosarcomen
 - Pediatrische tumoren
- 23 maart 2010
28. Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden
23 maart 2010

29. Psychoanalyse en langdurige psychoanalytische psychotherapie
23 maart 2010
30. Interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking
9 maart 2010
31. Selectieve preventieve GGZ voor kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers
4 mei 2009
32. Lumbale discusprothese
19 mei 2009
33. Opsporing mensen met familiale hypercholesterolemie
29 juni 2009
34. Preventie van angststoornissen
25 augustus 2009
35. Vroege intensieve neurostimulatie bij volwassenen
25 augustus 2009
36. Meerwaarde van bilaterale cochleaire implantatie bij kinderen en volwassenen
16 november 2009
37. Neurofeedback als behandeling van ADHD
16 november 2009
38. MRA en gebitsaanpassing
14 december 2009
39. Actualisering chronische lijst:
Effectiviteit fysiotherapie en oefentherapie bij mensen met fibromyalgie
9 februari 2010

- 40.** DBC-beoordeling
Intra-artiële trombolysie bij een acuut herseninfarct
10 februari 2010

- 41.** Overzicht beoordeling van stand van de wetenschap en praktijk van
zorginterventies 2009

Bijlage 5

Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie Rapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 en de antwoorbrieven van CVZ

1. GGZ Nederland
d.d. 28 januari 2010
2. Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)
d.d. 10 februari 2010
3. Nefarma
d.d. 9 februari 2010
4. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst (KNMG)
d.d. 9 februari 2010
5. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
(NMT)
d.d. 10 februari 2010
6. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
d.d. 9 februari 2010
7. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
d.d. 11 februari 2010
8. Nederlandse Vereniging Audicien Bedrijven (NVAB)
d.d. 11 februari 2010
9. Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
d.d. 11 februari 2010
10. GAIN Audiologische Industrie Nederland
d.d. 11 februari 2010

11. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
d.d. 10 februari 2010
12. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
d.d. 11 februari 2010
13. Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)
d.d. 9 februari 2010
14. Rutgers Nisso Groep (RNG)
d.d. 11 februari 2010
15. Stuurgroep Ondervoeding
d.d. 11 februari 2010
16. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
d.d. 11 februari 2010
17. De Koepel van Ouderenorganisaties (CSO)
d.d. 11 februari 2010
18. Centrum Indicatiestelling Zorg
d.d. 12 februari 2010
19. ActiZ, organisatie van zorgondernemers
d.d. 15 februari 2010
20. Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en
handelaren van medische producten (Nefemed)
d.d. 11 februari 2010
21. Firevaned, brancheorganisatie hulpmiddelen
d.d. 11 februari 2010
22. Nederlandse brancheorganisatie voor medische technologie
(FHI)
d.d. 12 februari 2010

23. Orde van Medisch Specialisten (OMS)
d.d. 15 februari 2010
24. Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg
(NVIJ)
d.d. 21 januari 2010
25. College Adviserend Tandartsen (CAT)
d.d. 10 februari 2010
26. SOAIDS Nederland
d.d. 11 februari 2010
27. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
d.d. 19 februari 2010
28. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
d.d. 15 februari 2010
29. Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM)
d.d. 15 februari 2010
30. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
d.d. 23 februari 2010
31. Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatie Sector
(SIAC)
d.d. 16 februari 2010
32. Endometriose Stichting
d.d. 22 februari 2010



GGZNEDERLAND.....

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 XH DIEMEN

Datum
11 februari 2010
Contactpersoon
M. Strijdonck
Ons kenmerk
FA/mesk/cecs/120412/2010
Onderwerp
Reactie concept Pakketadvies 2010

Bijlage(n)

Doorkiesnummer
8977
Uw kenmerk
ZA/2010001987

Geachte mevrouw Den Haan

Naar aanleiding van uw verzoek sturen wij u onze reactie op het concept Pakketadvies 2010, zoals eerder per mail d.d. 28 januari 2010 aan u verzonden, hierbij nogmaals per brief.

Wij hebben het concept Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 ontvangen, waarvoor dank.

In de begeleidende brief vraagt het CVZ expliciet om een reactie op het hoofdrapport en de nieuwe adviezen. Omdat voor de ggz relevante standpunten en adviezen al eerder zijn uitgebracht, is onze reactie niet zozeer inhoudelijk, maar vooral procedureel van aard.

Hoofdstuk 5 gaat over standpunten. Hierin komen onder andere het belang van standpunten en mogelijke consequenties van standpunten aan de orde. Niet geheel duidelijk is of en wanneer partijen bij standpunten worden geconsulteerd voor input of geïnformeerd over uitkomsten. Zoals in het rapport staat, kunnen standpunten een grote impact hebben, onder andere voor zorgaanbieders. Juist daarom lijkt het ons van belang dat partijen ofwel geconsulteerd, maar in ieder geval tijdig worden geïnformeerd inzake standpunten. Graag vernemen wij wat het beleid van het CVZ is in deze. Overigens staat in het hoofdrapport op pagina 32 aangegeven dat 'als het CVZ via een standpunt bepaalt dat een zorgvorm tot het basispakket behoort, zorgverzekeraars hierover afspraken moeten maken met zorgaanbieders'. Daarnaast staat op dezelfde pagina omschreven hoe het CVZ omgaat met de ingangsdatum van een standpunt. Hierbij willen wij aangeven dat het in- en verkoopproces cyclisch verloopt. Afspraken tussen zorgaanbieders ggz en zorgverzekeraars over volume en prijs van zorg te verlenen in het volgende jaar (T+1) beginnen veelal in het najaar van het lopende jaar (T) en lopen door tot in sommige gevallen begin van het volgende jaar. Zeker als er sprake is van mogelijk omvangrijke wijzigingen als gevolg van een standpunt vinden wij het van belang dat hiermee rekening wordt gehouden.

Een hieraan gerelateerde vraag betreft het systeemadvies inzake eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en overige geneeskundige ggz uit mei 2009. Voor zover bekend is GGZ Nederland in deze niet geconsulteerd.

..... 

Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg

Piet Mondriaanlaan 50 / 52 • 3812 GV Amersfoort • Postbus 830 • 3800 AV Amersfoort • T 033 460 89 00 • F 033 460 89 99

info@ggz nederland.nl • www.ggz nederland.nl • KVK 40483580 • ING Bank 58.72.11.808



GGZNEDERLAND.....

Ook kunnen wij het definitieve advies niet achterhalen, zowel intern niet als via de site van het CVZ. Is het mogelijk dat wij het definitieve advies alsnog per post of digitaal ontvangen?

Tot slot geven wij alvast aan dat wij graag een meer structurele relatie met het CVZ willen aangaan. Tot op heden heeft contact vooral op ad hoc basis plaatsgevonden, bijvoorbeeld op basis van consultatie. Wij zijn van mening dat structureel overleg, bijvoorbeeld twee maal per jaar, meerwaarde kan hebben voor beide partijen. Hiertoe zullen wij op termijn aan de hand van het nieuwe organisatieschema van het CVZ contact opnemen. Vanwege personele wijzigingen zal dit waarschijnlijk pas in de maand april of mei plaatsvinden.

We vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht dit nog vragen of opmerkingen oproepen, dan horen we dat graag.

Met vriendelijke groet,

J.F. de Beer,
directeur.

GGZ Nederland
T.a.v. de heer J.F. de Beer
Postbus 830
3800 AV AMERSFOORT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
FA/mesk/cecs/120412/2010

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025592

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 De Beer,

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 geeft aan dat standpunten die het CVZ inneemt een grote impact kunnen hebben, onder meer voor zorgaanbieders. Daarom is het belang dat partijen tijdig geconsulteerd en geïnformeerd worden over in te nemen of ingenomen standpunten. U verwijst daarbij specifiek naar het in- en verkoopproces dat een cyclisch verloop kent. Verder brengt u naar voren dat GGZ Nederland niet is geconsulteerd bij het systeemadvies over de eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en de overige geneeskundige GGZ en verzoekt u het CVZ dat advies alsnog aan u te sturen. Tot slot wilt u graag een meer structurele overlegrelatie met het CVZ aangaan.

Het CVZ realiseert zich terdege dat standpunten, soms verstrekkende, gevolgen kunnen hebben voor de uitvoeringspraktijk. Om die reden heeft het CVZ in 'Een standpunt en dan?' (paragraaf 6.c. van het Pakketadvies 2010) een aantal consequenties die standpunten kunnen hebben in beeld gebracht. Het CVZ betreft belanghebbende partijen tijdig bij de totstandkoming van standpunten, zendt standpunten aan hen toe en plaatst deze ook op de website.

Voor het advies over de eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en de overige geneeskundige GGZ heeft geen consultatie plaatsgevonden. Dit advies vloeide feitelijk voort uit het rapport Preventie van depressie: verzekerde zorg?, waarvoor wel een consultatie had plaatsgevonden. In een eerder telefonisch overleg met u heb ik aangekondigd dit advies aan de minister van VWS uit te brengen. De brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over dit onderwerp heb ik u inmiddels toegestuurd.

Een meer structurele relatie met uw organisatie juicht het CVZ van harte toe. Het CVZ neemt contact met u op voor het maken van een afspraak.

2/ZA/2010025592

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
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 verstrekkingregeling, 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 (CVZ)
T.a.v. Mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Den Haag: 9 februari 2010

Kenmerk: JO/EB/2010/05846
Betreft: Reactie Nefarma op Pakketadvies 2010

Geachte mevrouw Den Haan,

Dank voor het toezenden van het Pakketadvies 2010 en de uitnodiging voor de interessante bijeenkomst van 28 januari 2010. Deze brief is een nadere toelichting op de toen door Nefarma ingebrachte punten.

Uitstroom anticonceptie middelen boven de 21 jaar

In uw advies geeft u aan dat er voor klachten van gynaecologische aard een uitzondering wordt gemaakt door het hormoonspiraaltje beschikbaar te houden in het basispakket. Voor zover wij kunnen nagaan zijn er echter ook andere anticonceptiva die een dergelijke indicatie hebben. Om ongelijkheid tussen behandelingen te voorkomen adviseren wij u deze middelen dan ook voor dit gebruik in het basispakket te handhaven.

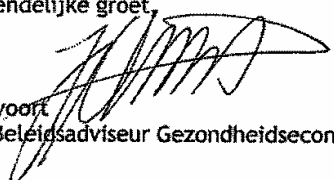
Behoren anticonceptiva tot geneeskundige zorg?

U stelt zichzelf in het advies deze vraag. Graag willen wij onze mening aan u meegeven. Uit de memorie van toelichting van artikel 10 van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering blijkt dat onder geneeskundige zorg verstaan wordt de zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Uit de nota bij artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering blijkt dat als een verzekerde een voorschrift mee krijgt om geneesmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener verbonden is, deze zorg onder farmaceutische zorg valt. Derhalve kan worden geconcludeerd dat anticonceptiemiddelen farmaceutische zorg en geen geneeskundige zorg zijn.

Als farmaceutische zorg heeft de minister middels de bijlage bij de Regeling Zorgverzekering de daarop genoemde anticonceptiva aangewezen als verzekerde zorg. Wil de Minister verandering brengen in de samenstelling van deze bijlage dan kan hij dat alleen bij ministeriële regeling doen en dan pas na aangeven door de verzekeraar (zie artikel 2.8 sub a van het Besluit Zorgverzekering).

Mocht u naar aanleiding van deze reactie nadere informatie willen dan kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,



Jan Oltvoort
Senior Beleidsadviseur Gezondheidseconomie

c.c. dr. A. Boer

Nefarma
t.a.v. de heer J. Oltvoort
Postbus 11633
2502 AP 'S-GRAVENHAGE

Uw brief van
9 februari 2010

Uw kenmerk
JO/EB/2010/05846

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010038097

Behandeld door
mw. drs. T.J. Duine

Doorkiesnummer
(020) 797 85 53

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Oltvoort,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010, onderdeel anticonceptie. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Anticonceptie

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.

In uw reactie noemt u twee punten.

- Ten eerste dat er naast hormoonspiraaltje ook andere anticonceptiva zijn die een dergelijke indicatie hebben.
- Ten tweede gaat u in op de vraag of anticonceptiva tot de geneeskundige zorg behoren. Naar uw mening moet deze vraag bevestigend worden beantwoord.

Reactie CVZ

Het CVZ is bekend met het feit, dat ook andere dan de in het advies genoemde middelen voor meerdere indicaties kunnen worden ingezet. Terecht stelt u dat er een zekere ongelijkheid kan optreden tussen verzekerden wanneer het ene geneesmiddel wel en het

andere niet vergoed wordt voor globaal dezelfde behandelingen. In het huidige advies is deze ongelijkheid weggenomen omdat alle middelen, ook het Mirenaspiraaltje, volgens het CVZ zouden moeten uitstromen.

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 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 u 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 van de Zvw genoemde algemene begrip geneeskundige 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
Dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

ONDERWERP
reactie KNMG op Pakketadvies 2010



UTRECHT
9 februari 2010

Geachte heer Boer,

REFERENTIE
CAu / 10-12936

Naar aanleiding van de bestuurlijke consultatie van het Pakketadvies 2010 dank ik u voor de toezending van de uitvoerige onderliggende rapporten alsmede het Pakketadvies 2010 zelf.

De KNMG kan zich op hoofdlijnen in dit advies vinden, maar heeft wel enkele opmerkingen. De KNMG heeft tijdens de bijeenkomst op 28 januari jl. deze opmerkingen verwoord. Bijgaand treft u deze reactie nogmaals aan met enkele toevoegingen op specifieke punten.

De KNMG heeft sinds het eerste CVZ Pakketadvies in 2007 bepleit dat het CVZ veel eerder dan nu deskundigen vanuit de landelijke artsenorganisatie bij de voorbereiding van pakketadviezen en -beslissingen moet betrekken. Dit vanwege de deskundigheid die in het veld bestaat, het draagvlak voor besluiten dat hiermee in het veld wordt verkregen, en het belang van het vermijden van opmerkelijke tegenstellingen tussen pakketbesluiten. Zo heeft de KNMG er in 2009 op gewezen dat epilatie van het perineo-scrotale vaginagebied bij transseksuelen wel wordt vergoed, maar accommoderende lenzen bij cataractoperaties niet. Bovendien is het door de DBC-financieringsystematiek niet mogelijk dat patiënten bijbetalen voor deze duurdere multifocale lenzen, waar zij vaak zelf wel voor willen kiezen. De KNMG hecht er werkelijk aan dat het CVZ de landelijke artsenorganisatie veel vroeger dan nu het geval is betrekt bij de discussie over pakketadviezen. Dit vergroot het draagvlak en geeft ruimte om adviezen zo nodig bij te stellen. Wellicht zou e.e.a. in een overleg nader kunnen worden toegelicht.

KNMG
Mooratortaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON
030-28 23 211

FAX
030-28 23 326

EMAIL
c.ausems@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

De KNMG heeft ook al meermalen aangegeven dat systeemadviezen voor de (middel)lange termijn van groot belang zijn voor de houdbaarheid van het pakket. Het CVZ dient hier naar onze mening een regisseursrol op zich te nemen. Bijvoorbeeld de discussie over rechtvaardige en duurzame zorg, enkele jaren geleden op de agenda gezet door RVZ-adviezen, zou door CVZ nieuw leven moeten worden ingeblazen. Dat geldt ook voor de discussie over het slechten van schotten tussen Zvw en AWBZ, waar al langere tijd een aantal toonaangevende en grotendeels eensluidende adviezen voor klaarligt. CVZ heeft, als aan de eerdergenoemde voorwaarde van het ruim en tijdig betrekken van het

beroepsveld wordt voldaan, voldoende mandaat voor het starten en voeren van die discussie.

Het nemen van de bepleitte regisseursrol moet de aller hoogste prioriteit krijgen in het licht van de adviezen die ambtelijke commissies gaan geven met betrekking tot structurele besparingsmogelijkheden in de cure en care ter waarde van € 6,5 en € 4,5 miljard.

De KNMG vindt dat richtlijnen nooit de basis en zeker niet de enige basis mogen worden voor de aard en omvang van het verzekerde pakket. Richtlijnen die volgens de regels der kunst zijn ontwikkeld en vastgesteld, zijn ervoor bedoeld om de arts te begeleiden in het kiezen van de beste diagnostiek, de beste behandeloptie(s) en de beste begeleiding van de individuele patiënt bij een klacht of een ziekte. De richtlijn is dus slechts een hulpmiddel voor artsen voor het bieden van kwalitatief goede, individuele patiëntenzorg.

Bij de overheid is een sterke tendens te bespeuren om aan richtlijnen voor het medisch handelen een veel grotere reikwijdte en betekenis toe te kennen dan volgens het veld gewenst en mogelijk is. Niet alleen kwaliteit maar ook doelmatigheid, samenwerkings- en ketenaspecten, organisatorische aspecten en het patiëntenperspectief moeten volgens de minister in richtlijnen worden opgenomen. Deze optuiging van richtlijnen staat op gespannen voet met de professionele verantwoordelijkheid van artsen, het recht van patiënten op de passende zorg, de ruimte die nodig is voor innovatie in de geneeskunde, en de reikwijdte en het toepassingsgebied van de richtlijnen zelf. De vergoeding van interventies zou volgens de overheid gekoppeld moeten of kunnen worden aan richtlijnen. Het baseren van aanspraken en vergoedingen op interventies in een richtlijn, zoals het ministerie van VWS voornemens lijkt te zijn, is niet conform het doel en de reikwijdte van een richtlijn en doet geen recht aan de medische zorgpraktijk. De aanspraak op en de vergoeding van interventies is per definitie een generieke maatregel, terwijl een richtlijn een hulpmiddel is om tot de best denkbare keuze te komen in een individueel geval. Daarnaast moet niet vergeten worden dat richtlijnen voor het medisch handelen gebaseerd zijn op een mix van evidence (van verschillende niveaus) en experience, en dat zij slechts een relatief bescheiden deel van het medisch handelen dekken. Dat betekent dat bij maatregelen, zoals VWS die overweegt, een groot gebied van het medisch handelen ten onrechte niet vergoed zou worden.

Last but not least, zijn innovatieve en offlabel toepassingen in de geneeskunde uiterst belangrijke mogelijkheden om aan grote groepen patiënten de noodzakelijke hulp te verschaffen die niet op een andere manier kan worden geboden. Zulke toepassingen blijven vrijwel per definitie buiten richtlijnen, maar moeten wel vergoed kunnen worden.

Het CVZ heeft aarzelingen bij het voorgenomen beleid van de minister, maar 'juicht wel toe dat er meer synergie komt tussen richtlijn en vergoedingsbeslissingen'. Het CVZ gaat ook zelf op die synergie sturen via het pakketbeheer. Het CVZ heeft aangekondigd dat te willen doen als uit monitoring blijkt dat er lacunes worden geconstateerd en onvoldoende sturing plaatsvindt wanneer richtlijnen ontbreken, overlappen, gedateerd zijn en onvoldoende worden nageleefd. Wat niet blijkt uit het Pakketadvies is welke plek de Regieraad heeft in gepast gebruik en met name het opstellen en naleven van richtlijnen, en hoe de rollen en functies van Regieraad, IGZ, NZa, zorgverzekeraars en CVZ op elkaar moeten worden afgestemd. De vraag is ook



UTRECHT
9 februari 2010

REFERENTIE
CAu / 10-12936



Beleid & Advies
Opleiding & Registratie
Medisch Contact & Artsen

of er behoefte is aan een rol voor het CVZ in dit al zo druk bezette toezichthoudersveld. De KNMG wil graag binnenkort met het CVZ over deze ontwikkelingen overleggen.

De KNMG wenst u tot slot alle wijsheid toe bij het afronden en uitbrengen van dit advies en is gaarne bereid tot nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, internist
voorzitter KNMG



UTRECHT
9 februari 2010

REFERENTIE
CAu / 10-12936

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot
bevordering der Geneeskunst
De heer prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman
Postbus 20051
3502 LB UTRECHT

Uw brief van
9 februari 2010

Uw kenmerk
CAu/10-12936

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025982

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 Nieuwenhuijzen Kruseman,

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.

Algemeen

U kunt zich in hoofdlijnen vinden in het Pakketadvies 2010, maar heeft wel enkele opmerkingen.

U bepleit dat het CVZ, veel eerder dan nu gebeurt, deskundigen vanuit de landelijke artsenorganisatie moet betrekken bij de voorbereiding van pakketadviezen en -beslissing. Dit vanwege deskundigheid die in het veld bestaat, het verkrijgen van draagvlak en om opmerkelijke tegenstellingen in pakketbesluiten te vermijden. Als voorbeeld noemt u de eerder ingenomen standpunten op het terrein van de epilatie van transseksuelen en de multifocale of accommoderende lenzen. Bij dit laatste tekent u aan dat het door de DBC-systematiek niet mogelijk is dat patiënten bijbetalen voor multifocale lenzen.

Het CVZ herkent zich niet in uw opvatting dat hij belanghebbende partijen te laat betreft bij de voorbereiding van adviezen en standpunten. Het CVZ betreft belanghebbende partijen, waaronder de koepelorganisaties van artsen, in een zo vroeg mogelijk stadium en ook op een systematische wijze bij het pakketbeheer. Dit geldt niet alleen voor het opstellen van de pakketagenda voor de komende jaren, maar ook voor het opstellen van individuele adviezen en standpunten, waarvan de planning en de te consulteren partijen zijn opgenomen op de website van het CVZ. Veelal richt het CVZ zich daarbij tot de Orde van Medisch Specialisten, de wetenschappelijke verenigingen of tot de Landelijke Huisartsen Vereniging. Dit gebeurt in mindere mate tot uw organisatie. Graag overleggen wij met u op welke wijze wij uw organisatie beter kunnen betrekken. Wij hebben inmiddels het initiatief daarvoor genomen.

Het CVZ is het met u eens dat de omvang van de effecten van standpunten kan verschillen. Of een bepaalde zorgvorm voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk beoordeelt het CVZ bijvoorbeeld op basis van een vrijwillige adviesaanvraag van een zorg-

verzekeraar of op verzoek van andere belanghebbende partijen. Hierin kan het CVZ niet sturend optreden. Het standpunt op het terrein van epilatie van transseksuelen is onderdeel van een breder project waarin het CVZ op verzoek van de bij de zorg aan transseksuelen betrokken organisatie aangeeft welke zorg tot de te verzekeren prestaties behoort. Over de multifocale en accommoderende lenzen heeft het CVZ geoordeeld dat deze zorg nog niet voldoet aan het wettelijk criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. In de loop van 2010 zal het CVZ in algemene zin rapporteren over de mogelijkheden voor patiënten om voor bepaalde zorgvormen bij te betalen.

Regisseursrol

U geeft aan dat systeemadviezen voor de (middel)lange termijn van groot belang zijn voor de houdbaarheid van het pakket. Het CVZ dient naar uw mening, mede in het licht van de heroverwegingsoperatie, een regisseursrol op zich te nemen, onder meer door de discussie over rechtvaardige en duurzame zorg nieuw leven in te blazen en door te adviseren over het slechten van de schotten tussen de Zvw en de AWBZ. Als het beroepsveld hier tijdig bij wordt betrokken, heeft het CVZ volgens u voldoende mandaat voor het voeren en starten van deze discussie.

Het CVZ deelt met u het belang van de houdbaarheid van het pakket. Het CVZ levert op verschillende manieren een bijdrage aan de houdbaarheid van het pakket. Zo organiseerde het CVZ in april 2009 het debat 'Noodzakelijk te verzekeren zorg' en staat hij in dit pakketadvies uitgebreid stil bij de winst die is te behalen door het bevorderen van gepast gebruik en de rol die de verschillende betrokken partijen daarbij vervullen. Ik kom op deze onderwerpen graag uitgebreid met u terug in ons aanstaande overleg.

Naar aanleiding van uw opmerking over het slechten van schotten tussen de AWBZ en de Zvw, merk ik op dat het CVZ in het pakketadvies 2009 heeft over de overheveling van de somatische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw. In de komende periode zal het CVZ op dit punt adviseren over de verpleging. In de loop van 2010 zal het CVZ een discussienota uitbrengen over de verzekering van de langdurige zorg.

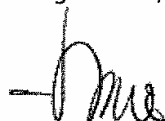
Richtlijnen

U bent van mening dat richtlijnen nooit de basis en zeker niet de enige basis mogen worden voor de aard en omvang van het verzekerde pakket. In het pakketadvies heeft het CVZ zijn aarzelingen weergegeven over het voorgenomen beleid van de minister op dit punt. Wel geeft het CVZ aan dat richtlijnen bij gepast gebruik een belangrijke rol hebben. U vraagt naar de rol van de Regieraad Kwaliteit van Zorg bij gepast gebruik en de afstemming van die rol met andere organen die daarin ook een plek hebben en wil hierover graag in overleg treden met het CVZ. Het CVZ is hiertoe uiteraard bereid.

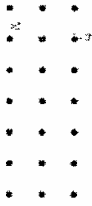
Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 29 maart 2010 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 vastgesteld. Dit gehoord het advies dat de Adviescommissie 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



NMT

Nederlandse Maatschappij
tot bevordering
der Tandheelkunde



CVZ

T.a.v. de weledelzeergeleerde heer
dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum 10 februari 2010
Ons kenmerk jsmk-82ag3dc
Contactpersoon drs. A.J. Rijnsburger
Telefoon (030) 6076202
E-mail a.j.rijnsburger@nmt.nl

Betreft: NMT- reactie op Consultatie Pakketadvies 2010

Geachte heer Boer,

Met verbazing hebben wij kennis genomen van uw Pakketadvies 2010 dat u ons ter consultatie heeft voorgelegd. Uw voornemen om de minister te adviseren het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden weer te beperken tot achttien jaar vinden wij zeer onverstandig. Wij worden in die mening gesterkt door uw uitspraken tijdens de consultatiebijeenkomst van 28 januari jl. Daarin werd door u aangegeven dat met name de uitstroom adviezen het resultaat zijn van een verzoek van VWS om in het kader van de zogenaamde heroverwegingsoperatie het pakket nogmaals kritisch door te lopen op zoek naar bezuinigingen. Dit terwijl u in uw eerdere Pakketadvies van najaar 2009 niet geadviseerd had het pakket te beperken. Het is opmerkelijk dat het CVZ nu tot de conclusie komt dat er op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid geen aanleiding is mondzorg voor 18- tot 22-jarigen te rekenen tot de verzekerde prestaties. Zeker gezien het feit dat de leeftijd juist in 2008 is opgehoogd tot 22 jaar vanwege de noodzaak tot voorkoming van hogere kosten.

De onderzoeken waarop het CVZ zich bij het huidige advies baseert, waren ook voorhanden toen het besluit tot het verhogen van de leeftijd tot 22 jaar in 2007 is genomen. Deze onderzoeken gaan over de jaren die vooraf gaan aan het besluit om het pakket per 1 januari 2008 uit te breiden. Onderzoeken over de jaren daarna zijn nog niet afgerond. Alleen al op basis hiervan vinden wij uw conclusie voorbarig, maar ook zijn er andere argumenten waarom uw advies naar onze mening de noodzakelijke inhoudelijke basis mist.

Voor ons staan de volgende inhoudelijke argumenten voorop om het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden tot 22 jaar ongewijzigd te laten.

- De groep van jong volwassenen tussen circa 17 en 22 jaar is sinds jaar en dag een bekende risicogroep. Zeker als ze zelfstandig gaan wonen, weten we dat deze jonge mensen tijdelijk ongezonder gaan leven en eten, nonchalanter omgaan met hun mondhygiëne en (vaak om financiële redenen) niet meer preventief naar de tandarts komen. In deze leeftijd is het glazuur van het gebit echter nog niet volledig uitgehard. Het is dan ook juist in deze leeftijdscategorie dat tandartsen veel schade zien ontstaan. De tandarts spreekt in dit verband de jongeren ook aan op leefgedrag en eetgewoonten.

NMT

- Tandartsen stellen steeds vaker vast, dat het cariësproces niet meer stopt. Daar waar het vroeger rond de leeftijd van 18 jaar een halt toegeeroepen kon worden, verschuift deze leeftijd. Deze tendens wordt bevestigd door het feit dat er juist voor de groep 18- tot 22-jarigen sprake is van meer ongevulde vlakken en een toename van het aantal restauraties.
- Bij zorgverzekeraars is een trend zichtbaar, die laat zien dat voor jongeren van 16 tot 18 jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd dan in jongere leeftijdsgroepen. Op het moment dat de mondzorg niet meer tot de leeftijd van 22 jaar is verzekerd, zal het aantal jaren dat geen periodieke controle plaatsvindt alleen maar toenemen.
- Alle bovengenoemde redenen leiden tot hogere kosten op latere leeftijd. Het onderzoek "Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ)"; een onderzoek naar veranderingen in de mondgezondheid en preventief tandheelkundige gedrag (Eindmeting 2005, ACTA en TNO Kwaliteit van Leven door dr. J.H.G. Poorterman en dr. A.A. Schuller) laat op basis van klinisch onderzoek van 17- en 23-jarigen een toename van cariës en tandsteen, een slechtere parodontale conditie en de aanwezigheid van erosieve gebitsslijtage zien.
- Uit onderzoek door de NMT (Uitkomsten onderzoek Tandheelkundige Consumptie 2006-2008) blijkt dat het aantal tandartsbezoeken door 18- tot 21-jarigen ongeveer 10% lager is dan in de groep 10- tot 17-jarigen.

Uit de bovenstaande punten blijkt duidelijk dat er wel degelijk sprake is van een verhoogd risico voor de betreffende groep. Dit blijkt uit dezelfde onderzoeken als waarop het CVZ zich baseert. Dit wekt bij ons de indruk dat er nu wordt gekozen voor een korte termijn financiële besparing ten koste van een zorginhoudelijk belang op lange termijn. Daarover is in het pakketadvies niets opgenomen. Indien er sprake zou zijn van een keiharde bezuinigingsdoelstelling, dan is daartegen weinig kruid gewassen, maar laat het CVZ dat dan ook duidelijk aangeven.

Ook gaat het advies volledig voorbij aan de zwaarwegende overwegingen, die in 2008 tot pakketuitbreiding hebben geleid. Het besluit van de huidige minister van VWS om met ingang van 2008 de aanspraak voor jeugdige verzekerden te verhogen van 18 tot 22 jaar was een uitvloeisel van het in 2007 gesloten coalitieakkoord. Daarin was afgesproken om extra geld (€ 185 mln.) beschikbaar te stellen voor de mondzorg. Op verzoek van de Tweede Kamer is dit extra geld gebruikt voor de verhoging van de leeftijd waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg. Sindsdien zijn er geen inhoudelijke argumenten bekend om het beleid te wijzigen en hebben wij van uw organisatie hierover ook geen formele reactie ontvangen.

Wij verzoeken u dan ook vriendelijk doch dringend om uw advies op basis van bovenstaande argumenten aan te passen en het recht op mondzorg voor de jeugdige verzekerden niet te beperken. De NMT is graag bereid hierover met u in overleg te treden.

Met vriendelijke groet,



Mevr. N.M. Kroezen
secretaris

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Tandheelkunde
t.a.v. mevrouw N.M. Kroezen
Postbus 2000
3430 CA NIEUWEGEIN

Uw brief van
10 februari 2010

Uw kenmerk
jsmk-82ag3dc

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010026217

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw Kroezen,

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 u het advies om het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar zeer onverstandig vindt. U geeft aan in uw mening gesterkt te worden door de toelichting die ik tijdens de consultatiebijeenkomst van 28 januari jl. heb gegeven. Tijdens die bijeenkomst heb ik aangegeven dat een aantal voorstellen mede voortkomt uit de wens een suggestie te doen in het kader van de heroverwegingsoperatie. Dit verklaart waarom het CVZ het advies nu uitbrengt. De verhoging van de leeftijd naar tweeëntwintig jaar heeft niet, zoals u stelt, plaatsgevonden ter voorkoming van hogere kosten. In de Nota van toelichting van het Besluit van 29 augustus 2007 tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de prestatie mondzorg op grond van de Zorgverzekeringswet staan de overwegingen genoemd die voor het kabinet aanleiding waren de leeftijd te verhogen naar tweeëntwintig jaar.

Het is juist dat een deel van de onderzoeken waarop het CVZ zich baseert ook voorhanden was toen het besluit tot 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.

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. Er bestond naar het oordeel van het CVZ geen zorginhoudelijke aanleiding de leeftijd te verhogen van achttien naar tweeëntwintig jaar.

In uw reactie geeft u verder aan dat de groep van jong volwassenen tussen circa zeventien en tweeëntwintig jaar sinds jaar en dag een bekende risicogroep vormt. Dat deze groep een risicogroep zou vormen is mogelijk, maar blijkt niet uit de onderzoeken die het CVZ heeft laten uitvoeren.

Het is juist dat er een significante toename is in het aantal carieuze vlakken bij twintigjarigen in 2003 ten opzichte van 1996/7. Voor deze twintigjarigen geldt echter dat er sprake is van een significante daling van het aantal restauraties. Voor de nadien onderzochte zeventien- en drieëntwintigjarigen geldt dat de zeventienjarigen in 2005 ten opzichte van 1999 een significante daling laten zien van het aantal door cariës aangetaste vlakken en de drieëntwintigjarigen een significante daling van het aantal restauraties. Er is dus geen aanleiding om in het algemeen te stellen dat er bij de groep van achttien tot tweeëntwintigjarigen sprake is van meer carieuze vlakken en een toename van het aantal restauraties.

Indien er sprake is van een trend dat er voor jongeren van zestien tot achttien jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd, lijkt het er op dat het tot de te verzekeren prestaties behoren van deze zorg niet bepalend is voor het tandartsbezoek. Hier spelen blijkbaar andere factoren een rol. Het voorgestelde advies raakt deze groep niet.

Dat onderzoek uit 2005 een toename van tandsteen laat zien bij zeventienjarigen is juist een toename van tandsteen bij drieëntwintigjarigen blijkt niet uit het onderzoek. Mondzorg voor zeventienjarigen is een te verzekeren prestatie. Het percentage gawe gebitten is bij zeventienjarigen in 2005 significant beter dan in 1999, evenals het DMFT-getal bij drieëntwintigjarigen.

Het onderzoek uit 2005 laat geen slechtere parodontale conditie zien. Er werd geen verschil gevonden tussen 1999 en 2005 voor het gemiddelde aantal pockets per persoon. Bij deze uitkomsten moet worden opgemerkt dat de reproduceerbaarheid van het meten van pockets slecht is en daardoor de betrouwbaarheid beperkt. Uit onderzoek uit 2005 komt naar voren dat zeventienjarigen in 2005 al meer tekenen van gebitsslijtage lijken te vertonen dan drieëntwintigjarigen. Bij cijfers over gebitsslijtage moet worden opgemerkt dat de betrouwbaarheid van het meten ervan eveneens beperkt is.

In het coalitieakkoord van 2007 was afgesproken om de jaarlijkse periodieke tandheelkundige controle voor volwassenen in het basispakket op te nemen. Tweede Kamerlid Van der Veen heeft destijds een motie ingediend waarin de regering werd verzocht de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdigen van achttien jaar tot en met tweeëntwintig jaar te verruimen. Deze motie is door de Tweede Kamer aangenomen en door het kabinet overgenomen. De verhoging van de leeftijd is daarmee een uitvloeisel van een politiek besluitvormingsproces. Het CVZ komt op grond van zorginhoudelijke overwegingen, in relatie met de door het CVZ gehanteerde pakketprincipes, tot het advies om het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

Hierboven ben ik op de door u ingebrachte argumenten ingegaan. Het CVZ ziet geen aanleiding het advies aan te passen.

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).

3/ZA/2010026217

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 in a cursive style.

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



nederlands huisartsen
genootschap

...

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. Mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
☎ 030-282 35 00
✉ 030-282 35 01
info@nhg.org

Utrecht, 11 februari 2010

Uw kenmerk : ZA/2010001987

Ons kenmerk : CVZ 10-01/uit/LG/MV/hp

Onderwerp : reactie NHG op conceptadvies anticonceptie

Geachte mevrouw Den Haan,

In uw brief van 14 januari 2010 vraagt u om commentaar van het Nederlands Huisartsen Genootschap op het conceptadvies anticonceptiemiddelen en dieetvoeding. Voor onze reactie ten aanzien van dieetvoeding verwijzen we naar de uitgebreide reactie van de stuurgroep ondervoeding die tevens namens het NHG opgesteld is.

Wat betreft het concept-advies over anticonceptie willen wij graag de volgende kanttekening plaatsen. Anticonceptiva worden in onze NHG-Standaarden ook voor andere doeleinden dan voor anticonceptie aanbevolen, zoals bijvoorbeeld voor acne, menorrhagie, dysmenorrhoea en endometriose. Voor de opmerking in het conceptadvies dat 'andere indicaties niet goed zijn na te gaan' vinden wij geen goede onderbouwing terug.

Als voorbeeld verwijzen wij u naar de NHG-Standaard Acne. In deze standaard geven wij bij acne niet langer de voorkeur aan een pil met cyproteronacetaat (Diane), maar aan de gebruikelijke anticonceptiepil met levonorgestrel. Op grond van gebrek aan gepubliceerde studies van superieure effectiviteit met cyproteronacetaat, naast gegevens over een groter tromboserisico met cyproteronacetaat, is bij acne ethinylestradiol/levonorgestrel eerste keus. Dit wordt in het huidige CVZ-conceptvoorstel niet vergoed, terwijl het preparaat met ethinylestradiol/cyproteronacetaat wel vergoed blijft. In de praktijk zou dit kunnen leiden tot een ongewenste verschuiving naar ethinylestradiol/cyproteronacetaat, omdat dit middel een verhoogd tromboserisico heeft.

Advies CVZ

Samengevat plaatsen wij kanttekeningen bij het door CVZ opgestelde advies over anticonceptie, omdat het voorschrijven voor andere indicaties dan anticonceptie door de maatregel in het gedrag kan komen. Er wordt op grond van praktische overwegingen in het huidige concept wel een uitzondering gemaakt voor het hormoonspiraaltje en voor de pil met cyproteronacetaat, maar niet voor de in NHG-Standaarden aangegeven en hierboven genoemde



**nederlands huisartsen
genootschap**

andere indicaties. Op grond van deze kanttekeningen, gevoegd bij het feit dat de huidige eerstekeus orale anticonceptiva een zeer gunstige prijs/kwaliteit verhouding hebben geven wij u in overweging 'de pil' in het basispakket te laten.

Met vriendelijke groet,

Dr. A.N. Goudswaard, huisarts,
Hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Huisartsen Genootschap
t.a.v. de heer dr. A.N. Goudswaard, huisarts
Postbus 3231
3502 GE UTRECHT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
CVZ 10-01/uit/LG/MV/hp

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010041938

Behandeld door
mw. drs. T.J. Duine

Doorkiesnummer
(020) 797 85 53

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010

Geachte heer Goudswaard,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010, onderdeel anticonceptie. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Dieetvoeding

Voor de reactie van het CVZ over dieetvoeding, verwijst ik naar de brief aan de Stuurgroep Ondervoeding d.d. 2 april 2010 (bijlage).

Anticonceptie

Het CVZ heeft ten opzichte van het conceptrapport dat u toegestuurd heeft gekregen, het advies op een aantal punten gewijzigd. Dit is het gevolg van het feit dat het CVZ de al aangekondigde vraag, of anticonceptie wel past binnen het domein van de Zvw, ontkennend heeft beantwoord. Dit betekent dat anticonceptiemiddelen ten behoeve van het voorbehoeden niet tot het te verzekeren pakket behoren, ook niet voor vrouwen onder de 21 jaar.

Uw reactie heeft dus betrekking op een beperkter uitstroomadvies. De strekking van uw commentaar is in de optiek van het CVZ grotendeels ook van toepassing op het huidige advies. Hieronder gaat het CVZ in op uw reactie.

U 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 eerstekeus orale anticonceptiva hebben een zeer gunstige prijs/kwaliteitverhouding en kunnen naar de mening van de NHG beter in het basispakket blijven.

Reactie CVZ

Het CVZ is het eens met uw argument dat de verschillende hormonale anticonceptiva worden ingezet voor diverse klachten en aandoeningen.

2/ZA/2010041938

In een algehele afweging heeft het CVZ er toch voor gekozen om de anticonceptiemiddelen in zijn geheel te laten uitstromen. Doorslaggevend hiervoor zijn geweest 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. De door u genoemde gunstige prijs/kwaliteitverhouding ziet het CVZ juist als een zwaarwegend argument waarom deze behandeling onder de eigen verantwoordelijkheid kan vallen.

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 al 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 principieel 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 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 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

voorgescreven 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.

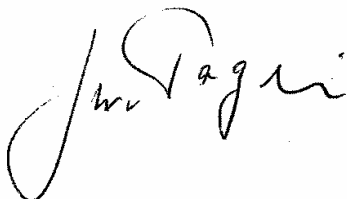
De vereniging GAIN is bereid wel expertise beschikbaar te stellen voor het ontwikkelen van protocollen die de keuze en aanpassing van hoortoestellen transparant maakt.

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 allerm minst 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



VNG

Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

CVZ College voor zorgverzekeringen
T.a.v. : de heer Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

doorkiesnummer	uw kenmerk	bijlage(n)
(070) 373 8835	ZA/20100001967	
betreft	ons kenmerk	datum
Consultatie Pakketadvies 2010	BAOZW/U201000308	11 februari 2010

Geachte heer Boer,

Op uw vraag gesteld in uw brief van 14 januari 2010 in het kader van de bestuurlijke consultatie pakketmaatregelen reageren wij als volgt.

U doet onder meer het voorstel alle dieetpreparaten cq. dieetvoeding voor medisch gebruik over te hevelen naar het gemeentelijke domein en de bekostiging onder te brengen in bijvoorbeeld de Wmo of de bijzondere bijstand. Dit omdat dieetpreparaten tot voeding behoren en niet tot zorg gerekend kunnen worden.

Wij kunnen niet instemmen met dit voorstel. De redenen daarvoor zijn de volgende.

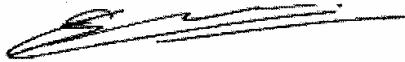
Het ligt onzes inziens inhoudelijk in de rede voor deze patiënten de noodzakelijke dieetpreparaten vanuit het zorgdomein te (blijven) bekostigen en zeker niet om deze in het gemeentelijk domein onder te brengen. Het betreft hier immers speciale diëten verbandhoudende met een, veelal ernstige, ziekte zoals kanker, stofwisselingsstoornissen, Cystic Fibrose, congenitaal hartfalen, ziekte van Crohn etc. Als gevolg daarvan riskeren de patiënten ondervoeding en zijn bepaalde dieetpreparaten noodzakelijk voor de gezondheid.

Vanuit de medische achtergrond past voorts de bekostiging niet in de doelstelling van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo is wat de compensatieplicht betreft gericht op participatie en zelfredzaamheid in de samenleving. Het is geen voorzieningenwet noch een vertrekkingenwet. Noch een wet die verplicht tot vergoeding van bepaalde kosten. Evenmin past de dieetvoeding in de bijzondere bijstand. Doel van de Wet werk en bijstand (Wwb) is personen met een laag inkomen financieel te steunen bij noodzakelijke uitgaven die vanwege de omvang ervan voor hen onoverkomenlijk zijn. Vergoeding in het kader van bijzondere bijstand betreft incidentele uitgaven. In het geval van de dieetpreparaten gaat het echter om structurele uitgaven, die om medische redenen noodzakelijk zijn. Bekostiging vanuit de bijzondere bijstand ligt derhalve principieel niet voor de hand.

Tevens is de vraag welke eventuele verplichtingen van de gemeente in deze worden verondersteld. De gemeenten zijn voorts niet zelf in staat te beoordelen of een patiënt een bepaald dieet dient te volgen. Daarvoor zal een medisch advies moeten worden overlegd of ingewonnen en in elke individuele case een beschikking moeten worden genomen. De bureaucratie die hiermee gecreëerd zou worden is als administratief belastend aan te merken.

Een afschrift van deze brief zenden wij naar het ministerie van VWS en de Stichting Patiëntenbelang Vergoeding Dieetpreparaten.

Hoogachtend,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name, possibly 'S.E. Korthuis', written over a horizontal line.

Mevrouw mr. S.E. Korthuis
lid directieraad

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
T.a.v. mevrouw S.E. Korthuis
Postbus 30435
2500 GK 'S-GRAVENHAGE

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
BAOZW/U201000308

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010027492

Behandeld door
P.K. Cheung

Doorkiesnummer
(020) 797 88 10

Onderwerp
Pakketadvies dieetvoeding

Geachte mevrouw Korthuis,

Op verzoek van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een reactie opgesteld op ons conceptadvies "Herziening vergoeding dieetpreparaten". U geeft aan dat u niet kan instemmen met het voorstel. 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.


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 'adequaat'.**
Voorspelbaar is dat in de driehoek 'verzekeraar' – 'patiënt' – 'hoortoestelverkoper' logischerwijs verschil van inzicht ontstaat over de invulling van 'functioneel', 'doelmatig' en 'adequaat'. 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 allerm minst 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.

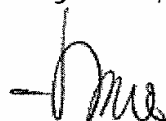
Naar de mening van het CVZ biedt het voorgestelde artikel 2.10 voldoende waarborgen om in deze kwesties hulpmiddelen te verstrekken. In artikel 2.10, eerste lid, onder a, wordt - *naast* de indicatie van tenminste 35 dB gehoorverlies - ernstig oorsuizen als indicatie voor gehoorhulpmiddelen genoemd. 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

College voor zorgverzekeringen (CVZ)
Pakketadvies
T.a.v. mevrouw de Haan
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht : 11 februari 2010
Ons kenmerk : 1102025/IvdV/CS
Betreft : **standpunt Rutgers Nisso Groep rondom het pakketadvies 2010 met als onderwerp anticonceptie**

Geachte mevrouw De Haan,

Graag reageert de Rutgers Nisso Groep, kenniscentrum seksualiteit, op het voorgenomen advies van het CVZ om anticonceptie voor vrouwen vanaf 21 jaar niet meer op te nemen in de basisverzekering. In deze brief lichten wij ons standpunt toe:

Discontinuïteit

Tot 2004 was anticonceptie voor 20+ vrouwen nog opgenomen in het ziekenfondspakket. In 2004 werd anticonceptie voor vrouwen boven de twintig niet meer vergoed. Vier jaar later werd besloten anticonceptie opnieuw toch op te nemen in het basispakket voor 20+ vrouwen. Nu, twee jaar later, wordt voorgesteld anticonceptie voor deze groep weer uit het basispakket te halen. Dit leidt tot verwarring en onduidelijkheid onder veel vrouwen en professionals.

Inconsistent beleid

Staatssecretaris Bussemaker, heeft in haar beleidsbrief "Seksuele gezondheid" d.d. 27 november 2009, nog een lans gebroken voor laagdrempelige toegang tot betrouwbare en betaalbare anticonceptie voor iedereen. In de brief verwijst zij naar de genomen maatregel in 2008 waarin anticonceptie in het basispakket is opgenomen, zodat dit voor iedereen vrij toegankelijk is. Het advies om anticonceptie voor 20+ vrouwen niet meer te vergoeden via het basispakket staat volgens ons haaks op deze beleidsbrief. Terugdringen van ongewenste en onbedoelde zwangerschappen en abortus is juist tot speerpunt gemaakt van het preventiebeleid.

Nederland als gidsland

In internationale verdragen, die ook door Nederland zijn ondertekend, is seksuele en reproductieve gezondheid een basisrecht voor iedereen. Nederland heeft sinds de laatste jaren in vergelijking met veel Europese landen een hoge standaard bereikt op het terrein van seksuele en reproductieve gezondheid. Anticonceptie is breed geaccepteerd en geboorteregeling is in Nederland bijna een vanzelfsprekendheid. Nederland kent als één van de weinige landen een laag aantal onbedoelde zwangerschappen, een zeer laag aantal tienermoeders en lage abortuscijfers. Nederland is hierin een gidsland voor andere landen. Onze

geloofwaardigheid wordt aangetast als we in het buitenland maatregelen bepleiten die we in ons eigen land niet kunnen waarmaken.

Anticonceptie als preventieve zorg

Anticonceptie is in strikte zin genomen geen vorm van geneeskundige zorg. Anticonceptie is immers niet gerelateerd aan een ziekte of aandoening of een hoog risico hierop. Anticonceptie is een preventieve methode om onbedoelde of ongeplande zwangerschap te voorkomen en bij te dragen aan adequate geboorteregeling.

Kosten eenzijdig op schouders van vrouwen

Er zijn voor vrouwen meer dan 30 vormen van anticonceptie beschikbaar. Voor mannen zijn alleen het condoom en sterilisatie beschikbaar als anticonceptiemethoden. Vanuit het recht op zelfbeschikking en gezien het feit dat vrouwen vooral de fysieke gevolgen ervaren van een (onbedoelde) zwangerschap, is het van groot belang dat vrouwen zorg dragen voor goede anticonceptie. Echter met deze maatregel komen de kosten voor anticonceptie eenzijdig op de schouders van vrouwen terecht.

Ongelijkheid in de samenleving

Ongewenste effecten zoals een toename van onbedoelde zwangerschappen, abortus en geboorte en opvoeding van een niet gepland kind, kunnen door de voorgestelde maatregel niet uitgesloten worden. Met name minder draagkrachtige groepen zullen - zeker in tijden van economische recessie - hiervan de dupe worden.

Hieronder gaan we nader in op de criteria en argumentatie van het CVZ om anticonceptie niet meer op te nemen in het basispakket:

1. Noodzakelijkheid van de maatregel

Het CVZ concludeert dat de zorg voor anticonceptie voor eigen rekening kan komen van de cliënt gezien de geringe kosten van de goedkoopste eerste keus anticonceptiemiddelen. Gelet op de kosten voor de goedkoopste anticonceptiepil zouden consumenten op jaarbasis gemiddeld 60 euro betalen als eigen bijdrage aan kosten voor anticonceptie.

- Er zijn echter anticonceptiemiddelen naast de anticonceptiepil die duurder zijn maar gemakkelijker in gebruik en met minder risico op falen. De kosten voor andere vormen van hormonale anticonceptie zoals de anticonceptie pleister, prikpil of vaginale ring vallen hoger uit en kunnen variëren van € 80 tot € 120 per jaar.
- Ervan uitgaand dat seksueel actieve vrouwen in de vruchtbare leeftijd gemiddeld twintig tot 25 jaar anticonceptie gebruiken, vallen de kosten op termijn veel hoger uit, namelijk minimaal € 1200.
- Het CVZ verwacht dat vrouwen, als ze zelf de kosten moeten betalen voor anticonceptie, kiezen voor de goedkoopste vormen van anticonceptie. In de meeste gevallen is dit de anticonceptiepil. Het CVZ realiseert zich onvoldoende dat juist de anticonceptiepil een groot risico heeft op falen en niet voor iedereen geschikt is. Een derde van de abortuscliënten in 2008 heeft de anticonceptiepil weliswaar gebruikt maar deze bleek niet effectief genoeg om een zwangerschap te voorkomen. Vrouwen moeten ook zonder financiële barrières toegang hebben tot andere anticonceptiemethoden en een anticonceptiemethode kunnen kiezen die bij hen past.
- Als 20+ vrouwen zelf de kosten moeten dragen voor anticonceptiemiddelen zullen bepaalde groepen eerder afzien van een bepaalde anticonceptiemethode of minder betrouwbare methoden verkiezen. De keuzevrijheid en toegang tot betrouwbare anticonceptiemethoden worden hiermee teniet gedaan met alle risico's van dien.

- Naast de door het CVZ genoemde risicogroep (namelijk jongeren tot 21 jaar), zijn er ook nog andere risicogroepen die juist extra kwetsbaar zijn en minder goed in staat anticonceptie adequaat te gebruiken.
 - A. leeftijd arbitrair:

Uit de Landelijke Abortus Registratie over 2008 komt naar voren dat ook de leeftijdsgroep 21 tot 25 jarigen en de leeftijdsgroep 25 tot 30 jarigen een groot risico lopen op ongewenste zwangerschap en abortus. Het abortuscijfer bij de eerste groep wordt geschat op 15 per 1.000 vrouwen en bij de 25 tot 30 jarigen op 12,2 per 1000 vrouwen. Als we kijken naar de abortusratio dan blijkt dat in de leeftijdsgroep van 20 tot 25 jarigen 30,7 per 100 zwangere vrouwen voor een abortus kiest en bij de leeftijdsgroep 25 tot 30 jarigen 10,6 per 100 zwangere vrouwen. Naarmate vrouwen ouder worden neemt het risico op abortus verder af. De abortusratio neemt echter ook bij het ouder worden weer toe (namelijk 25% bij vrouwen ouder dan 40 jaar) terwijl het abortuscijfer in deze leeftijdsgroep relatief laag is, namelijk 3,5 %.
 - B. allochtone groepen extra risico

Uit de Landelijke Abortus Registratie komt tevens naar voren dat meer dan de helft van de abortuscliënten een niet Nederlandse achtergrond heeft. Turkse en Marokkaanse vrouwen gebruiken vaker geen anticonceptie. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen rapporteren eerder onbedoelde zwangerschappen en kiezen vaker voor een abortus. Een derde van alle abortuscliënten heeft al eerder één of meer abortussen laten uitvoeren. Bij allochtone vrouwen is dit de helft. Het is aannemelijk dat deze groepen voor een groot deel ook minder financieel draagkrachtig zijn, hetgeen hen tot een extra risicogroep maakt.
 - C. laag opgeleide en minder draagkrachtige groepen

Er zijn geen gegevens bekend over de opleidingsachtergrond of sociaal economische status van abortuscliënten. Om privacy redenen worden alleen leeftijd, burgerlijke staat en etnische achtergrond geregistreerd. Uit onderzoek onder jongeren tot 25 jaar is bekend dat met name de laag opgeleide jongeren meer seksuele risico's lopen en minder goed in staat zijn anticonceptie effectief te gebruiken. Voor de laag opgeleide groepen, meestal ook financieel minder draagkrachtig, kunnen kosten voor anticonceptie een reële barrière opwerpen voor toegang tot betrouwbare anticonceptie.
- De Rutgers Nisso Groep acht het gerechtvaardigd om vanuit het solidariteitsbeginsel juist op te komen voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. Het CVZ veronderstelt dat de kosten voor anticonceptie voor het merendeel van de vrouwen gemakkelijk op te brengen is. Wij plaatsen hier voor deze kwetsbare groepen grote vraagtekens bij.

2. Kosteneffectiviteit

Met de uitstroom van anticonceptie uit het basispakket wordt een belangrijke kostenbesparing verwacht.

- De kosteneffecten van een maatregel die gericht is op uitstroom van anticonceptie is lastig in te schatten. Sinds de invoering van het eigen risico in 2008 betalen (vooral relatief gezonde) vrouwen namelijk zelf hun anticonceptie via de verplichte eigen bijdrage. De maatregel zal dan ook zeker niet de te verwachten 58,8 miljoen opleveren.
- Het is derhalve van belang dat ook andere vormen van anticonceptie, zoals bijvoorbeeld niet-orale hormonale anticonceptie, het koperhoudend spiraaltje en sterilisatie deel blijven uitmaken van het basispakket. Sommige middelen zijn namelijk effectiever in gebruik, betrouwbaarder, duurzamer en gebruiksvriendelijker. Het is aan vrouwen zelf om hierin weloverwogen keuzen te maken zonder belemmerd te worden door kosten.
- Ook de morning-afterpil is een belangrijke methode om na onveilige seks een onbedoelde zwangerschap te voorkomen. Jaarlijks worden 140.000 morning-

afterpillen verkocht. Het niet meer vergoeden van de morning-afterpil via het basispakket kan eveneens een onnodige financiële barrière opwerpen.

- De maatregel om bepaalde anticonceptie boven de 20 jaar alleen te vergoeden voor vrouwen met gynaecologische klachten (zoals ernstig bloedverlies) vinden we onacceptabel. Het hormoonspiraaltje wordt immers vaak voorgeschreven en toegepast bij vrouwen die een hoog risico lopen op een abortus of een abortus hebben ondergaan. Het hormoonspiraaltje biedt veel vrouwen een effectievere bescherming dan de anticonceptiepil
- Nog steeds komen er nieuwe anticonceptiemiddelen op de markt. Voor effectief gebruik is het van belang dat vrouwen hierin zelf optimale keuzen kunnen maken zonder belemmerd te worden door de kosten
- Last but not least: anticonceptie in het basispakket levert juist een kostenbesparing op! Als vrouwen vanwege de kosten besluiten geen anticonceptie aan te schaffen, zullen de risico's op onbedoelde zwangerschap en abortus immers toenemen. Met relatief weinig kosten kunnen hoge kosten voor geneeskundige maar ook psychosociale zorg bij onbedoelde of ongewenste zwangerschappen, abortushulpverlening en nazorg bespaard worden. De consequenties van falende geboorteregeling zijn immers psychisch en fysiek zeer ingrijpend. Goede preventie betaalt zichzelf uiteindelijk terug en de kosteneffectiviteit is daardoor hoog.

3. Effecten van eerdere pakketmaatregelen

In het verleden zijn eerder pakketmaatregelen genomen waarbij anticonceptie wel of niet in het basispakket werd opgenomen. In 2004 werd anticonceptie uit het ziekenfondspakket gehaald. In die periode werd verondersteld dat het effect van deze maatregel zou leiden tot minder betrouwbare anticonceptievormen of anticonceptiegebruik waardoor er meer abortussen zouden plaatsvinden. Een half jaar na deze maatregel is via een internetpanel met 2151 vrouwen onderzoek gedaan naar eventuele veranderingen in anticonceptiekeuze, anticonceptiegebruik en het voorkomen van ongeplande zwangerschappen. Enkele uitkomsten:

- Het anticonceptiegebruik in 2004 bleek niet noemenswaardig af te wijken van de cijfers over 2003 (CBS, 2004). Wel had 20% van de respondenten iets veranderd in hun anticonceptiemethode of -gebruik. Van hen gaf 10% aan dat zij was gestopt met anticonceptie omdat het niet meer werd vergoed door de verzekering of omdat zij het middel te duur vond. Dit gold vooral de ziekenfondsverzekerden. Acht procent van de vrouwen koos voor een andere anticonceptiemethode waarvan een derde koos voor een minder betrouwbare variant.
- Omgerekend naar de Nederlandse bevolking zouden 45.600 (1,3%) van de vrouwen tussen de 21 en 49 jaar, in de periode januari-augustus 2004 van de pil overstapt zijn naar een minder betrouwbaar middel. 9.400 vrouwen zouden dit gedaan hebben als gevolg van het feit dat de pil niet meer werd vergoed.
- Twaalf procent van alle pilgebruiksters gaf aan de kans groot tot zeer groot te achten dat zij naar aanleiding van de nieuwe maatregel in de toekomst over zouden stappen op een andere vorm van anticonceptie. Omgerekend naar de Nederlandse vrouwelijke bevolking zouden 51.900 vrouwen overstappen op een minder betrouwbare vorm van anticonceptie waarvan 18.900 vrouwen erover zouden denken niks meer te gebruiken of periodieke onthouding toe te passen. Als gevolg van de afschaffing van de vergoeding is duidelijk een verslechtering te constateren in anticonceptiegebruik.
- Uit hetzelfde onderzoek kwam naar voren dat slechts zeven procent het eens was met de maatregel. Het maatschappelijk draagvlak om anticonceptie uit het basispakket te halen was in 2004 dus zeer gering.
- In 2004 bleek het abortuscijfer echter niet toegenomen maar redelijk stabiel. Wel bleek er sprake van een lichte daling van gebruik van de anticonceptiepil (ruim 9%) wat mogelijk ook verklaarbaar is door ander seksueel gedrag en gebruik van andere (minder betrouwbare) anticonceptiemethoden. Daarnaast

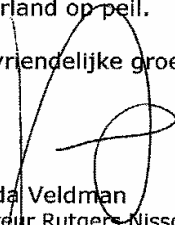
was de morning afterpil in 2004 voor het eerst zonder recept verkrijgbaar bij de drogist en apotheek. Stijging van het abortuscijfer bij 20-24 jarigen in die periode zou veroorzaakt kunnen worden door verslechterd anticonceptiegebruik of minder betrouwbare methoden. Aangezien op het abortuscijfer meerdere factoren van invloed zijn, is zekerheid hierover niet te geven.

- De effecten van de voorgestelde maatregel zijn niet louter en direct af te leiden uit de abortuscijfers. Het is zeer aannemelijk dat vrouwen vanwege de kosten kiezen voor minder betrouwbare vormen van anticonceptie. Hierdoor is het risico aanwezig dat er onbedoelde of ongeplande zwangerschappen ontstaan. Naar schatting 60.000 vrouwen worden jaarlijks onbedoeld zwanger. Hiervan zal ook een deel om culturele of religieuze redenen niet kiezen voor een abortus maar voor de geboorte van een kind. Dergelijke uitkomsten zijn niet zichtbaar in de abortuscijfers. De negatieve effecten van de voorgenomen maatregel zullen mogelijk pas op langere termijn voelbaar zijn in de samenleving.
- Onder tieners tot 20 jaar zien we overigens sinds de laatste jaren tot en met 2008 een lichte daling in het aantal onbedoelde zwangerschappen. Jarenlange vergoeding binnen het basispakket van anticonceptie tot 21 jaar kan hierin een belangrijke rol hebben gespeeld.

Tot slot

Rutgers Nisso Groep pleit voor laagdrempelige toegang tot betrouwbare anticonceptiemethoden voor iedereen door anticonceptie te vergoeden in het basispakket. Kosten voor anticonceptie mogen geen drempel opwerpen voor verantwoord anticonceptiekeuze, -gebruik en geboorteregeling. Met deze, toch geringe, investering kan veel leed en kosten worden bespaard en blijft de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen - ook de kwetsbare groepen - in Nederland op peil.

Met vriendelijke groet,


Dianda Veldman
Directeur Rutgers Nisso Groep

Mede ondersteund door

1. CASA Nederland
2. Stichting Anticonceptie Nederland
3. Nederlandse Vereniging voor Seksuologie
4. Sense Kwaliteitswerkgroep

Bijlagen

1. Landelijke Abortus Registratie (2009)
2. Seksuele gezondheid in Nederland 2009
3. Sexual and reproductive health, the Netherlands in international perspective
4. Factsheet Pil uit ziekenfonds

Rutgers Nisso groep
t.a.v. mevrouw D. Veldman, directeur
Postbus 9022
3506 GA UTRECHT

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk
1102025/lvdV/CS

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010041765

Behandeld door
mw. drs. T.J. Duine

Doorkiesnummer
(020) 797 85 53

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010

Geachte mevrouw Veldman,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010, onderdeel anticonceptie. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd, dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. De conclusie is, dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling 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. De conclusie is, dat op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid 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.

In uw reactie noemt u een aantal redenen om anticonceptiemiddelen te blijven vergoeden vanuit het basispakket.

Algemeen

U 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.

Reactie CVZ

U stelt terecht dat het vaak wisselen tussen wel en niet vergoeden van anticonceptie niet bevorderlijk is voor de continuïteit en voor de helderheid. Dit geeft echter naar de mening van het CVZ echter ook niet een doorslaggevend argument waarom het vanzelfsprekend zou zijn dat deze middelen deel uitmaken van het basispakket. Op verschillende punten in uw reactie legt u een koppeling tussen de vergoeding vanuit de basisverzekering en de hoge standaard van seksuele en reproductieve gezondheid. Het CVZ is van mening dat dit verband in de begintijd van de anticonceptie waarschijnlijk wel bestond, maar in de loop der jaren steeds minder gelegd kan worden. Ik kom daar later in deze brief nog op terug.

Noodzakelijkheid van de maatregel.

Onder dit kopje gaat u in op het kostenargument waarmee het CVZ het uitstroomadvies heeft onderbouwd. Door de goedkoopste anticonceptiepil als uitgangspunt te nemen gaat het CVZ voorbij aan de redenen die er soms zijn om voor duurdere middelen te kiezen. Verder noemt u risicogroepen die door de uitstroommaatregel getroffen zouden worden.

Reactie CVZ

Het CVZ meent dat ook de duurdere anticonceptiemiddelen, voor zover vrouwen er op aangewezen zijn, nog steeds niet tot onoverkomelijke kosten hoeven te leiden. Het CVZ wijst er verder op dat enkele hoogwaardige vormen van anticonceptie, namelijk condooms en sterilisatie, ook nu van vergoeding uitgesloten zijn. Condooms kennen eveneens een lage kostprijs en bieden daarnaast ook bescherming tegen SOA's. Uit het oogpunt van consistentie is een uitstroommaatregel dan ook gerechtvaardigd. Verder is het risico op ongewenste zwangerschappen dat u noemt voor andere leeftijdsgroepen, allochtone groepen en laag opgeleide en minder draagkrachtige groepen naar de mening van het CVZ niet aanwijsbaar verbonden met het al dan niet vergoeden van anticonceptie. Zoals u zelf al aangeeft heeft een groot deel van de vrouwen die een abortus ondergaat wel degelijk gebruik gemaakt van anticonceptiemiddelen. Kennelijk zijn er andere instrumenten nodig dan de basisverzekering om het abortuscijfer voor deze risicogroepen terug te dringen. Noch uit de abortusregistraties, noch uit statistieken over pilgebruik na de uit- en instroommaatregelen van respectievelijk 2004 en 2008 blijkt een verband tussen de vergoeding enerzijds en abortus en dalend/stijgend anticonceptiegebruik anderzijds. Het CVZ adviseert wel om aandacht te besteden aan de gevolgen voor kwetsbare doelgroepen. Maar hiervoor zijn andere instrumenten en domein meer geëigend dan de Zvw.

Kosteneffectiviteit

U stelt dat de door het CVZ genoemde kostenbesparing waarschijnlijk niet gerealiseerd zal worden. U vindt het uit het oogpunt van keuzevrijheid en kwaliteit van belang dat het hele spectrum aan anticonceptiva vergoed kan worden uit de basisverzekering.

Reactie CVZ

De genoemde bedragen zullen inderdaad door de invoering van de eigen bijdrage in 2008 niet als besparing gerealiseerd worden. In het rapport geeft het CVZ dit ook aan. Het CVZ hecht er aan te vermelden dat dit uitstroomadvies, evenals onze overige adviezen, niet uitsluitend gebaseerd is op kostenoverwegingen. Een pakketadvies is een integrale afweging van de vier pakketprincipes, vanuit de visie om tot een basispakket te komen dat kwalitatief adequaat, toegankelijk en op lange termijn betaalbaar is. In dat licht is ook dit advies tot stand gekomen, waarbij het argument dat anticonceptiemiddelen onder de eigen verantwoordelijkheid kunnen vallen, zwaar heeft meegewogen.

Effecten van eerdere pakketmaatregelen

U geeft aan dat er wel degelijk effecten zijn geweest toen in 2004 anticonceptie uit het ziekenfondspakket werd gehaald. Een klein percentage 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 vindt de door u genoemde mogelijk opgetreden effecten onvoldoende overtuigend. Ongetwijfeld zullen er vrouwen zijn waarvoor uw argumentatie geldt, maar deze rechtvaardigen niet dat middelen in het basispakket beschikbaar blijven die voor een overgrote meerderheid als niet noodzakelijk te verzekeren worden beschouwd. Voor de betreffende doelgroepen zijn andere instrumenten en domeinen meer geëigend. Het CVZ adviseert de minister dan ook om hier aandacht aan te besteden, maar dit hoeft niet noodzakelijk op grond van de Zorgverzekeringswet te gebeuren, zoals hiervoor al gezegd.

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
T.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Amsterdam, 11 februari 2010

Betreft: Bestuurlijke consultatie pakketadvies dieetpreparaten

Geachte mevrouw den Haan,

Deel I: Inleiding

Een groot aantal bij de aanspraak op dieetpreparaten betrokken veldpartijen, te weten:

Namens de patiënten

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN)
Epilepsie Vereniging Nederland (EVN)
Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV)
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
Nederlandse PKU Vereniging
Patiëntenvereniging voor Volwassenen en Kinderen met Stofwisselingsziekten (VKS)
Stichting Patiëntenbelang Vergoeding Dieetpreparaten (SPVD)

Namens de behandelaars

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)
Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE)
Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie (NVGIC)
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie (NVKN)¹
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

¹ Bijlage 1: Adhesiebepuiging Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie.

Stuurgroep Ondervoeding

Vereniging tot bevordering onderzoek Erfelijke Stofwisselingsziekten in het Nederlandse taalgebied (ESN)

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Namens de leveranciers en fabrikanten

Federatie van Technologiebranches (FHI)

Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen (VNFKD)

heeft zich gebogen over het CVZ concept pakketadvies van 14 januari jl. met betrekking tot dieetpreparaten.

Een aantal zaken willen partijen daarbij onder uw aandacht brengen:

- Het **voorbarige momentum** van het CVZ-advies.
- De **positieve effecten die de recente modernisering** van de aanspraak heeft gehad voor onder andere de oncologiepatiënten.
- Het feit dat de noodzaak tot gebruik van een dieetpreparaat **uitsluitend is gelegen in een ziekte** en dus altijd onderdeel uitmaakt van de medische behandeling.
- **Positieve gezondheidseconomische en medische effecten** van de behandeling met dieetpreparaten.
- Het feit dat de **pakketcriteria zonder meer van toepassing** zijn op de vergoeding van dieetpreparaten, maar een toetsing daarop heeft niet plaats gevonden. Wel wordt een geheel nieuw – daaraan voorafgaand – criterium geïntroduceerd, te weten 'behorend tot geneeskundige zorg' in enge zin zonder dat daarvoor enige wettelijke basis aanwezig is.
- **Alternatieve vormen van financiering zijn onuitvoerbaar**, ongeschikt, leveren onvoldoende compensatie op of vereisen een complexe aanpassing van wetgeving.

Partijen menen dat de volgende medische, gezondheidseconomische en juridische informatie daarbij relevant is. Wij verzoeken u bij de besluitvorming over uw advies het volgende in overweging te nemen.

Deel II: Gekozen moment

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op advies van CVZ **in 2008 besloten tot een modernisering van de aanspraak op dieetpreparaten**. 'Op basis van de overwegingen en de conclusies en de reacties van de belanghebbende partijen en het advies

van de Adviescommissie Pakket is het CVZ van oordeel dat dieetvoeding voor medisch gebruik kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie en dat deze prestatie moet worden gebonden aan indicatievoorwaarden. Het CVZ adviseert geen nieuwe zorgprestatie in te voeren, maar de bestaande dieetzorg aan te passen² (zie bijlage 2 voor het CVZ Persbericht en het volledige CVZ rapport 'Vergoeding kosten dieetvoeding voor medisch gebruik').

In deze gemoderniseerde aanspraak is onder andere een koppeling met richtlijnen opgenomen. Grondslag voor deze modernisering was dat de zorg ook daadwerkelijk terecht zou komen bij die groep patiënten voor wie deze zorg medisch hoogst noodzakelijk is. Recentelijk is hierover publiekelijk gerapporteerd (zie bijlage 3: Onderzoek: Modernisering in de praktijk: de eerste resultaten). Van de betrokken groep patiënten blijkt 47% een oncologische aandoening te hebben.³

De Minister van VWS heeft in zijn besluit in 2008 aangegeven dat **een vérdere modernisering** van de aanspraak pas zou plaatsvinden nadat alle financiële effecten van de gemoderniseerde aanspraak over het jaar 2009 bekend zijn⁴ (zie bijlage 4: brief Ministerie van VWS GMT/VDG 2884119). Het onderhavige conceptadvies is uitgebracht voordat deze financiële effecten bekend zijn. Zo zijn de GIP-cijfers van het CVZ over 2009 pas eind 2010 bekend.

Het wekt verwondering dat nog geen twee jaar na uw vorige advies om de bestaande aanspraak te moderniseren ineens een **concept-uitstroomadvies** volgt **zonder genoemde financiële evaluatie én zonder een evaluatie van de medische en gezondheidseconomische effecten** van deze modernisering. Dit klemt eens te meer omdat de Minister in 2008 voornemens was de aanspraak - afhankelijk van de uitkomsten van het voorgaande - de aanspraak met ingang van 2011 juist nog verder te moderniseren. Het conceptadvies is daarmee voorbarig en het uitbrengen daarvan is niet voor de hand liggend op dit moment.

Deel III: Inzet dieetpreparaat ziektegerelateerd

Noodzaak tot gebruik dieetpreparaat gelegen in ziekte

De inzet van dieetpreparaten wordt in het conceptadvies van CVZ ten onrechte vergeleken met de inzet van reguliere voeding. **Dieetpreparaten zijn geen vervanger voor reguliere voeding.**⁵ De noodzaak tot de inname van dieetpreparaten is gelegen in het hebben van een

² College voor zorgverzekeringen, Vergoeding kosten dieetvoeding voor medisch gebruik, Diemen, 5 juni 2008.

³ Sorgente BV, Modernisering in de praktijk: de eerste resultaten, november 2009.

⁴ Brief Ministerie van VWS GMT/VDG 2884119.

⁵ De inzet van sondevoeding zou hierop een uitzondering kunnen lijken. Maar ook voor groep vaak ernstig zieke patiënten die op sondevoeding aangewezen zijn, geldt dat zij meer én meer specifieke nutriënten nodig hebben en

ziekte waardoor de inname van (een specifieke combinatie van) nutriënten noodzakelijk is en deel uitmaakt van de behandeling. Patiënten hebben bijvoorbeeld 150 tot 200% meer eiwit nodig dan gezonde volwassenen om hun ziekte te bestrijden.⁶ Voor oncologiepatiënten geldt bijvoorbeeld dat ondervoeding onder andere een verminderde respons op de behandeling met chemotherapie tot gevolg heeft.⁷

De huidige aanspraak betreft uitsluitend patiënten bij wie de **noodzaak tot het gebruik** van dieetpreparaten rechtstreeks haar oorzaak vindt in de aanwezigheid van een ziekte. Het betreft **patiënten die lijden aan ernstige ziektes**, zoals kanker, cachexie ten gevolge van kanker, erfelijke stofwisselingsstoornissen, epilepsie, COPD, nierfalen, Alzheimer, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, Cystic Fibrosis, congenitaal hartfalen en de chirurgische patiënt waarbij de oorzaak ligt in verschillende ziektebeelden. Ten gevolge van deze ziektes lijden veel van deze patiënten aan een ernstige vorm van **ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop**, of hebben zij om **strikt medische redenen** specifieke voedingsbestanddelen nodig met uitsluiting van andere, voor hen schadelijke, voedingsbestanddelen. Gegeven deze medische situatie zijn zij afhankelijk van de inname van dieetpreparaten.

- Voor patiënten met een erfelijke stofwisselingsstoornis geldt bovendien dat het gebruik van dieetpreparaten de enige therapie is om schade aan de hersenen en metabole ontsparingen te voorkomen.
- Voor kinderen met specifieke aandoeningen zoals epilepsie of Crohn is het gebruik van een dieetpreparaat de enig werkzame therapie, respectievelijk het ketogeen dieet en sondevoeding als inductietherapie.

De inzet van een dieetpreparaat is **een integraal en onlosmakelijk onderdeel van de medische behandeling** van dergelijke patiënten en vindt altijd **onder medisch toezicht** plaats. Aanspraak op een dieetpreparaat ontstaat bij al deze groepen patiënten pas als zij niet kunnen uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding.

derhalve krijgen voorgeschreven dan via reguliere dagelijkse voeding mogelijk is, zie CBO Richtlijn Peri-operatief voedingsbeleid, september 2007. De specifieke eisen van voedingsamenstelling en hoeveelheid vereisen een specifiek dieetpreparaat.

⁶ Eiwitbehoefte gezonde volwassenen: <http://www.voedingscentrum.nl/nl/eten-gezondheid/voedingstoffen/eiwit/hoeveel-eiwit-heb-je-nodig.aspx?highlight=hoeveelheid+eiwit>.

Eiwitbehoefte patiënten:

Sauerwein HP, Strack van Schijndel RJM. Perspective: How to evaluate studies on peri-operative nutrition? Considerations about the definition of optimal nutrition for patients and its key role in the comparison of the results of studies on nutritional intervention. *Clinical Nutrition* 2007; 26, 154 – 158

CBO Richtlijn Peri-operatief voedingsbeleid, september 2007 voor de eiwitbehoefte die patiënten hebben.

www.igz.nl/997786/Basisset_prestatie-indicator1.pdf

⁷ Andreyev HJ *et al.* *European Cancer Journal* 1998; 34, 503 – 509.

De gemoderniseerde aanspraak

Sinds 1 januari 2009 is de gemoderniseerde aanspraak als volgt omschreven:

Patiënten die niet uitkomen met aangepaste normale voeding of bijzondere voeding komen voor vergoeding van dieetpreparaten in aanmerking als:

- *een patiënt lijdt aan een stofwisselingsstoornis of een voedselallergie of een resorptiestoornis; of*
- *een patiënt lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of*
- *een patiënt, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard is aangewezen op een dieetpreparaat.*

Uit recent onderzoek naar de effecten van de modernisering van de aanspraak blijkt dat 47% van de patiënten die dieetpreparaten voorgeschreven hebben gekregen, lijdten aan een oncologische aandoening. De andere 53% liet een divers beeld zien van medische diagnoses zoals maag- darmziekten, nierinsufficiëntie, COPD, hartfalen en ernstige vormen van voedselallergie. De gemiddelde leeftijd van de patiënten waarvoor vergoeding van dieetpreparaten werd aangevraagd bedroeg 61 jaar.⁸

Beleid van de Minister van VWS

In aangehechte brief van 23 december 2009 benadrukt **de Minister van VWS** dat hij **ondervoeding als een serieus maar onderbelicht probleem** in ziekenhuizen, zorginstellingen en de eerstelijnszorg ziet (zie bijlage 5: brief Ministerie van VWS CZ/TSZ/2976952).⁹ Mede om die reden is in 2008 met subsidie van het ministerie een project van start gegaan dat zich richt op vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg. De door de Minister noodzakelijk geachte behandeling van ondervoeding in de eerstelijnszorg is onder meer afhankelijk van een optimaal behandelplan waarin een goede en adequate aanspraak op dieetpreparaten een belangrijk onderdeel vormt. De Richtlijn screenen en behandelen van ondervoeding is aangehecht (zie bijlage 6 voor de Richtlijn).¹⁰

Een tijdige aanpak van **ziektegerelateerde ondervoeding** in de eerstelijnszorg is van groot belang omdat de **prevalentie** van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen en zorginstellingen in Nederland **zeer hoog** is. De percentages ondervoeding in 2009 variëren van 18,0% in de thuiszorg tot 22,5% in verpleeghuizen en verzorgingshuizen en 25,8% in algemene

⁸Sorgente BV. Modernisering in de praktijk: de eerste resultaten, 2009.

⁹Brief Ministerie van VWS CZ/TSZ/2976952, 23 december 2009.

¹⁰Richtlijn screenen en behandelen van ondervoeding, Stuurgroep Ondervoeding 2009, www.stuurgroepondervoeding.nl.

ziekenhuizen¹¹ (zie bijlage 7: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Kort en Bondig 2009). Een **tijdige herkenning en behandeling van ziektegerelateerde ondervoeding** in de eerstelijnszorg kan ten aanzien van een latere behandelingsfase kostenbesparend werken. Ondervoeding gaat gepaard met hoge kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg. In 2006 bedroegen de totale kosten van ondervoeding voor de Nederlandse gezondheidszorg €1,683 miljard.¹²

Table 2 Malnutrition is associated with an increased length of hospital stay

Studies	n	Discipline	Length of hospital stay (days)		p-value
			No malnutrition	Malnutrition	
Weinsier et al. (USA 1979) ²⁹	134	General medicine	12	20	p < 0.01
Robinson et al. (USA 1987) ¹³	100	General medicine	9.2	15.6	p < 0.01
Cederholm et al. (Sweden 1995) ¹³²	295	Geriatric	18	43	p < 0.01
Naber et al. (NL 1997) ²⁶	155	Internal medicine	12.6	20	p < 0.01
Erington et al. (UK 2000) ¹³⁴	850	Multidisciplinary	5.7	8.9	p < 0.01
Correia and Campes (ELAN* 2003)	9348	Multidisciplinary	10.1	16.7	p < 0.01
Kyle et al. (Switzerland 2004) ¹³⁰	652	Multidisciplinary	5.1	10.2 / 25.8	p < 0.001
Pirlich et al. (Germany 2006) ¹³¹	1886	Multidisciplinary	11	15 / 17	p < 0.001
Weighted mean			9.7	17.2	

Normal nutritional status vs. moderate to severe malnutrition.
*ELAN, Latin America Nutrition Study.

Bovenstaande tabel toont aan dat ondervoeding gepaard gaat met een significant langere ligduur.¹³

Aanpak van ondervoeding als integraal onderdeel van de behandeling van de patiënt in alle sectoren van de zorg sluit naadloos aan bij een effectief behandeltraject van de patiënt door de hele zorgketen. Zo zorgt een adequate behandeling met dieetpreparaten van patiënten in de eerstelijns voor een reductie in (her)opnames in de tweedelijns.¹⁴ **Vergoeding** van dieetpreparaten in de eerstelijns is een **voorwaarde om deze samenhang van zorg te blijven garanderen**.

Voorts willen we opmerken dat de gemoderniseerde aanspraak één van de weinige aanspraken is waarin al een (gedeeltelijke) koppeling met richtlijnen bestaat (zie bijlage 8: Richtlijnen – Voeding bij ziekten¹⁵). Dit is in lijn met het beleid van de Minister van VWS.¹⁶

¹¹Halfens RJG, JMM Meijers, JCL Neyens, JMGA Schols. Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting 2009 Kort en Bondig. Maastricht: Maastricht University, september 2009.

¹²Tan SS, Koopmanschap M. De kosten van ziektegerelateerde ondervoeding in Nederland, Erasmus MC Universitair Medisch Centrum, Institute for Medical Technology Assessment Rotterdam, 2008. *Data on file*.

¹³Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008; 27, 5 – 15.

¹⁴Chapman IM, Visvanathan R, Hammond AJ, Morley JE, Field JB, Tai K *et al*. Effect of testosterone and a nutritional supplement, alone and in combination, on hospital admissions in undernourished older men and women. *American Journal of Clinical Nutrition* 2009; 89 (3), 880 - 889.

Gariballa S, Forster S, Walters S, Powers H. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nutritional supplementation during acute illness. *Am J Med* 2006; 119 (8), 693 - 699.

Norman K, Kirchner H, Freudenreich M, Ockenga J, Lochs H, Pirlich M. Three month intervention with protein and energy rich supplements improve muscle function and quality of life in malnourished patients with non-neoplastic gastrointestinal disease—a randomized controlled trial. *Clinical Nutrition* 2008; 27 (1), 48 - 56.

¹⁵Het overzicht richtlijnen waarin de inzet van dieetpreparaten aan de orde is, is te downloaden via www.stuurgroepondervoeding.nl.

Best Practices nationaal en internationaal¹⁷

INTERCOM-onderzoek

Geïntegreerde behandeling van matig ernstige COPD-patiënten in de thuissituatie effectief en kosteneffectief

In een 2 jaar gerandomiseerde prospectieve studie zijn gedurende 24 maanden kosten en effecten van voedingszorg en training bij 199 patiënten met matig ernstig COPD geëvalueerd. De patiënten in de onderzoeksgroep (n=102) participeerden gedurende 4 maanden in een multidisciplinaire revalidatieprogramma: een trainingsprogramma en in geval van ondervoeding (18,8%) een dieetpreparaat in de vorm van drinkvoeding, onder intensieve begeleiding van een fysiotherapeut en diëtist. Aansluitend heeft deze groep 20 maanden een onderhoudstherapie gevolgd in de vorm van merendeels zelfstandig uitgevoerde fysieke activiteiten en een dieetpreparaat in geval van ondervoeding, onder incidentele begeleiding van fysiotherapeut en diëtist. De patiënten in de controlegroep kregen standaard zorg, medicatie en het advies om bij ondervoeding meer te eten.

Uit het onderzoek is gebleken dat de combinatie van trainingsinterventie en dieetpreparaten aangeboden in de thuissituatie bij matig ernstige COPD-patiënten leidt tot een significante stijging van inspanningscapaciteit en een significante afname in het aantal ziekenhuisopnamen bij de behandelde patiënten ten opzichte van de patiënten met standaard zorg.

Het INTERCOM-onderzoek is een samenwerkingsverband tussen het Maxima Medisch Centrum, Erasmus Medisch Centrum, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Institute for Medical Technology Assessment.

¹⁶ Brief van de Minister en de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2008-2009, 31765, 31 oktober 2008.

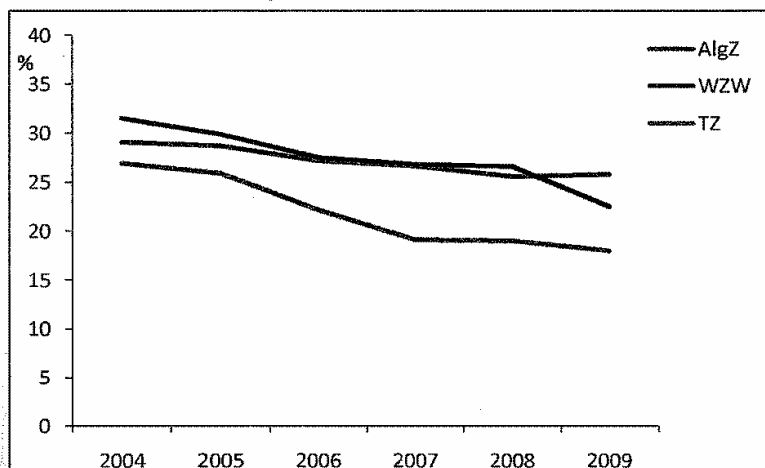
¹⁷ Referenties Best Practices nationaal en internationaal:

- Van Wetering CR, Hoogendoorn M, Mol SM, Rutten-van Mölken MP, Schols AM. Efficacy and costs of nutritional rehabilitation in patients with COPD in a community-based setting. Abstract published in: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2009; 179, A5375. Full paper: submitted to *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*.
- Halfens RJG, JMM Meijers, JCL Neyens, JMGA Schols. Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting 2009 Kort en Bondig. Maastricht: Maastricht University, september 2009.
- Projectverslag 't Lange Land Ziekenhuis Peri-operatieve voedingszorg, Het verbeteren van de voedingszorg bij patiënten met een grote bulkoperatie, 't Lange Land ziekenhuis, 2008.
- Beck S, Church S, *et al.* *Appropriate Use of Oral Nutritional Supplements in Older People, Good Practice Examples and Recommendations for Practical Implementation*, 2009.

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2004 – 2009

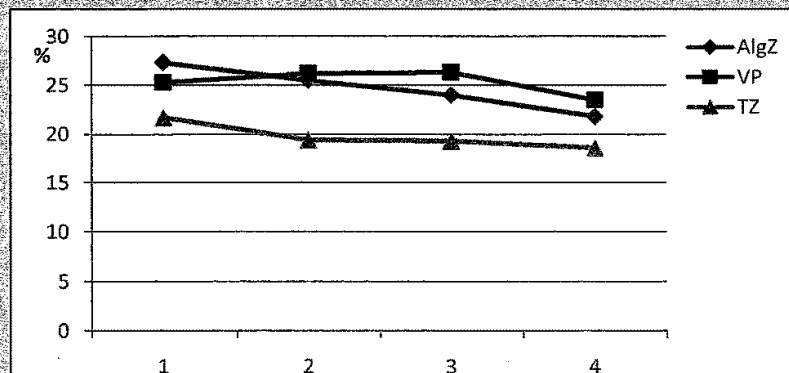
Prevalentie ondervoeding in Nederland daalt door toegenomen aandacht

Vanaf 2004 wordt het zorgprobleem ondervoeding in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) gemeten. De meting vindt plaats in ziekenhuizen, wonen-zorg-welzijn organisaties (verpleeg- en verzorgingshuizen) en de thuiszorg. De toegenomen aandacht voor ondervoeding in de afgelopen jaren laat al enkele jaren een daling van het aantal cliënten met ondervoeding zien.



Prevalentie ondervoeding (tussen 2004 en 2009 in %)

Bij instellingen die vaker aan de meting hebben meegedaan, komt minder ondervoeding voor. Ook deelname aan gerichte verbeterprogramma's op het gebied van ondervoeding, zoals Zorg voor Beter (in de chronische zorg) en Sneller Beter (voor de ziekenhuizen) blijkt effect te hebben. Aandacht voor ondervoeding heeft dus aantoonbaar zin. Het vormt op zijn minst het begin van het terugdringen van het probleem. Deze daling heeft zich ook in 2009 voortgezet.



Prevalentie ondervoeding per aantal malen deelname LPZ (in %)

't Lange Land Ziekenhuis Peri-operatieve voedingszorg

Het verbeteren van de voedingszorg bij patiënten met een grote buikoperatie

In 't Lange Land ziekenhuis in Zoetermeer is in 2007 – 2008 onderzocht of het optimaal voeden van de buikchirurgische patiënt conform landelijk protocol (CBO Richtlijn Peri-operatief voedingsbeleid, september 2007) vooruitlopend op de definitieve CBO-richtlijn haalbaar is en leidt tot de te verwachte positieve resultaten zoals verkorting van ligduur.

Het onderzoek is uitgegaan van een retrospectieve nulmeting, verricht over drie maanden in 2005 en een gelijkwaardige éénmeting in 2007. De interventie bestond uit het standaard pre-operatief screenen van patiënten op ondervoeding en het starten met dieetpreparaten direct na operatie inclusief de overige optimale voedingsmaatregelen in de postoperatieve periode. Onderzocht werd of de effecten van dit beleid in dit ziekenhuis overeenkomen met de beschreven positieve effecten hiervan in de literatuur. Interne opleiding en betrokkenheid van alle relevante disciplines: verpleegkundigen, chirurgen en anesthesiologen, gecoördineerd door de afdeling diëtetiek was een belangrijk onderdeel binnen het onderzoek.

Het onderzoek in 't Lange Land ziekenhuis toont aan dat voeden volgens het peri-operatief protocol zowel voordelen voor de patiënt als voordelen voor het ziekenhuis met zich meebrengt. De patiënt wordt voor en na een operatie beter gevoed en dit leidt tot een verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis met gemiddeld 1,5 dag. Patiënten die een maag/darmresectie ondergaan hebben tevens minder (infectieuze) complicaties. Tenslotte zorgt deze optimale voedingsbehandeling voor een kostenreductie.

Voedingsbeleid bij patiënten met heupfracturen in het University Hospital of Wales (UHW), Cardiff: case study (vanaf 1999)

Significante daling mortaliteit als gevolg van veranderd beleid

In het universiteitsziekenhuis van Wales worden jaarlijks 4200 patiënten met een heupfractuur opgenomen. De gemiddelde ligduur was 5 weken. 10% van de patiënten overleed gedurende ziekenhuisopname. Het officiële ziekenhuisbeleid was dat alle patiënten met een heupfractuur na operatie 1 pakje drinkvoeding per dag gedurende 5 dagen zouden moeten innemen. Na deze 5 dagen zou de patiënt doorverwezen moeten worden naar de diëtist voor eventueel vervolg van de behandeling met dieetpreparaten. De verpleging handelde niet altijd conform dit beleid.

Om het beleid te optimaliseren heeft het ziekenhuis de volgende maatregelen genomen voor en na operatie:

- 2 voedingsassistenten zijn aangenomen voor de directe voedingsbegeleiding van de patiënt
- Een verhoging van drinkvoeding van 1 naar 2 pakjes per dag gedurende 5 dagen na de operatie
- Een optimale voedingsintake van reguliere voeding afgestemd op persoonlijke voorkeur
- (Eventueel) vervolg van de behandeling met drinkvoeding na de eerste 5 dagen
- Training van alle betrokken disciplines
- Volgen en begeleiding van de patiënten in de thuis situatie waarbij het gebruik van drinkvoeding werd voortgezet indien medisch noodzakelijk

Als gevolg van het veranderde beleid is het sterftecijfer van deze patiëntengroep in het ziekenhuis significant gedaald van 10% naar 4% en in de 4 maanden daarna van 23% naar 13%. Door de begeleiding van de voedingsassistenten is de patiënt in staat geweest om zijn optimale voedingsintake via de drinkvoeding te bereiken. De spiermassa (de bovenarmomtrek) en de patienttevredenheid zijn toegenomen.

Deel IV: Zorgverzekeringswet

Beoordeling aanspraak Zorgverzekeringswet

De voormalige Ziekenfondsraad heeft al op 25 juni 1992 aan de Minister geadviseerd over de overheveling van de aanspraak op een aantal gehandicaptenvoorzieningen naar de AWBZ. Met betrekking tot de opname van de aanspraak op dieetpreparaten concludeerde de Ziekenfondsraad destijds dat met het opnemen van **dieetpreparaten** in de AWBZ voorzien werd in "**essentiële zorg waarvoor een objectieve noodzaak bestond**".¹⁸ In de evaluatie van die overheveling werd in 1996 overwogen: "*naast de al opgenomen indicaties blijkt ook het voorschrijven van dieetpreparaten bij dreigende ernstige ondervoeding van COPD-patiënten, patiënten met cystische fibrose en kinderen met een ernstig congenitaal hartfalen te kunnen worden aangemerkt als efficiënte zorg*".¹⁹

De dieetpreparaten zijn toen door de Ziekenfondsraad getoetst aan de zogenaamde Trechter van Dunning, te weten: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en de vraag of de patiënt er zelf voor zou kunnen betalen. **De aanspraak op dieetpreparaten heeft altijd aan deze criteria voldaan.**

Het in Nederland te verzekeren pakket aan zorg vindt zijn grondslag in de Zorgverzekeringswet, het daarop gebaseerde Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Het CVZ adviseert de Minister van VWS omtrent de omvang van het pakket. Bij de vormgeving van de Zorgverzekeringswet is besloten het verzekerde pakket aan te laten sluiten bij de criteria van de Commissie - Dunning. Daarmee worden gelijke toegang en de solidariteit in de zorg gewaarborgd.²⁰ Blijkens de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet is nadrukkelijk besloten om het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet te laten aansluiten bij het pakket van de ziekenfondswetgeving. De Zorgverzekeringswet werd daarbij in de afbakening met de AWBZ specifiek bedoeld voor **prestaties bestaande uit zorg die op herstel of genezing is gericht**.²¹

De beoordeling die het CVZ in eerdere jaren omtrent opname van dieetpreparaten in het verzekerde pakket onder de Ziekenfondswetgeving heeft gemaakt en nadien zowel onder de oude wetgeving als onder de Zorgverzekeringswet heeft uitgebreid, heeft daarmee ook juridische betekenis gekregen voor toekomstige beoordelingen in het kader van de Zorgverzekeringswet. **In het huidige conceptadvies ontbreken deze grondslagen.**

¹⁸ Ziekenfondsraad, Overheveling AAW-dieetvoorziening naar de AWBZ, p. 29, 23 mei 1996.

¹⁹ Aw., p. 30.

²⁰ Memorie van toelichting TK 2003-2004, 29762, nr. 3, p.39 en 40.

²¹ Memorie van toelichting TK 2003-2004, 29762, nr. 3, p. 104.

Patiëntencasuïstiek

Volwassenen, oncologie

Drinkvoeding

Mevrouw G., 62 jaar, heeft een tonsilcarcinoom waarvoor zij behandeld wordt met inwendige en uitwendige radiotherapie (bestralingen). Daarnaast heeft zij ook een plaveiselcelcarcinoom van de rechter long (buitenste cellaag van de long) waarvoor lobectomie heeft plaatsgevonden (het carcinoom is verwijderd). Er is sprake van radionecrose van de tongbasis. Hiervoor dient mevrouw G. zuurstof te gebruiken.

Als gevolg van de inwendige en uitwendige radiotherapie (bestralingen) is er dusdanige schade in de mond, de keelholte en de slokdarm opgetreden dat mevrouw G. nagenoeg geen vast of gepureerd voedsel tot zich kan nemen. Door de door haar ziekte veroorzaakte beperkte inname van voedsel alsook de door haar ziekte veroorzaakte toegenomen behoefte aan eiwitten weegt mevrouw G. nog maar 49 kg bij een lengte van 1m72. Haar behandelend arts stelt aan de hand van een gevalideerd screeningsinstrument vast dat mevrouw G. een ernstige vorm van ziektegerelateerde ondervoeding heeft. Hij besluit in overleg met de diëtist een dieetpreparaat voor te schrijven in de vorm van drinkvoeding, 3 flesjes per dag. Zonder het gebruik van het aangevraagde dieetpreparaat zou mevrouw G. snel overlijden.

Geneeskundige zorg

Tot op heden vormden de pakketcriteria - noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en toegankelijkheid - tezamen het criterium voor toelating tot het verzekerde basispakket. Het wekt bevreemding dat in het conceptadvies een voorafgaand criterium, te weten de kwalificatie **'geneeskundige zorg' plotseling aan de toetsing van pakketcriteria vooraf lijkt te gaan**. De wijze waarop CVZ in deze context de term geneeskundige zorg hanteert lijkt in enge zin bedoeld, te weten: louter genezend werkend. Dat is in strijd met de uitdrukkelijke bedoeling van de wetgever die ervoor heeft gekozen om in de Zorgverzekeringswet prestaties te verzekeren die zijn gericht op genezing of herstel.

Bij het in strijd met de Zorgverzekeringswet door het CVZ gehanteerde begrip van geneeskundige zorg als prealabele toets zouden bijvoorbeeld terminale pijnbestrijding (morfine), medicatie bij astma en emfyseem, behandeling met antihistaminica bij allergieën, behandeling met ontstekingsremmers bij bijvoorbeeld reuma, anti-epileptica bij epilepsie, antispasmodica bij multiple sclerose en insuline bij diabetes die het leven van ernstig zieke patiënten dragelijk maken op basis van het door CVZ geïntroduceerde criterium geneeskundige zorg niet meer in aanmerking komen voor opname in het basispakket. **Dat kan toch nooit de bedoeling zijn?** Terwijl de **inzet van dieetpreparaten een belangrijke bijdrage** levert aan het herstel van de patiënt dan wel het voorkomen van ernstigere symptomen.

In artikel 10 van de Zorgverzekeringswet heeft de wetgever een aantal categorieën van zorg aangewezen als te verzekeren risico. Daaronder valt niet alleen de behoefte aan geneeskundige zorg maar bijvoorbeeld ook de behoefte aan farmaceutische zorg. **Er is nergens in de wet bepaald dat een zorgvorm eerst moet worden gekwalificeerd als geneeskundige zorg, voordat het aan de pakketcriteria kan worden getoetst.** De huidige aanspraak op dieetpreparaten is op dit moment door de wetgever zelfs aangewezen als een zorgvorm onder de aanspraak op farmaceutische zorg. De opmerking van het CVZ in het conceptadvies dat de dieetpreparaten niet zijn te beschouwen als geneeskundige zorg, is in dit licht niet te begrijpen en onvoldoende gemotiveerd.

In de Zorgverzekeringswet en in de totstandkominggeschiedenis daarvan is ook niet bepaald dat uitsluitend de als geneeskundige zorg te definiëren zorg voor opname in het pakket als verzekerde prestatie in aanmerking komt. In de wetgeving wordt die term ook niet nader gedefinieerd.

In artikel 11 lid 3 Zorgverzekeringswet is bepaald dat de inhoud en de omvang van de in artikel 10 genoemde zorgvormen bij algemene maatregel van bestuur nader worden geregeld. Daartoe is in het Besluit zorgverzekering onder meer in artikel 2.4 de geneeskundige zorg als

Patiëntencasuïstiek

Kinderen met therapieresistente epilepsie

Ketogeen dieet

Patiënt is op leeftijd van 2 maanden met convulsies en ernstige apnoe's opgenomen op de IC. In eerste instantie werd hiervoor geen onderliggende oorzaak gevonden en waren alle parameters (ook metabool) normaal. Patiënt werd daarom met diverse anti-epileptica met ontslag gestuurd. Na enkele weken wordt de patiënt wederom met dezelfde ernstige convulsies en apnoe's opgenomen op de high care unit. Tijdens deze opname wordt er een verlaagd glucosegehalte in liquor gevonden waarna uiteindelijk de diagnose GLUT-1 deficiëntie wordt gesteld. Bij GLUT-1 deficiëntie kan glucose als gevolg van het defect in het transporter mechanisme niet/tot weinig bloed de hersenbarrière passeren. Het gevolg hiervan is een ernstig energie tekort van de hersenen wat zich uit in convulsies en apnoe's.

De enige behandeling die mogelijk is bij dit ernstige ziektebeeld is het vermijden van glucose als energiesubstraat door het volgen van het ketogeen dieet. Het ketogeen dieet is een extreem koolhydraat arm (5 - 19 energie %) zeer vetrijk dieet (70 - 90 energie %).

Er zijn verschillende versies van het ketogeen dieet mogelijk:

1. MCT versie: hierbij wordt 5 - 6 maal per dag bij afgestemde maaltijden een drankje gegeven dat gemaakt is van een MCT vetemulsie. Doordat MCT vet sneller en makkelijker ketonen veroorzaakt is er in deze versie van het dieet meer ruimte voor koolhydraten. De MCT versie van het dieet vereist een minder rigoureuze aanpassing van het eetpatroon. Omdat MCT vet gastrointestinale klachten veroorzaakt, wordt deze versie niet geschikt bevonden voor kinderen onder de leeftijd van 1 jaar.

2. Klassieke versie: door de specifieke samenstelling van het dieet met zeer weinig koolhydraten (5 energie %) en zeer veel vet (90 energie %) is een rigoureuze aanpassing nodig van het eetpatroon. Deze versie van het ketogeen dieet wordt, juist door hele jonge kinderen, goed verdragen. Voor zuigelingen en jonge kinderen is hiervoor een speciale dieetzuigelingenvoeding beschikbaar.

Voor beide versies van het ketogeen dieet zijn specifieke dieetpreparaten nodig en vitamine supplementen voor aanvulling van deficiënties. Het dieet wordt frequent aangepast aan groei en ontwikkeling van de patiënt.

Om te controleren of het metabolisme op vetverbranding is overgegaan worden ketonen en bloedsuikers in het bloed nauwkeurig gecontroleerd door ouders en teruggekoppeld aan behandelaars. Dit gebeurt met een bloedketonen meterje en hiervoor bestemde ketonen en bloedsuikerstrips.

De patiënt is na het instellen op de klassieke versie van het ketogeen dieet in goede doen ontslagen, zonder convulsies en apnoe's en zonder anti-epileptica. Op de leeftijd van 11 maanden is de patiënt sindsdien slechts 1x kortdurend opgenomen bij convulsies bij een intercurrente infectie. Zijn groei en ontwikkeling zijn conform de normen van zijn leeftijd.

Dieetbehandeling met specifieke dieetpreparaten is de enige wijze waarop deze patiënt kan opgroeien en ontwikkelen als een normaal kind.

zodanig nader gedefinieerd, in artikel 2.6 de dieetadvisering en in artikel 2.8 de farmaceutische zorg inclusief dieetpreparaten. Voor de beoordeling van datgene wat in het Besluit zorgverzekering als verzekerde zorg zou moeten worden aangewezen hanteert CVZ standaard de pakketcriteria en niet het criterium of een bepaalde zorgvorm aan te merken is als geneeskundige zorg. Voor de in het conceptadvies in dit kader gehanteerde redenering is derhalve juridisch geen grond. **De enige juiste route is toetsing aan de pakketcriteria** hetgeen in het conceptadvies niet heeft plaatsgevonden.

Pakketcriteria

In het Rapport Pakketbeheer in de Praktijk 2²² is beschreven op welke wijze het CVZ beslissingen neemt over de zorg die wel en niet in het verzekerde pakket zou moeten worden opgenomen. Zoals blijkt uit pagina 18 van dit advies zijn de **pakketcriteria gelegen in de noodzakelijkheid, de effectiviteit, de kosteneffectiviteit en de uitvoerbaarheid**. Toetsing van dieetpreparaten aan deze pakketcriteria leidt tot het volgende.

Noodzakelijkheid (1)

Rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg een claim op solidariteit, gegeven de culturele context? De dieetpreparaten worden ingezet bij **patiënten die tot het gebruik daarvan genoodzaakt zijn als gevolg van een ziekte** en die niet kunnen uitkomen met gewone of aangepaste voeding of voedingsproducten. Het gaat, anders gezegd, om volledige of gedeeltelijke dieetvoeding voor patiënten die een beperkt, aangetast of gestoord vermogen hebben om gewone eet- of drinkwaren, bepaalde nutriënten daarin of bepaalde metabolieten, in te nemen, te verteren, te absorberen, te metaboliseren of uit te scheiden; of andere **medisch bepaalde behoeften aan nutriënten** hebben; voor de behandeling waarvan niet louter volstaan kan worden met een wijziging van het normale voedingspatroon, of met andere producten van bijzondere voeding.

Deze categorie patiënten dreigt **zonder interventie met dieetpreparaten ernstige medische consequenties te ondervinden en/of ernstig ondervoed te geraken**. De conclusie in het conceptadvies dat dieetpreparaten niet zijn bedoeld om een ziekte of een aandoening te genezen, tot staan te brengen of de achteruitgang van de gezondheid ten gevolge van een ziekte te vertragen, is derhalve onjuist.

Er is derhalve geen sprake van het simpelweg vervangen van een eerste levensbehoefte - voeding - door een dieetpreparaat. Bij deze patiënten is doorgaans **zelfs geen sprake van vervanging** van de dagelijkse gewone voeding door –

²² College voor zorgverzekeringen, Pakketbeheer in de praktijk 2, Diemen, 2009.

Patiëntencasuïstiek

Volwassenen chirurgische patiënt

Sondevoeding

Mevrouw K. heeft een goedaardig gezwel in haar maag. Dit gezwel moet operatief verwijderd worden. De afgelopen periode was mevrouw K. vaak misselijk en braakte ze veelvuldig. Ze heeft hierdoor veel gewicht verloren. Om de kans op postoperatieve complicaties te verkleinen is het van groot belang mevrouw K. in een betere voedingstoestand te brengen. Vanwege de obstructie in en de operatie aan haar maag, is sondevoeding voor mevrouw K. de enige effectieve behandeling.

Mevrouw K. heeft preoperatief een benmarksonde gekregen. De sonde maakt het mogelijk voorbij de maag te voeden. Postoperatief is direct gestart met sondevoeding. Complicaties na operatie bleven uit, waardoor de ligduur van mevrouw K. beperkt bleef.

Na ontslag is de sondevoeding in de thuissituatie afgebouwd. Mevrouw K. heeft nog gedurende drie maanden aanvullende drinkvoeding voorgeschreven gekregen om aan haar verhoogde energie- en eiwitbehoefte te voldoen en op deze wijze volledig te herstellen.

bijvoorbeeld – drinkvoeding, maar er is juist sprake van dat het voor deze patiënten met een gewoon of aangepast voedingspatroon of met aanvullende dieetproducten eenvoudigweg niet haalbaar is alle benodigde nutriënten of metabolieten 'binnen te krijgen'. Door het ziekteproces neemt bijvoorbeeld de eiwit- en energiebehoefte van de patiënt toe, terwijl juist door de ziekte het vermogen tot voedingsintake vermindert. Dieetpreparaten dienen in dit kader mede vanuit de solidariteitsgedachte te worden vergoed.²³

Effectiviteit (2)

Doet de interventie of zorgvorm wat er in de breedste zin van wordt verwacht? Tijdige screening, beschikbaarheid en interventie met dieetpreparaten draagt bij aan een **kortere ziekenhuisverblijfsduur, minder complicaties na behandeling, een toename van lichaamsgewicht en spiermassa en een lagere morbiditeit**. De werkzaamheid is aangetoond, de ervaringen met dieetpreparaten zijn positief, het is veilig, met beperkte bijwerkingen, het gebruikersgemak is groot en de maatschappelijke effecten zijn groot. De zorgvorm doet dus wat er in de breedste zin van wordt verwacht.²⁴

Kosteneffectiviteit (3)

Is de verhouding tussen de kosten en de baten in de breedste zin acceptabel? Dieetpreparaten dragen bij aan een betere en daardoor doelmatige behandeling en **lagere macrokosten van de gezondheidszorg**. Dit is in diverse nationale en internationale studies aangetoond.

Een recente Nederlandse kosteneffectiviteitanalyse in de eerste lijn naar de inzet van dieetpreparaten (drinkvoeding) bij ondervoede ouderen boven de 65 jaar, toont een kostenbesparing aan van minimaal €173 per patiënt.²⁵ Behandeling van ziektegerelateerde ondervoeding door inzet van dieetpreparaten bij alleen al deze groep ondervoede oudere patiënten **levert de Nederlandse gezondheidszorg op**

²³ Tot deze conclusie kwam het CVZ ook in zijn rapport 'Wijziging aanspraak op dieetvoeding', Diemen, p. 22 en 23, 31 mei 2001.

²⁴ Het CVZ voegt daar in het rapport uit 2001, pagina 23 en 24, nog aan toe dat de Warenwet zelf voorschrijft dat de fabrikanten/importeurs van dieetvoeding voor medisch gebruik moeten beschikken over wetenschappelijke gegevens die aantonen dat de producten die door hen als dieetvoeding voor medisch gebruik in de handel worden gebracht heilzaam zijn voor de op de dieetvoeding aangeduide personen. Het CVZ stelde in dat rapport heilzaam gelijk aan werkzaam.

²⁵ Nuijten MJ, Freyer K. The Health Economic Impact of oral nutritional supplements in the community setting in The Netherlands. *Ars Accessus Medica/Erasmus University Rotterdam, Amsterdam, 2010. Abstract submitted to ISPOR 2010, full manuscript in preparation.*

Patiëntencasuïstiek

Kinderen, juveniele artritis

Drinkvoeding

In januari 2009 werd jongetje M. (2 jaar en 5 maanden) voor het eerst gezien in het Sophia kinderziekenhuis. M. had de volgende klachten; koorts, gewrichtsklachten, ontvellingen van vingers, rode lippen en exantheem. Onder verdenking van het klinisch beeld juveniele artritis werd Ibuprofen voorgeschreven. In oktober 2009 werd M. in verband met verslechtering van de klachten opnieuw opgenomen. Drie weken voor de opname, had hij lichte verhoging waarvan de laatste week duidelijk koorts. Hij gaf pijn aan bij het lopen, pijn van heupen, knieën en enkels. De ouders gaven aan dat de gewrichten gezwollen en warm waren. M. at de laatste weken slecht, ongeveer de helft van normaal. Hij was al ruim 1 kg afgevallen in de laatste twee weken voor opname.

Direct bij opname werd bij M. een volledige screening van de voedingstoestand gestart aan de hand van het gevalideerde screeningsinstrument STRONGkids. Er was sprake van acute ondervoeding. Daarnaast werd de risicoscore bepaald. M. scoorde op alle items van het STRONGkids instrument en viel daarmee in de hoge risicogroep voor ondervoeding.

Er waren twee redenen om direct de diëtist in consult te vragen, er was sprake van zowel een acute ondervoeding als een hoog risico op verdere ondervoeding in het ziekenhuis. De diëtist berekende aan de hand van de anamnese de inname van energie en eiwit bij M. en dit werd vergeleken met de energie- en eiwitbehoefte van M. (1100 kcal en 1.8 g/kg eiwit). De inname van energie en eiwit bleek ongeveer 80% te zijn, daarnaast kreeg M. onvoldoende vitamines en mineralen binnen.

Als dieetadvies werd drinkvoeding voorgeschreven plus een voedingsadvies volgens Richtlijnen Goede Voeding met aandacht voor inname van melkproducten. Dagelijks werden bij M. voedingslijsten bijgehouden om de inname te monitoren en op dag vier van de opname volgde er een evaluatie van de energie en eiwit-inname bij M. De energie-inname op dag vier was 600 kcal en de eiwitinname 1.0 g/kg. Zowel energie-inname als eiwitinname voldeden niet aan de behoefte, volgens de normen van de prestatie-indicator (Energiebehoefte Schofield+ 30%, bij M: 810 kcal/dag, Eiwitbehoefte: minimaal 1.2-1.5 g/kg/dag). Om de inname te verhogen werd er met M. afgesproken dat er minstens 1 liter drinkvoeding gedronken moest worden. Anders zou er met sondevoeding gestart worden. Aanvankelijk nam het gewicht van M. na 1 week af tot 10.8 kg, bij ontslag uit het ziekenhuis na twee weken was er een toename van het gewicht tot 11.5 kg. Er was bij ontslag nog steeds sprake van ondervoeding. Daarom werd de behandeling thuis met drinkvoeding voortgezet. Tevens werd er een afspraak gemaakt bij de diëtist om na 1 maand de voedingstoestand opnieuw te beoordelen.

jaarbasis minimaal €13 miljoen op.²⁶ Dit is een conservatieve berekening aangezien de analyse zich alleen richt op heropnames en niet op andere kostenreducties ten gevolge van bijvoorbeeld minder huisartsenbezoek.

Een andere kosteneffectiviteitanalyse is een analyse uit 2008 naar de kosteneffectiviteit van de inzet van medische voeding bij patiënten die in Nederland een buikchirurgische ingreep ondergaan, waarbij de inzet van dieetpreparaten start voor opname en gecontinueerd wordt na operatie. Deze analyse toont een afname van ziekenhuiskosten van 8,3% wat overeen komt met een ziekenhuisverblijfreductie van 0,72 dagen. Op basis van de hoeveelheid buikchirurgische ingrepen die per jaar in Nederland uitgevoerd worden, zorgt de inzet van medische voeding bij deze ingrepen voor een totale jaarlijkse **kostenbesparing van minimaal €40,4 miljoen**. De kostenbesparing per patiënt bedraagt €252.²⁷

Soortgelijke **besparingen zijn aangetoond in andere landen** zoals in de eerstelijns in Frankrijk (besparing €195 per patiënt)²⁸ en Duitsland (€179 per patiënt)²⁹ en in de tweedelijns in het Verenigd Koninkrijk (tussen €345 tot €982 per patiënt).³⁰

Het spreekt voor zich dat patiënten met een metabole stoornis, die volledig afhankelijk zijn van dieetpreparaten en waarbij het **uitblijven van een dieetpreparaat** in de behandeling veelal zal resulteren in levensbedreigende situaties of tot onomkeerbare gevolgen voor het kind in lichamelijk of geestelijk functioneren en de kwaliteit van leven. Deze beschadigingen van kinderen zullen leiden tot uitbreiding van zorg of het ontstaan van een volledig nieuwe, **intensieve zorgvraag resulterend in een verhoging van kosten in de gezondheidszorg**.

Een gelijke situatie ontstaat bij patiënten met een ernstige koemelkallergie die wanneer ze niet adequaat behandeld worden met dieetpreparaten blootgesteld worden aan

²⁶ Nuijten MJ, Freyer K. The Budget Impact of oral nutritional supplements in the community setting in The Netherlands. *Ars Accessus Medica/Erasmus University Rotterdam, Amsterdam, 2010. Abstract submitted to ISPOR 2010, full manuscript in preparation.*

²⁷ Nuijten MJ, Freyer K, Green CJ. Cost-effectiveness of food for special medical purposes relative to standard care in patients undergoing abdominal surgery. *Value in Health* 2008; 11: A632 PSY12.

²⁸ Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufriere B *et al.* Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clin Nutr* 2004; 23:1096 - 1103.

²⁹ Nuijten MJ, Freyer K. The Economic Impact of oral nutritional supplements in ambulatory setting in Germany. *Ars Accessus Medica/Erasmus University Rotterdam, Amsterdam, 2010. Abstract submitted to ISPOR 2010, full manuscript in preparation.*

³⁰ Elia M, Stratton RJ, Russell C, Green CJ, Pang F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. Redditch, BAPEN, 2005.

Patiëntencasuïstiek

Volwassenen COPD

Drinkvoeding

De heer de K. heeft sinds 3 jaar matig ernstig COPD ($FEV1 \leq 60\%$, beperkte inspanningscapaciteit $W_{max} < 70\%$). De heer de K. is de laatste jaren langzaam achteruit gegaan. Hij is geleidelijk aan meer benauwd en steeds sneller vermoeid. Daardoor is zijn mobiliteit verminderd. Dagelijkse inspanningen als fietsen en boodschappen doen kosten hem steeds meer energie. De ziekte COPD heeft een steeds grotere invloed op zijn leven. De heer de K. is sinds diagnose behandeld met medicatie. Door zijn benauwdheid heeft de heer de K. een verhoogde energiebehoefte. Hij is via zijn normale voeding niet in staat aan zijn verhoogde voedingsbehoefte te voldoen.

Vorig jaar is de heer de K. twee keer in het ziekenhuis opgenomen. Voorafgaand aan de opnames bleef hij afvallen, was futloos en ging zijn gezondheid sterk achteruit. Na zijn tweede ziekenhuisopname heeft hij naast medicatie drinkvoeding voorgeschreven gekregen.

De drinkvoeding neemt hij als aanvulling op zijn normale eten en drinken in. Het gewicht van de heer de K. is inmiddels gestabiliseerd. Deze stabilisatie van het gewicht is nodig, zodat hij bij de fysiotherapeut oefeningen kan doen. Door de drinkvoeding en de oefeningen is het uithoudingsvermogen van de heer de K. verbeterd. Zijn spiermassa is toegenomen. Hierdoor kan hij dagelijkse inspanningen, zoals fietsen, beter aan. De heer de K. is niet meer opgenomen geweest in het ziekenhuis.

langdurige medische zorg met alle bijbehorende kosten.^{31, 32}

Uitvoerbaarheid (4)

Is het nu en later haalbaar en houdbaar om de interventie of zorgvorm op te nemen in het pakket? De uitvoering van de gemoderniseerde aanspraak is momenteel efficiënt en effectief. De **standaard Verklaring dieetpreparaten** die voorschrijvers invullen maakt het huidige proces **efficiënt en eenvoudig** (zie bijlage 9: Verklaring dieetpreparaten).³³ Deze gehanteerde en algemeen geaccepteerde werkwijze binnen de huidige verzekeringssystematiek waarborgt bovendien dat **patiënten snel en effectief worden behandeld**. De kosten van de huidige aanspraak zijn van een zodanig beperkte omvang, dat die nooit aan de uitvoerbaarheid van de aanspraak in de weg kan staan.

Uit bovenstaande toepassing van de **pakketcriteria** kan worden geconcludeerd dat **opname van dieetpreparaten in het basispakket gerechtvaardigd** is. Dieetpreparaten vormen immers een integraal onderdeel van de behandeling van ernstig zieke patiënten.

Deel V: Alternatieve financiering

Alternatieve financiering door gemeenten

Het conceptadvies heeft als uitgangspunt dat vergoeding van dieetpreparaten voor patiënten noodzakelijk is. Alternatieve financiering door gemeenten wordt daarbij verkozen boven financiering vanuit de basisverzekering. **Een wettelijke basis voor deze eerste financieringsvorm ontbreekt echter**. Slechts de Wet Werk en Bijstand zou in de vorm van de bijzondere bijstand enig soelaas kunnen bieden in een uitzonderlijk geval. In zijn algemeenheid zal overheveling van financiering naar gemeenten derhalve **een ernstige beperking van de toegankelijkheid** tot deze vorm van medische zorg met zich meebrengen.

De suggestie die in het conceptadvies wordt gewekt als zouden er voldoende alternatieve mogelijkheden voor compensatie via de gemeenten voor de kosten van dieetpreparaten zijn is derhalve onjuist. Dat geldt ook voor andere alternatieven zoals financiering via de belastingen.

Wet Werk en Bijstand (WWB, voorheen Algemene Bijstandswet)

³¹ Sladkevicius E, Nagy E, Lack G, Guest JF. Resource implications and budget impact of managing cow milk allergy in the UK. *J Med Economics* 2010; 13: 119 - 128.

³² Guest JF, Nagy E. Modelling the resource implications and budget impact of managing cow milk allergy in Australia. *Curr Med Res Opin* 2009; 25: 339 - 349.

³³ De Verklaring dieetpreparaten is te downloaden via www.znformulieren.nl.

Patiëntencasuïstiek

Kinderen Phenylketonurie (PKU)

Eiwitbeperkt dieet met aminozuurpreparaat

Meisje M. is 8 jaar oud. De diagnose PKU werd bij haar als baby vastgesteld door middel van de hielprik. Op de leeftijd van 8 dagen werd zij doorverwezen naar de kinderarts metabole ziekten in het academische ziekenhuis. Daar werd na vaststellen van de diagnose direct gestart met het eiwitbeperkte dieet met toevoeging van een aminozuurpreparaat. M. heeft zich uitstekend ontwikkeld en functioneert goed in groep 5 van de basisschool. Haar ouders weten alles over haar ziekte en zijn in staat haar bloed phenylalanine waarde vrijwel altijd binnen de geadviseerde grenzen te houden. Hiervoor staat M. op een streng dieet. Haar ontbijt bestaat uit een schaaltje appelmoes gemengd met aminozuurpreparaat, en soms nog een eiwitarme cracker met eiwitvrij zoet beleg. Tussendoor op school krijgt ze een appel of een eiwitarm koekje. Bij de lunch eet ze 1 eiwitarme boterham met zoet beleg, 1 eiwitarme cracker met zoet beleg, en opnieuw een schaaltje appelmoes gemengd met aminozuurpreparaat. 's Middags krijgt ze een eiwitarm snoepje, en het avondeten bestaat uit 1 afgepaste portie groente, 1 afgepaste portie aardappel, eiwitarme pasta of rijst, met opnieuw een schaaltje appelmoes met aminozuurpreparaat. Eens per 3 à 4 weken verrichten haar ouders een vingerprik bij meisje M. waarbij een druppel bloed op filtreerpapier wordt aangebracht, waarin het laboratorium de phenylalaninespiegel kan bepalen. Aan de hand van de uitslag wordt het dieet bijgesteld. Eens per 3 maanden bezoekt meisje M. de kinderarts metabole ziekten.

Zonder gebruik van dieetpreparaat in de vorm van een aminozuurpreparaat zou de strenge eiwitbeperking niet mogelijk zijn. Consequenties van het uitblijven van dit dieetpreparaat in de behandeling zal veelal resulteren in een levensbedreigende situatie of tot onomkeerbare gevolgen voor het kind in lichamelijk of geestelijk functioneren en de kwaliteit van leven.

Onder de WWB worden kosten slechts vergoed indien er **geen voorliggende voorziening** voor is (artikel 35, lid 1 WWB). Indien men geen beroep meer kan doen op een andere voorliggende voorziening kunnen dieetpreparaten eventueel worden vergoed krachtens de WWB. Tevens dient het te gaan om **bijzondere omstandigheden waarbij de noodzakelijke kosten niet meer uit eigen middelen kunnen worden betaald**. Slechts wanneer naar het oordeel van de gemeente de kosten door de betrokkene evenmin uit de eigen middelen voldaan kunnen worden, kan daarvoor bijzondere bijstand worden verstrekt. Een patiënt krijgt dus alleen een vergoeding van dieetpreparaten indien er sprake is van noodzakelijke kosten die resulteren uit bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld medische redenen) en niet kunnen worden betaald (zoals uit de bijstandsnorm of het vermogen).

Een tegemoetkoming voor het gebruik van dieetpreparaten bestaat uitsluitend voor patiënten onder een bepaald bestaansminimum en staat ter discretionaire beoordeling van de betrokken gemeente. Er bestaat dus ook een reëel risico op verschillen in implementatie en de tegemoetkoming per gemeente, dus ook **een evident risico op rechtsongelijkheid als patiënten** het hiervan zouden moeten hebben.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

In de Wmo zijn de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet en het onderdeel huishoudelijke verzorging uit de AWBZ samengebracht. Het doel van de Wmo is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving. Als meedoen of zelfstandig wonen niet lukt zonder hulp, kan de gemeente ondersteuning bieden. Voorbeelden zijn hindernissen in en om het huis, het plaatselijk vervoer en in het ontmoeten van anderen. **De Wmo voorziet niet in vergoedingen van interventies die onderdeel zijn van de directe geneeskundige behandeling bij ziekten.**

Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)

In artikel 2 lid 1 sub a Wtcg is bepaald dat iemand jaarlijks recht heeft op een tegemoetkoming als hij behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen groep die gebruik maken van farmaceutische zorg en geneeskundige zorg die behoren tot de verzekerde prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet.

Het is met inachtneming van dit artikel onmogelijk dat een patiënt die wegens ziekte aangewezen is op het gebruik van dieetpreparaten, nog aanspraak maakt op een tegemoetkoming in de zin van deze wet, indien de Minister van VWS naar aanleiding van het voorliggende conceptadvies zou besluiten om de aanspraak op dieetpreparaten vanuit de Zorgverzekeringswet te beëindigen. Alsdan zou de voorwaarde onder a van voornoemd artikel immers niet langer zijn vervuld.

Belastingwetgeving

De belastingwetgeving biedt slechts zeer beperkt tegemoetkoming in de kosten van dieetpreparaten. De volgende voorbeelden illustreren dit. Er zijn vier situaties berekend:

- twee inkomens: een minimum en een modaal inkomen
- twee gebruikstermijnen: 5 en 7 maanden

er wordt hierbij uitgegaan van een gemiddeld gebruik van 3 pakjes per dag, tegen een prijs van €2,72 (incl. BTW) per pakje. De dieetpreparaten worden op medisch voorschrift gebruikt. Dit resulteert in de volgende kosten: voor 5 maanden €1.241 en voor 7 maanden €1.737.

Voor een patiënt met een **minimuminkomen**, bij een gebruiksduur van 5 maanden, met een uitgave van €1.241 aan dieetpreparaten komt een bedrag van €996 ten laste van het netto inkomen. Deze netto last is 6% van het netto inkomen op jaarbasis. In de maand waarin een dieetpreparaat gebruikt wordt, betekent dit een netto last van €119 oftewel 16%. Als deze patiënt gedurende 7 maanden dieetpreparaten gebruikt tegen het bedrag van €1.737 dan is de netto last €1.363 zijnde 9% van het netto jaarinkomen. **In de maand waarin een dieetpreparaat gebruikt wordt, betekent dit een netto last van €195 oftewel 15% van het netto maandinkomen.**

Voor een patiënt met een **modaal inkomen** leidt het gebruik van medisch voorgeschreven dieetpreparaten bij 5 maanden niet tot fiscale teruggave. De fiscale drempel voor aftrek van deze zorgkosten is hoger dan de kosten zelf. Bij een inkomen van €32.500 is deze drempel €536. De kosten van de dieetpreparaten komen volledig ten laste van de belastingplichtige. Bij 7 maanden resulteert het in een aftrek van €42 op jaarbasis. Op maandbasis is dit €248 per maand oftewel 12% op het netto maandinkomen. **Bij 7 maanden is dit een netto maandlast in de maand waarin een dieetpreparaat gebruikt wordt, van €242 oftewel 12%.**

Op basis van deze aanzienlijke bijkomende financiële last, bovenop de kosten die men maakt aan reguliere voeding, is het aannemelijk dat patiënten besluiten om de behandeling met dieetpreparaten in de eerstelijns te vermijden, met alle medische en gezondheidseconomische consequenties van dien. In de rekenvoorbeelden is gekozen voor patiënten met relatief beperkte kosten aan dieetpreparaten. Voor andere patiëntengroepen zijn de kosten van dieetpreparaten hoger tot bijvoorbeeld gemiddeld €15.000 per jaar voor een patiënt met een erfelijke stofwisselingsstoornis.

Voorts is het relevant om op te merken dat, van overheidswege, de fiscale aftrek in 2010 en 2011 verder zal verminderen. Tevens ontvangt de patiënt de eventuele belastingteruggave een jaar nadat de daadwerkelijke kosten gemaakt zijn.

Voor de beoordeling van de accountant inclusief het overzicht van de berekeningen zie bijlage 10: Beoordeling aftrek specifieke ziektekosten (dieetpreparaten).

Deel VI: Procedure en conclusies

Procedureel

In uw advies Pakketbeheer in de Praktijk 2³⁴ heeft u beschreven dat u in het kader van de pakketadvisering verschillende partijen in meerdere rollen consulteert. Dit doet u ten eerste in hun rol als (ervarings)deskundige en ten tweede vervolgens in hun rol als belanghebbende. Het bevreemdt partijen dat, waar zij in 2007 en 2008 intensief met het CVZ hebben overlegd over de onderhavige problematiek en zij als deskundigen op dit dossier zijn beschouwd, zij nu slechts de gelegenheid krijgen als belanghebbende in de (zeer beperkt ruimte voor inbreng gevende) consultatieronde te participeren. Dat is mede de reden waarom deze uitvoerige schriftelijke reactie is opgesteld.

Conclusies

Het voorliggende conceptadvies is **onzorgvuldig en voorbarig**. Alle recente onderzoeken met betrekking tot de inzet van dieetpreparaten in de praktijk rechtvaardigen de handhaving van de onderhavige aanspraak. De **gezondheidseconomische effecten** van de inzet van dieetpreparaten **leveren een substantiële bijdrage** aan de efficiency in de zorg, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van het bestaan van een aanzienlijke groep patiënten sterk wordt verbeterd en verbeterd blijft. De zorgvorm **voldoet bovendien aan alle pakketcriteria** die het CVZ regulier hanteert. Alternatieve en/of afdoende financiering voor dieetpreparaten via gemeenten of anderszins is geen begaanbare weg. **Aan het conceptadvies ontbreken dus zowel de feitelijke als de juridische gronden.**

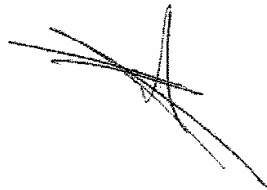
Partijen verzoeken u de inhoud van deze brief alsook de bijbehorende bijlagen zorgvuldig in acht te nemen bij de beoordeling van het voorliggende conceptadvies en met inachtneming van al het voorgaande te besluiten tot afwijzing van het voorliggende conceptadvies om de Minister te adviseren de aanspraak op dieetpreparaten te beëindigen.

Zorgvuldigheidshalve zullen wij een afschrift van dit document toezenden aan de Directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie van het Ministerie van VWS.

³⁴ College voor zorgverzekeringen, Pakketbeheer in de praktijk 2, Diemen, 2009.

Tot nadere toelichting zijn wij vanzelfsprekend graag bereid.

Hoogachtend,



Stuurgroep Ondervoeding
Prof. dr. C. Mulder, voorzitter

Tevens namens

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)

Drs. A. Poppelaars, directeur

Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN)

T. Markus - de Kwaadsteniet, directeur

Epilepsie Vereniging Nederland (EVN)

Drs. A.W.B. Tempels, directeur

Federatie van Technologiebranches (FHI)

Ing. L. Knaven, branche manager medische technologie

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Drs. J.A. Smits, voorzitter

Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV)

L. de Both, voorzitter

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

A. Bögels, directeur

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Drs. A.E. Timmermans, bestuursvoorzitter

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Dr. F.H. Bosch, voorzitter

Nederlandse PKU Vereniging

D. Abeln, voorzitter

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

A. van Ginkel - Res, voorzitter

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)

Prof. dr. E.J Kuipers, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE)

Prof. dr. C.J.J. Mulder, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie (NVGIC)

Dr. C.H.C. Dejong, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

Prof. dr. W.P.F. Fetter, voorzitter NVK en Dr. K.F.M. Joosten, voorzitter commissie voeding NVK

Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie (NVKN)

Dr. C. E. Catsman - Berrevoets, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

J.A.M. Wilmer, voorzitter

Patiëntenvereniging voor Volwassenen en Kinderen met Stofwisselingsziekten (VKS)

H.K. Meutgeert - Dekker, directeur

Stichting Patiëntenbelang Vergoeding Dieetpreparaten (SPVD)

Drs. A. Evertse, voorzitter

Vereniging tot bevordering onderzoek Erfelijke Stofwisselingsziekten in het Nederlandse taalgebied (ESN)

Dr. G.S. Salomons, voorzitter

Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen (VNFKD)

Drs. M. Skatnicki - Hoogland, voorzitter

Correspondentieadres:

p/a Nic. Witsenkade 13 huis, 1017 ZR Amsterdam

Stuurgroep Ondervoeding
t.a.v. Prof. dr. C. Mulder, voorzitter
p/a Nic.Witsenkade 13hs
1017 ZR AMSTERDAM

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025340

Behandeld door
P.K. Cheung

Doorkiesnummer
(020) 797 88 10

Onderwerp
Pakketadvies dieetvoeding

Geachte heer Mulder,

Het bestuur van het College voor zorgverzekering (CVZ) heeft kennisgenomen van uw reactie op het conceptadvies "Herziening vergoeding dieetpreparaten" die door het CVZ op 11 februari 2010 is ontvangen. Deze reactie heeft u ingezonden mede namens een groot aantal belanghebbende partijen zoals vertegenwoordigers van de patiënten, behandelaren, afleveraars, leveranciers en fabrikanten. Binnen het relatieve korte tijdbestek van een maand is het u gelukt een lijvig rapport op te stellen dat de steun heeft van vele partijen. 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.

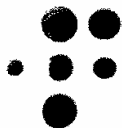
2/ZA/2010025340

In dat geval zal het CVZ u tijdig informeren en consulteren.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Boer', written over a horizontal line.

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 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 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



Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

College van Zorgverzekeraars
t.a.v. mevrouw M. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

CIZ

Princenhof Park 3
3972 NG Driebergen
Postbus 232
3970 AE Driebergen
KvK Utrecht 30159219

T 088 - 789 67 00

F 088 - 789 67 01

E info@ciz.nl

www.ciz.nl

Datum 23 februari 2010
NB. dit antwoord is reeds verzonden per e-mail op 12 februari
Ons kenmerk B&JZ-U-10-006
Behandeld door W. Beemsterboer
Betreft reactie op standpunt CVZ

Geachte mevrouw Haan,

Hierdoor wil ik - in aanmerking nemend dat 12 februari de uiterste datum is om te reageren - namens het CIZ graag een reactie geven op het standpunt van het CVZ zoals dit is verwoord in het Pakketadvies 2010. Het betreft *par. 5.d. Standpunten CVZ: te verzekeren zorg*.

We willen hetgeen in deze paragraaf is verwoord spiegelen aan de indicatiepraktijk.

We onderschrijven uw opvatting dat de behandeling van een psychiater en in het verlengde daarvan een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV'er) die werkt volgens een behandelplan - met aansturing **door** en terugkoppeling **naar** de behandelaar - geneeskundige zorg en daarmee een aanspraak in de Zorgverzekeringswet is.

Daarmee is echter de verbinding naar het grensgebied van zorg met een geneeskundig doel (Zvw) en zorg met een niet-geneeskundig doel (AWBZ) nog niet zo gemakkelijk gelegd.

Als we vanuit de indicatiestelling AWBZ kijken, dan redeneren we vanuit het stoornissen- en beperkingenbeeld van een verzekerde. Daarmee kan worden onderbouwd of een verzekerde bijvoorbeeld begeleiding (BG) of een andere AWBZ functie behoeft. De functie BG grijpt bijvoorbeeld in op beperkingen in een aantal ICF domeinen, zoals sociale redzaamheid (d1,d2,d3), mobiliteit (d4) en intermenselijke relaties (D7).

De vraag is op welke domeinen de behandeling vanwege een psychische stoornis ingrijpt, waardoor er sprake is van behandeling in het kader van de Zvw. Met andere woorden: welke beperkingen moeten - vanwege een psychische stoornis - met behandeling in het kader van de Zvw (geheel of gedeeltelijk) worden genezen dan wel moet voorkomen worden dat deze verergeren.

Als dat nader te specificeren is, als duidelijk is op welke domeinen de behandeling aangrijpt, dan is ook beter te onderbouwen waar de behandeling zich onderscheidt van de AWBZ functie Begeleiding. Ook wordt dan concreter wanneer begeleiding een onderdeel is van de behandeling van een psychische stoornis en wanneer niet.



Anders gezegd: het is juist dat BH herstel of voorkomen van verergering beoogt en BG het in stand houden en/of oefenen van vaardigheden, maar de vraag is hoe dit zich verhoudt tot de **aard/soort** en **ernst** van de beperkingen. Wat is daarover te zeggen om zo meer handvatten voor de praktijk te hebben?

In de 'volledige uitspraak' van het standpunt (14 december 2009) wordt in de paragraaf 'Wat valt onder geneeskundige GGZ' een voorbeeld genoemd van behandeling waarbij de begeleiding een integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling. In het voorbeeld is omschreven dat op geleide van het behandelplan van de psychiater de cliënt gedragstherapie, psycho-educatie en medicatie krijgt. Maar er is ook ondersteuning en begeleiding in de thuissituatie nodig. Deze ondersteuning en begeleiding bestaat uit (citaat:) 'het motiveren tot behandeling, stimuleren tot zelfzorg en enige activiteit en het geven van medicatie' en maakt integraal deel uit van de behandeling.

Ten aanzien van deze doelen het volgende:

- het motiveren tot behandeling is een vorm van begeleiding met als doel de behandeling door de psychiater mogelijk te maken. Dat is op deze wijze geformuleerd inderdaad een onderdeel van het behandelplan. We kennen echter een groep mensen die geen contact (meer) heeft met een behandelaar en/of (nog) zonder behandelplan is, waarbij er sprake is van ernstige tekorten in de sociale redzaamheid en waarbij het weigeren van een behandeling kan voortkomen uit hun psychiatrische stoornis. Voor deze groep van veelal zorgmijders maakt het voorbereiden op en motiveren tot behandeling onderdeel uit van de (AWBZ) begeleiding. Het aangrijpingspunt van de begeleiding vloeit weer voort uit het actuele beperkingenbeeld, waarbij de inzet van de (AWBZ) begeleiding is bedoeld voor het compenseren van zelfredzaamheidstekorten.

- stimuleren tot zelfzorg. Stimuleren tot zelfzorg kan ook hulp bij de persoonlijke verzorging betekenen; de indicatie voor persoonlijke verzorging grijpt daarbij in op beperkingen op het terrein van persoonlijke verzorging.

- het geven van medicatie. Het geven van medicatie vanwege de psychiatrische aandoening, dat wil zeggen het voorschrijven van de juiste medicatie en het toezien op de dosering is medicamenteuze behandeling (Zvw). Hoe het toezicht op medicatie te regelen die niet direct een relatie heeft met de behandeling (maar er vanwege de psychische stoornis geen sprake is van therapietrouw), levert wel vragen op: bijvoorbeeld in geval van medicatie die is bedoeld om besmettingsgevaar van derden tegen te gaan (bijvoorbeeld hepatitis).

De conclusie van bovenstaande is dat met een uitwerking van de aangrijpingspunten van de psychiatrische behandeling, het onderscheid tussen behandeling en begeleiding vanwege een psychiatrische stoornis nog scherper kan maken.

Tot slot

Gesteld wordt dat voor BG geen specifieke deskundigheid vereist zou zijn. Dit is zo vanuit het oogpunt van behandeling van psychische stoornissen. Er is echter wel specifieke *andersoortige* deskundigheid nodig als het gaat om het in stand houden en/of oefenen van vaardigheden (= BG), zij het dan wellicht niet de deskundigheid conform deze is benoemd voor BH. Het criterium is niet of er al dan niet specifieke deskundigheid in de zin van BH nodig is. Welke (al of niet expliciet benoemde deskundigheid) nodig is, is afhankelijk van de te bereiken doelen. Voor psychiatrische behandeling is deskundigheid op het terrein van een behandelaar nodig (die aangrijpt op aandoening en stoornissen), voor het in stand houden van vaardigheden kan ons inziens echter ook specifieke deskundigheid nodig zijn, maar deze staat dan in het licht van een andere doelstelling. Doordat wettelijk gezien voor de functie Begeleiding geen specifieke deskundigheid vereist is (en deze dus ook niet wordt benoemd) zoals deze bij Behandeling vereist is (en wel wordt benoemd), wordt daarmee gesuggereerd dat er *dus* in deze gevallen voor Begeleiding *helemaal geen specifieke deskundigheid (en dan wordt bedoeld: specifieke deskundigheid in de zin van BH) nodig zou zijn*. Maar als eerder gezegd: er is *wel* specifieke deskundigheid nodig, zij



het dan een *andersoortige* dan in de zin van BH. Hier staat de theorie te ver af van de praktijk en wordt volgens ons aan hulpverleners tekort gedaan.

Graag ter uwer kennisgeving en nadere overweging, mede namens collega Aletta Willems, beleidsmedewerker GGZ,

met vriendelijke groet,

Dr. Willibrord Beemsterboer, arts
beleidsmedewerker Medische zaken, afdeling Beleid & Juridische Zaken

Centrum indicatiestelling zorg

T 088-7894520

M 06-12970600

E willibrord.beemsterboer@ciz.nl

Centrum Indicatiestelling zorg
De heer dr. W. Beemsterboer, arts
Princenhof Park 3
3972 MG DRIEBERGEN

Uw mail van
12 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010029272

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 Beemsterboer,

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 reageert op het standpunt dat het CVZ in december 2009 heeft ingenomen inzake de grens tussen geneeskundige GGZ (Zorgverzekeringswet) en begeleiding (AWBZ). Aan de hand van een praktijkvoorbeeld concludeert u dat met een uitwerking van de aangrijpingspunten van de psychiatrische behandeling, het onderscheid tussen behandeling en begeleiding vanwege een psychiatrische stoornis nog scherper kan worden gemaakt.

Het CVZ heeft geconstateerd dat er in de praktijk geen eenduidige uitleg was tussen begeleidingsactiviteiten als onderdeel van een GGZ-behandeling (Zvw) en begeleiding vanuit de AWBZ. Geneeskundige GGZ is per 1 januari 2008 overgeheveld naar de Zvw. De zorg in het kader van de Zvw gaat voor op zorg in het kader van de AWBZ. Uitgangspunt bij het formuleren van het standpunt van het CVZ is dan ook "geneeskundige zorg" in het kader van de Zvw geweest. Dit heeft geleid tot een differentiatie tussen behandeling Zvw en begeleiding AWBZ op grond van vereiste deskundigheid en niet op grond van aangrijpingspunten (een vanuit de AWBZ gebruikelijke ingang). Op grond van de Zvw is geneeskundige zorg immers zorg die bepaalde professionals plegen te bieden. Vervolgens is gesteld dat voor het uitvoeren van begeleidingsactiviteiten, als onderdeel van geneeskundige zorg, deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist. Als het gaat om begeleidingsactiviteiten als onderdeel van AWBZ-begeleiding, heeft het CVZ gesteld dat geen specifieke deskundigheid vereist is op het niveau van behandelaar.

Tot slot wil ik reageren op uw opmerking over zorgmijders. Het benaderen van zorgmijders om te komen tot behandeling is een taak van gemeenten en uitdrukkelijk opgenomen in de Wmo. Na het toeleiden naar zorg kan geneeskundige zorg (Zvw) aan de orde zijn. Eventueel kan minimale zorginzet (voor een korte termijn bijvoorbeeld begeleiding en/of persoonlijke verzorging) geïndiceerd worden, als een verzekerde op grond van zijn psychiatrische stoornis geen behandeling wil ondergaan.

2/ZA/2010029272

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.

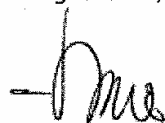
Ik heb kennis genomen van uw opvatting dat, indien het voorliggende advies niet wordt overgenomen, ActiZ, in het kader van de heroriëntatie hulpmiddelen, voorstelt de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet over te hevelen naar de Wmo.

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,



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 substituuut 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.

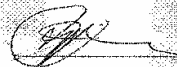
Recent onderzoek, in relatie tot het wegvallen van AWBZ zorg, leert dat 30% van de mensen die minder zorg krijgt (lees hier in dit verband hulpmiddelen) onzeker is of men nog wel zelfstandig kan blijven wonen.

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 in a cursive style.

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

College voor zorgverzekeringen
T.a.v. mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Leusden, 12 februari 2010

Betreft: bestuurlijke consultatie pakketadvies

Geachte mevrouw Den Haan,

Graag maakt de brancheorganisatie FHI Medische Technologie gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het door CVZ uitgebrachte concept pakketadvies.

Dieetpreparaten:

Voor wat betreft het FHI Medische Technologie standpunt op de voorgestelde wijziging ten aanzien dieetpreparaten verwijzen wij naar de gezamenlijke reactie die is toegezonden vanuit de Stuurgroep Ondervoeding.

Incontinentiehulpmiddelen:

Op pagina 41 van het rapport wordt onder het kopje "beschermende onderleggers" gesteld dat de hoge kwaliteit van de beschikbare lichaamsgedragen materialen, het gebruik van onderleggers overbodig maakt. De stelling dat onderleggers overbodig zijn onderschrijven wij niet en blijkt ook niet uit de praktijk. De kans dat er gedurende de nacht een lekkage ontstaat is zeer reëel voor iemand met een stoma of continentieprobleem. Dat heeft zeer zeker niet alleen te maken met de kwaliteit van het materiaal, maar ook met het slaapgedrag, de geestelijke toestand van de persoon in kwestie en dergelijke.

Er wordt gesteld dat een matrasbeschermer ongeveer € 20,- kost en dat dit voor iedereen wel opgebracht kan worden. FHI Medische Technologie maakt de kanttekening dat voor bepaalde categorieën van patiënten de kosten voor de benodigde verzorgingsmiddelen toch aanzienlijk zouden kunnen oplopen.

Voor een eventuele toelichting kunt u altijd contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

FHI
Nederlandse brancheorganisatie voor Medische Technologie



Luc H.M. Knaven

Nederlandse Brancheorganisatie voor medische
technologie (FHI)
De heer L.H.M. Knaven
Postbus 366
3830 AK LEUSDEN

Uw brief van
12 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025756

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 Knaven,

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.

Dieetpreparaten

Voor de reactie van het CVZ over dieetvoeding, verwijst ik naar de brief aan de Stuurgroep Ondervoeding d.d. 2 april 2010 (bijlage).

Incontinentiehulpmiddelen

De stelling dat 'beschermende onderleggers' overbodig zouden zijn wordt door de FHI niet onderschreven. De kans dat gedurende de nacht een lekkage ontstaat, is volgens u zeer reëel voor iemand met een stoma of continentieprobleem. U bent van mening dat dit zeker niet alleen te maken heeft met de kwaliteit van het materiaal, maar ook met het slaappgedrag, de geestelijke toestand van een persoon in kwestie en dergelijke.

Als reactie daarop het volgende.

Het standpunt dat bij een stoma of bij incontinentie beschermende onderleggers in het algemeen niet nodig zijn, dateert al uit 1999 toen verstrekking van deze materialen werd beperkt. Het is aannemelijk dat de kwaliteit van deze materialen in de afgelopen 10 jaar alleen maar is verbeterd. Fabrikanten van incontinentieverbanden maken reclame voor materialen die optimaal tegen doorlekken beschermen. Bij het raadplegen van de site van de Nederlandse stomavereniging valt op dat deze vereniging van mening is dat voor elke lekkage een oplossing is te vinden.

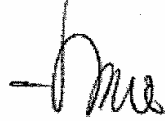
Het CVZ blijft dan ook bij zijn standpunt dat het gebruik van beschermende onderleggers in het algemeen niet nodig is. Om die reden stelt het CVZ voor de verstrekking te beperken tot een 'bijzondere individuele zorgvraag'. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om in bijzondere situaties nog wel tot vergoeding over te gaan. In andere gevallen, waarin zoals u stelt een *kans* op lekkage bestaat, is het de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om enkele wasbare onderleggers aan te schaffen om incidentele lekkage op te vangen.

2/ZA/2010025756

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



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



Nederlandse Vereniging
van Instellingen voor
Jeugd tandzorg

Eekbrouwersweg 4
5233 VG 's-Hertogenbosch
Postbus 3034
5203 DA 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 641 65 65
Fax: 073 642 85 05

's-Hertogenbosch, 21 januari 2010

Aan: de Raad van bestuur van het
College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. de voorzitter, dr. P.C. Hermans
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Geachte heer Hermans,

De NVIJ, de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg, heeft met spijt kennisgenomen van het voornemen van het College voor Zorgverzekeringen de minister van VWS onder meer te adviseren de mondzorg voor personen van 18-22 jaar uit het basispakket te schrappen.

Het bestuur van de NVIJ begrijpt een en ander uit hoofde van noodzakelijk geachte bezuinigingen.

De NVIJ stelt evenwel voor ca 1 ½ % van de beoogde besparing in de tandheelkunde te bestemmen als extra budget voor de NZa, ter financiering van de voortzetting van het traject in het kader van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg in 2010.

Hoogachtend, met vriendelijke groet,

namens het bestuur van de NVIJ,

J.P.M. Verhoeven, voorzitter

c.c. min. van VWS, NZa, NMT, ANT, ONT, SRI, NVM, ZN
vaste kamercie volksgezondheid

Nederlandse Vereniging van Instellingen voor
Jeugd tandzorg
t.a.v. de heer J.P.M. Verhoeven
Postbus 3034
5203 DA DEN BOSCH

Uw brief van
21 januari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025777

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte heer Verhoeven,

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.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) waardeert het dat u begrip heeft voor het advies van het CVZ om het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

In uw reactie stelt u voor een klein percentage van de beoogde besparing te bestemmen als extra budget voor de Nederlandse Zorgautoriteit ter financiering van het traject in het kader van het experiment vrije prijzen mondzorg.

Het CVZ merkt op dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het budgettair kader zorg vaststelt en verantwoordelijk is voor afspraken met de NZa.

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).

2/ZA/2010025777

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

Aan het College voor zorgverzekeringen
Eekholt 4
1112 XH Diemen

Betreft : Voorstel CVZ Uitstroom mondzorg achttien- tot tweeëntwintig jarigen

Leeuwarden, 10 februari 2010

Geachte mevrouw, mijnheer,

Het College van Adviserend Tandartsen (hierna te noemen het CAT) heeft kennis genomen van de voorstellen van het College van zorgverzekeringen zoals die zijn opgenomen in het Pakketadvies 2010. Deze voorstellen bevatten onder meer de uitstroom mondzorg van achttien – tot tweeëntwintig jarigen.

Het CAT is unaniem van mening dat op zorginhoudelijke gronden deze voorgenomen uitstroom ongewenst is. Het CAT wijst bovenstaand voorstel dan ook af.

De huidige regeling is pas van kracht vanaf 2008. Voor zover het CAT bekend zijn er op dit moment onvoldoende gegevens over de gebitstoestand en het tandartsbezoek van achttien- tot tweeëntwintig jarigen. Aannemelijk lijkt het dat deze groep minder belang hecht aan het afsluiten van een aanvullende verzekering, waardoor de toegankelijkheid van de mondzorg voor deze groep gevaar dreigt te lopen.

Onafhankelijk van bovenstaand standpunt is het CAT tevens van mening dat een tekstuele wijziging van de verzekerde prestaties mondzorg noodzakelijk is. Deze aanspraken zijn thans verwoord in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. De door mevrouw Maasdam en de heer Hillemans van ZN (januari 2010) gedane voorstellen worden dan ook door het CAT ondersteund.

Voor de tekst van deze voorstellen verwijzen wij naar de bijlage.

Ook willen wij graag wijzen op de uitkomst van het Signalement Mondzorg, dat wij onlangs in concept mochten ontvangen, waar in een verslechterende tendens lijkt voor een bepaalde categorie volwassen verzekerden. Mede om die redenen ondersteunen wij het voorstel van CVZ niet.

Met vriendelijke groet,

Namens het CAT

Mw. C.S.K. Boltje – de Boer
Voorzitter College van Adviserend Tandartsen

BIJLAGE uit de notitie van Zorgverzekeraars Nederland
Opgesteld door mw. M. Maasdam en dhr. J. Hillemans – januari 2010.

Notitie

Bijlage 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 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 mogelijk 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 prestatiegebouw 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 RTHZ. 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 zijn voorstellen nader toe te lichten en deze samen met CVZ en VWS verder uit te werken.

College van Adviserend Tandartsen
t.a.v. mevrouw C.S.K. Boltje - de Boer
Oude Haagweg 128
2552 GC 's-Gravenhage

Uw brief van
10 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010025939

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw Boltje-de Boer,

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 het College van Adviserend Tandartsen (CAT) het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar op zorginhoudelijke gronden ongewenst acht. In uw reactie geeft u echter niet aan op grond van welke zorginhoudelijke overwegingen een beperking van het recht op mondzorg ongewenst is.

Het CAT geeft verder aan dat er op het moment onvoldoende gegevens zijn over de gebitstoestand en het tandartsbezoek van achttien- tot tweeëntwintigjarigen.

In dit kader kan ik u meedelen dat het CVZ vanaf 1987 regelmatig onderzoek laat 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.

Het CAT merkt voorts op dat het aannemelijk lijkt dat de groep van achttien- tot tweeëntwintigjarigen minder belang hecht aan het afsluiten van een aanvullende verzekering en dat daardoor de toegankelijkheid van de mondzorg voor deze groep gevaar dreigt te lopen.

Hierover wil ik opmerken dat een verzekerde op grond van verschillende overwegingen kan besluiten geen aanvullende verzekering af te sluiten. Zo kan een overweging zijn dat de verzekerde de kosten van de aanvullende verzekering niet wil of kan betalen. Maar ook kan de overweging zijn dat de verzekerde over een goede mondgezondheid beschikt en dat het afsluiten van een aanvullende verzekering voor mondzorg overbodig wordt (geacht). Het al dan niet hebben afgesloten van een aanvullende verzekering voor mondzorg is niet direct een indicator voor de toegankelijkheid van de mondzorg.

2/ZA/2010025939

In de reactie verwijst het CAT ook naar de reactie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en geeft aan deze te ondersteunen. Voor mijn reactie op de inbreng van ZN verwijs ik u naar de bijlage in het rapport.

Tot slot verwijst het CAT naar het concept Signalement Mondzorg 2009 waarin voor een bepaalde categorie volwassen verzekerden van een verslechterende tendens wordt gesproken. Het gaat hier om mensen in de leeftijd vanaf 25 jaar zonder aanvullende verzekering.

Hierbij merk ik op dat het absolute aantal mensen zonder aanvullende verzekering in de steekproef laag is en dat de gevonden verschillen niet statistisch significant zijn.

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

SOAIDS

Soa Aids Nederland
Keizersgracht 390
1016 GB AMSTERDAM

Aan; College voor zorgverzekeringen (CVZ)
Pakketadvies
Ter attentie van mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH Diemen

Betreft: het pakketadvies 2010 met als onderwerp anticonceptie

Amsterdam, 11 februari 2010

Geacht college,

Het platform SOA en Seksuele Gezondheid, met als leden deskundigen afkomstig van vele Nederlandse organisaties en kenniscentra op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, heeft met ongerustheid kennisgenomen van het feit dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) overweegt de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) voor te stellen om hormonale en intra-uteriene anticonceptiemiddelen voor vrouwen ouder dan 21 jaar niet langer vanuit de basisverzekering te vergoeden.

Er is een aantal redenen om u met klem te adviseren dit voornemen niet te effectueren:

1. Het niet vergoeden van anticonceptiemiddelen botst met de principes van integrale zorg voor seksuele en reproductieve gezondheid zoals deze onder andere door de World Health Organization (WHO) zijn geformuleerd. De WHO zegt in dit kader onder meer: "Reproductive health implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice." In haar beleidsbrief "seksuele gezondheid" d.d. 27 november 2009 onderschrijft de staatssecretaris voor VWS deze uitgangspunten van bevordering van seksuele gezondheid expliciet en benadrukt bij herhaling het belang van "laagdrempelige beschikbaarheid van anticonceptie" en van "laagdrempelige, betaalbare, voor iedereen beschikbare voorzieningen en zorg". De staatssecretaris geeft in haar brief aan dat het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen, ongewenste zwangerschappen en seksuele dwang de primaire uitgangspunten dienen te zijn in beleid op het gebied van seksuele gezondheid.

Wij constateren dat juist de laagdrempeligheid en bereikbaarheid van middelen en voorzieningen Nederland een internationale voortrekkersrol hebben gegeven en hebben geleid tot de beste statistieken ter wereld met betrekking tot vele aspecten van seksuele gezondheid, waaronder hoog anticonceptiegebruik en lage abortuscijfers. (zie onder meer: Sexual and Reproductive Health in the Netherlands in international perspective RNG 2009)

2. Het verleden heeft diverse malen laten zien dat het opwerpen van financiële drempels deze statistieken in ongunstige zin beïnvloedt, nog los van het negatieve signaal dat van dergelijke maatregelen uitgaat. (1.2.3)
Er waren in januari 2008 goede argumenten om anticonceptie weer terug te brengen in het pakket nadat staking van vergoeding van anticonceptie voor vrouwen boven de 21 jaar per januari 2004 had geleid tot het staken van anticonceptiegebruik door tenminste 150.000 vrouwen. Dat deze afname van 10% van het pilgebruik in het daarop volgende jaar slechts leidde tot toename van de abortuscijfers met 0,2% werd vrijwel zeker veroorzaakt door een aantal andere factoren. In de eerste plaats daalde het aantal tienerzwangerschappen en –abortus, de groep die nog wel werd vergoed. Ook werd een van de grootste risicogroepen voor ongewenste zwangerschappen, namelijk kort geleden in Nederland gearriveerde migranten, aanzienlijk kleiner. Bovendien werd kort na deze maatregel de “noodpil” vrij verkrijgbaar hetgeen leidde tot een ruime verdubbeling van de verstrekking van dit middel. Een bijkomend negatief effect was dat, zoals de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) in 2005 constateerde, grote groepen vrouwen overstapten op wel vergoede hormonale middelen die om veiligheidsredenen niet voor anticonceptie zijn geregistreerd. (SFK 2005)
De meest waarschijnlijke reden dat na januari 2008, toen de pil weer werd vergoed, het aantal versterkte pilrecepten niet significant toenam, is het feit dat de relatief gezonde groep vrouwen in de vruchtbare levensfase de anticonceptie feitelijk wel zelf moet betalen omdat deze middelen vallen onder het eigen risico.
3. De financiële drempel die dreigt te worden opgericht lijkt voor de meerderheid van de vrouwen in Nederland weliswaar overkomelijk, maar treft de belangrijkste risicogroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus van vrouwen boven de 21: vrouwen in sociale achterstandsituaties, alleenstaande vrouwen en vooral vrouwen met een allochtone achtergrond. Dit zal de bestaande en ook door de staatssecretaris van VWS geconstateerde sociale ongelijkheid op het gebied van seksuele gezondheid voorspelbaar vergroten.

Namens het Platform SOA en Seksuele Gezondheid



Dr. H.W. van Lunsen

Referenties

1. Oddens BJ, Arnolds HT, Maris MG, et al. The dynamics of oral contraceptive use in the Netherlands 1990-1993. *Adv Contracept* 1994;10:167-174
2. Ketting E, Visser AP. Contraception in The Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Educ Couns*. 1994 Jul;23(3):161-71.
3. David HP, Rademakers J. Lessons from the Dutch abortion experience. *Stud Fam Plann*. 1996 Nov-Dec;27(6):341-3.

Soa Aids Nederland
t.a.v. de heer drs. C.A. Blom
Keizersgracht 390
1016 GB AMSTERDAM

Uw brief van
11 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010041920

Behandeld door
mw. drs. T.J. Duine

Doorkiesnummer
(020) 797 85 53

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010

Geachte heer Blom,

Hartelijk dank voor uw reactie mede namens het Platform SOA en Seksuele Gezondheid op het conceptrapport Pakketadvies 2010, onderdeel anticonceptie. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd, dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. De conclusie is, dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling 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. De conclusie is, dat op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid 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.

In uw reactie noemt u een aantal redenen om anticonceptiemiddelen te blijven vergoeden vanuit het basispakket.

Volgens SOAIDS botst het niet vergoeden van anticonceptiemiddelen met de principes van integrale zorg voor seksuele en reproductieve gezondheid. U 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 zwangerschap en abortus.

Reactie CVZ

U legt een koppeling tussen de vergoeding vanuit de basisverzekering en de hoge standaard van seksuele en reproductieve gezondheid. Het CVZ is van mening dat dit verband in de begintijd van de anticonceptie waarschijnlijk wel bestond, maar in de loop der jaren steeds minder gelegd kan worden. Het risico op ongewenste zwangerschappen bij kwetsbare groepen is naar de mening van het CVZ niet aanwijsbaar verbonden met het al dan niet vergoeden van anticonceptie. Een groot deel van de vrouwen die een abortus ondergaat heeft wel degelijk gebruik gemaakt van anticonceptiemiddelen. Kennelijk zijn er andere instrumenten nodig dan de basisverzekering om het abortuscijfer voor deze risicogroepen terug te dringen. Noch uit de abortusregistraties, noch uit statistieken over pilgebruik na de uit- en instroommaatregelen van respectievelijk 2004 en 2008 blijkt een verband tussen de vergoeding enerzijds en abortus en dalend/stijgend anticonceptiegebruik anderzijds.

Ongetwijfeld zullen er kleine aantallen vrouwen zijn waarvoor uw argumentatie geldt, maar deze rechtvaardigen niet dat middelen in het basispakket beschikbaar blijven die voor een overgrote meerderheid als niet noodzakelijk te verzekeren worden beschouwd. Voor de betreffende doelgroepen zijn andere instrumenten en domeinen meer geëigend.

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)

Dezerzijds 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.

Functiegerichte 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 aangepane 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 revalidatie doel 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



nederlandse vereniging van mondhygiënisten

postbus 1166
3430 bd nieuwegein
tel. 030 - 65 71 013
fax 030 - 65 71 859
info@mondhygienisten.nl
www.mondhygienisten.nl

De Raad van bestuur van het College
voor Zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH Diemen



Datum: 15 februari 2010
Onderwerp: Pakketadvies 2010
Kenmerk: VU100070/eb/ed

Geachte heer Boer,

Met teleurstelling heeft de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten kennisgenomen van het voornemen van het CVZ om de minister te adviseren de mondzorg voor de jeugd van 18-22 jaar uit het basispakket te schrappen.

Op de consultatiebijeenkomst van 28 januari jl. werd door u aangegeven dat het besluit hiervoor is genomen met het oog op toekomstige bezuinigingen. Tevens werd aangegeven dat gezien het gepast gebruik van de gezondheidszorg deze maatregelen worden voorgesteld. De criteria die hierbij worden aangewend zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid.

Het verbaast de NVM dat de onderzoeken die nu worden gebruikt om de mondzorg voor 18-22 jaar te schrappen, dezelfde onderzoeken zijn die in 2007 zijn gebruikt om de leeftijd van 18 naar 22 jaar te verhogen. Er zijn, voor zover ons bekend, geen onderzoeksgegevens beschikbaar voor de situatie ten tijde van de uitbreiding van het basispakket, dus vanaf 2008 tot en met nu. Is het tandartsbezoek van deze groep in de afgelopen 2 jaar verslechterd, verbeterd of gelijk gebleven? Daar komt bij dat de kostenverhoging van ca. 77 miljoen euro voor het opnemen van de mondzorg voor de leeftijdscategorie 18-22 jaar ruim beneden de 185 miljoen euro blijft die opname van de volwassenzorg in het basispakket zou hebben betekend.

Ook op inhoudelijke gronden betreuren wij uw advies. Sinds jaar en dag is bekend dat de jong adolescenten een risicogroep zijn voor cariës en parodontopathieën. Deze groep jongeren wordt zelfstandig, gaat tijdelijk ongezonder leven en eten en bezoekt vaak vanwege financiële redenen ook minder de mondhygiënist/tandarts. Wij kunnen dit staven met gegevens uit de dagelijkse praktijk, waar blijkt dat een groter percentage van de groep van 18 - 22 jaar (in vergelijking met die leeftijdscategorie in 2007) zich in 2009 bij de mondhygiënist/tandarts heeft vervoegd.

Met name proximale cariës en bloedend tandvlees zijn in deze leeftijdsgroep risico's waarbij goede preventie verdere schade, en dus hogere kosten op latere leeftijd, kan voorkomen.



Daarnaast hebben verzekeraars (o.a. Agis) in 2007 aan de bel getrokken. Voor jongeren van 16-18 jaar werden beduidend minder controles gedeclareerd en ook in de praktijken van de mondhygiënisten ontbrak deze groep. Wanneer deze tendens zich opnieuw voordoet na het weer schrappen van de aanspraak mondzorg voor de leeftijdscategorie 18-22 jaar, betekent dit dat jongeren nog langer van mondzorg verstoken zullen blijven, met alle gevolgen van dien (zowel zorginhoudelijk als financieel).

Mede gezien de criteria die de NPCF in haar voordracht voor gepast gebruik vanuit patiëntenperspectief aangaf (effectieve zorg, aandacht voor preventie, goed afgestemde zorg en zelfmanagement) en het feit dat de mondzorg voor de jeugd van 0-22 voornamelijk bestaat uit preventie en het coachen bij zelfzorg, verzoeken wij u vriendelijk doch dringend om het pakketadvies 2010 ten aanzien van de mondzorg te heroverwegen en het recht op mondzorg voor de jeugd tot 22 jaar niet te beperken.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E.M. Bol - van den Hil', written over a horizontal line.

E.M. Bol - van den Hil
directeur a.i.

Cc: NVIJ - dhr. H. Verhoeven
ZN - dhr. J. Hillemans
NMT - dhr. A.J. Rijnsburger

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
t.a.v. mevrouw E.M. Bol-van den Hil
Postbus 1166
3430 BD NIEUWEGEIN

Uw brief van
15 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010027973

Behandeld door
drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer
(020) 797 85 01

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Geachte mevrouw Bol-van den Hil,

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.

Het is juist dat een deel van de onderzoeken waarop het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zich baseert ook voorhanden was toen het besluit de verhoging van de leeftijds-grens 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. 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. Er bestond naar het oordeel van het CVZ geen zorginhoudelijk aanleiding de leeftijd te verhogen van achttien naar tweeëntwintig jaar.

Het CVZ gaat er vanuit dat, indien de minister het voorstel overneemt, dit een besparing van € 90 miljoen per jaar oplevert. Dat dit bedrag lager is dan de extra middelen die de minister voor de mondzorg beschikbaar stelde is voor het CVZ geen reden om van advisering af te zien.

In uw reactie geeft u verder aan dat jong adolescenten om verschillende redenen een risicogroep zijn. Dat deze groep een risicogroep zou vormen is mogelijk, maar blijkt niet uit de onderzoeken die het CVZ heeft laten uitvoeren. U geeft aan met gegevens uit de dagelijkse praktijk te kunnen staven dat deze groep wel een risicogroep is. U noemt in dat kader een toename van het percentage van de groep van achttien tot tweeëntwintig jaar dat in 2009 bij de mondhygiënist/tandarts heeft bezocht. Een toename van het mondhygiënist-/tandartsbezoek wil niet zeggen dat er sprake is van een risicogroep.

U geeft verder aan dat zorgverzekeraars in 2007 hebben gewaarschuwd voor een daling van de gedeclareerde controles. Indien er sprake is van een trend dat er voor jongeren van zestien tot achttien jaar minder periodieke controles worden gedeclareerd lijkt het er

2/ZA/2010027973

op dat het tot de te verzekeren prestaties behoren van deze zorg niet bepalend is voor het mondhygiënist/tandarts bezoek. Hier spelen blijkbaar andere factoren een rol. Het voorgestelde advies raakt deze groep niet.

Hierboven ben ik op de door u ingebrachte argumenten ingegaan. Het CVZ ziet geen aanleiding het advies aan te passen.

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



Nederlandse
Zorgautoriteit

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer B. Boer
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH Diemen

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
14 januari 2010

Uw kenmerk
ZA/2010001987

Behandeld door
A. Noordermeer

Telefoonnummer
030-2968357

E-mailadres
anoordermeer@nza.nl

Kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011

Onderwerp
Reactie op Consultatie Pakketadvies 2010 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Datum
23 februari 2010

Geachte heer Boer,

Met de bovengenoemde brief vraagt het CVZ om een bestuurlijke reactie op het pakketadvies 2008. Het CVZ vraagt daarbij de NZa om de reactie te richten op het hoofdrapport en op de nieuwe adviezen. U treft die reactie hierbij aan.

De NZa wil om te beginnen haar waardering uitspreken voor de wijze waarop u in het pakketadvies inspeelt op het verzoek van de minister van VWS om ook de uitvoeringsconsequenties van standpunten zo goed mogelijk in kaart te brengen. Het is voor ons belangrijk dat, als een standpunt van het CVZ tot gevolg heeft dat voor een bepaalde zorgvorm een tarief of prestatiebeschrijving moet worden vastgesteld, het CVZ de NZa bij de voorbereiding van het standpunt hiervan op de hoogte zal brengen.

Zoals in het concept-pakketadvies correct is verwoord, stelt de NZa prestaties vast die vallen onder de reikwijdte van de Wmg en los van eventuele verzekeringsaanspraken. In het algemeen geldt dat als bepaalde behandelingen een verzekerde prestatie worden en deze prestaties nog niet beschreven zijn door de NZa, deze prestaties op korte termijn in beleidsregels moeten worden opgenomen (onderbouwd). Ook echter in het geval dat nieuwe zorgvormen geen verzekerde zorg worden, kunnen partijen wel een verzoek indienen om deze prestaties in de beleidsregels op te nemen, zodat de prestatie declarabel wordt.

Voor de NZa is daarom van belang dat duidelijke afspraken worden gemaakt over de wijze waarop de NZa op de hoogte wordt gesteld van besluiten om zaken al dan niet in het pakket op te nemen. In de huidige situatie lijkt het toch nog zo te zijn dat de NZa zelf uit het pakketadvies moet afleiden of er nieuwe tarieven of prestatiebeschrijvingen moeten worden vastgesteld. Het lijkt ons verstandig nadere afspraken te maken om meer waarborgen in te bouwen dat hier geen misverstanden kunnen optreden.

Daarbij geldt dat in het pakketadvies sprake is van een lijst nieuw te verzekeren prestaties c.q. zorgvormen die vaak zeer medisch gedetailleerd beschreven zijn (bv. lumbale discusprothese, langdurige verneveling van hypertone zoutoplossing enz.), waarvan het voor de NZa op basis van het pakketadvies soms moeilijk te beoordelen is of en hoe deze in beleidsregels moeten worden opgenomen c.q. aangepast. Dat geldt ook voor "hulpmiddelenzorg en afbakening met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden (DBC-beoordeling)".

Kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011
Pagina
2 van 5

Met name wanneer delen van bestaande prestaties in of uit het pakket gaan, kunnen hier problemen optreden.

Achterliggende oorzaak is dat de Zvw en AWBZ, net als de Wmg, globaal en functiegericht van opzet zijn. Als concreet moet worden gemaakt wat er wel en niet onder valt, waarna er een vergoeding en/of declarabele prestatie aan moet worden gekoppeld, kunnen problemen ontstaan. Zeker wanneer daarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen wat er op grond van de Wmg gedeclareerd/vergoed moet worden.

Daarom is het van belang dat NZa en CVZ nadere (proces-)afspraken maken, zodat de NZa sneller en duidelijker geïnformeerd wordt over noodzakelijke aanpassingen van prestatiebeschrijvingen of beleidsregels. Dat geldt ook de wijze waarop DBC Onderhoud wordt geïnformeerd over voornemens tot de introductie van nieuwe prestaties waarbij ook DBC-O betrokken is.

Verder is bij de uitvoeringsconsequenties ook van belang dat de consequenties voor de modelovereenkomsten van verzekeraars in het advies scherp worden neergezet. De huidige tekst van het concept-advies is op dit punt niet correct. Een wijziging van de voorwaarden mag niet alleen kenbaar gemaakt worden via de website, maar moet ook schriftelijk (via een erratum) kenbaar gemaakt worden. Ook moet helder zijn dat een tussentijdse wijziging in het nadeel van de verzekerde (die niet voortvloeit uit gewijzigde wet- en regelgeving) een opzeggemogelijkheid betekent voor de verzekerde.

Ten slotte is de strekking van de passage in het concept-advies over toezicht in het kader van gepast gebruik ons niet geheel duidelijk, waar gesteld wordt dat "de toezichthouder, de NZa, dient toe te zien op het rechtmatig verhalen van zorgkosten door de zorgverzekeraar op de risicovereeniging. Dit onderwerp verdient meer prioriteit in het licht van de keten." De NZa stelt voor om onduidelijkheid te voorkomen door bij de voorafgaande opsomming van de verschillende vormen van toezicht ook een gedachtenstreepje over het toezicht door de NZa op te nemen, te weten:
"- toezicht door de NZa (uitsluitend verzekerde zorg inbrengen in de risicovereeniging, c.q. ten laste brengen van het AFBZ); "

Specifiek

Naast bovenstaande algemene punt geeft het pakketadvies 2010 ons aanleiding tot de volgende meer specifieke opmerkingen:

- In onderdeel 2c gepast gebruik wordt gesproken over wat verzekeraars meer kunnen doen dan nu gebeurt, om gepast gebruik

te bevorderen. Het lijkt de NZa daarbij van belang dat hierbij ook de grenzen nadrukkelijk worden aangegeven. De NZa wijst er daarbij op dat het addendum gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen per 27 januari 2008 zijn geldigheid heeft verloren. Het zou goed zijn als het CVZ niet alleen aandacht vraagt voor meer inzet van verzekeraars ten aanzien van gepast gebruik, maar ook voor de noodzaak dit addendum te vernieuwen zodat daarmee ook de grenzen van wat de verzekeraar kan en mag met persoonsgegevens duidelijk zijn.

Kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011

Pagina
3 van 5

- Bij het onderdeel 2d eigen bijdragen en eigen risico constateert het CVZ een aantal inconsistenties. De verkeerde prikkel die volgens het CVZ uitgaat van het feit dat voor de eerstelijns GGZ een eigen bijdrage geldt en voor de tweedelijns GGZ niet, is door de NZa ook genoemd in de uitvoeringstoets curatieve GGZ van februari 2009. We delen derhalve de constatering van het CVZ.
- Bij het onderdeel 3b preventie gaat het CVZ in op de stand van zaken rond preventie:
- Gerefereerd wordt aan eerder ingenomen standpunten, waaronder het stoppen-met-rokenprogramma waarvan het CVZ in 2009 heeft geadviseerd dit op te nemen in het pakket. Voor het stoppen-met-roken-programma is nog geen prestatie beschreven; als dit wordt opgenomen in het pakket of als er een formeel verzoek van partijen komt in het kader van de Wmg, zal dit wel moeten gebeuren. Wij noteren dit op de 'to-do-lijst' voor de NZa.
- Het CVZ constateert dat selectieve preventie geen deel uitmaakt van het domein van de basisverzekering. Op basis hiervan is bijvoorbeeld in mei 2009 vastgesteld dat selectieve preventie GGZ voor kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers niet behoort tot het domein van de Zvw maar tot dat van de Wmo. De NZa zal op dit punt nader onderzoek doen en afstemmen met DBC Onderhoud, om te bepalen of de Spelregels DBC-registratie GGZ aangepast moeten worden. Deze spelregels horen bij de Regeling instructie DBC-registratie GGZ (GG/NR-100.117). De beschrijving van het onderdeel 'De grens tussen geneeskundige GGZ (Zvw) en begeleiding (AWBZ)' komt overeen met de betreffende passage in Spelregels DBC registratie GGZ. Op dezelfde basis wordt opsporing van mensen met familiale hypercholesterolemie niet in het pakket opgenomen. Hier wordt overigens niet naar de Wmo verwezen.
De NZa vraagt zich af of bij deze twee elementen het CVZ als pakketbeheerder ook niet de (financiële) consequenties voor het BKZ nadrukkelijker moet schetsen, wanneer dit soort effectieve preventie niet van de grond komt. Het gaat dan om een inschatting van de kosten van dergelijke vormen van preventie (in deze gevallen kosten in het kader van de Wmo) en opbrengsten (in termen van verminderde zorgvraag binnen de Zvw). Het is immers zeer onwenselijk als door het schot tussen Zvw en Wmo een ondoelmatige afweging zou worden gemaakt, te weten dat rendabele investeringen niet zouden worden gedaan. Een vorm van kwantificering van kosten en baten door het CVZ zou een doelmatige afweging (los van wettelijke schotten) kunnen bevorderen, naar de mening van de NZa.
- Het CVZ neemt het standpunt in dat bepaalde vormen van preventie van problematisch alcoholgebruik tot de te verzekeren prestaties behoren. Het onderdeel 'Preventie van problematisch alcoholgebruik' is geregeld in de Beleidsregel overige producten (CU-5020). De NZa zal bezien of deze beleidsregel aanpassing behoeft.

- De NZa mist in de passage over preventie overigens aandacht voor het feit dat gezondheidsschade soms via andere beleidsterreinen kan worden voorkomen. Dat kan zijn arbeidsomstandighedenbeleid, dat kan ook zijn zaken als een geluidsbegrenzer op mp3-spelers etcetera. Waar in het concept-advies wel aandacht is voor gepast gebruik en andere vormen van preventie, zou deze meer causale benadering ook op zijn plaats zijn. Verwachte of gerealiseerde stijgingen in de zorgvraag, kunnen aanleiding zijn om te signaleren dat dergelijke vormen van preventie noodzakelijk zijn.
- Het uitstroomadvies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen heeft, indien de minister dit overneemt, gevolgen voor de prestatie Uitleen (H109, beleidsregel CA-387, pag. 25 en 26). De prestatie wordt beperkt.
- Het uitstroomadvies mondzorg 18-21-jarigen vergt een aanpassing van de beleidsregels en tariefbeschikkingen voor instellingen voor jeugd tandverzorging. Opmerkelijk is daarbij dat op grond van advisering door het CVZ twee jaar geleden de leeftijdsgrens juist is opgerekt van 18 naar 21 jaar. De wijziging zou betekenen dat opnieuw alle beleidsregels door de NZa moeten worden aangepast.
- Het mandibulair repositie apparaat (MRA) in kader van gebitsbehandeling wordt geen verzekerde prestatie; dit is wel per 2010 een verzekerde prestatie in het kader van slaapapneu (als hulpmiddel). In dat kader is de prestatie MRA reeds opgenomen in beleidsregels en daarmee kunnen die prestaties automatisch ook gebruikt worden voor een gebitsbehandeling. Een beleidsregelaanpassing is niet nodig.
- Bij overname door de minister van het nieuwe advies herziening vergoeding dieetpreparaten zijn, voor zover de NZa kan overzien, geen aanpassingen in beleidsregels nodig. De NZa beschrijft immers prestaties ongeacht de verzekerde status. De prestaties die nu beschreven zijn voor dieetadvies zijn a) reguliere behandeling, b) groepsbehandeling en c) toeslag voor uitbehandeling (alle vrije prijs). Verder zijn er geen regels voor dieetadvies. Mocht dieetvoeding onderdeel zijn van een multidisciplinaire behandeling dan blijft dat onderdeel dieetvoeding voor de behandeling nog steeds nodig, waaraan een bepaald prijskaartje hangt. Van de totale DBC-prijs krijgt de patiënt een stukje prijs niet meer vergoed vanuit de Zvw. De NZa zal bij eventuele vaststelling van een DBC-prijs in dat kader, duidelijk aangeven dat de dieetvoeding niet meer geacht wordt deel uit te maken van die DBC-prijs. Indien een partij daarom verzoekt, zal de NZa een aparte prestatie/tarief vaststellen voor (medisch geïndiceerde) dieetvoeding zodat het ziekenhuis die in rekening kan brengen. Die rekening kan dan bij de patient komen te liggen (als onverzekerde zorg) of bij de verzekeraar (in het kader van de aanvullende verzekering).
De NZa wil wel suggereren om in de passage over eigen bijdrage en eigen risico ook aandacht te besteden aan dieetpreparaten. Dit voor het geval dit advies niet (geheel) wordt overgenomen. Problematisch is immers dat op dit moment het dieetpreparaat volledig wordt vergoed, terwijl een gebruiker vaak zonder het preparaat ook kosten zou hebben gehad. Los van de beperkingen van de Zvw, is beleidsmatig wenselijk dat een vergoeding uit publieke middelen niet meer dan de meerkosten zou hoeven bedragen. U heeft daar ook eerder in een advies aandacht voor gevraagd.

Kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011

Pagina
4 van 5


- In de verkenning ivf-behandelingen worden nog geen conclusies getrokken. De NZa heeft bezien of eventuele uitstroom consequenties heeft voor de marktstructuur van ziekenhuizen en in het bijzonder van ziekenhuizen in een grensregio. Van belang daarbij is dat ziekenhuizen in de grensregio's een gelijk speelveld hebben. Belangrijk is daarbij dat het pakket op basis van objectieve criteria wordt vastgesteld. Als dat (naar het oordeel van de rechter) onvoldoende het geval is, bestaat het risico dat een Nederlandse burger een behandeling in eigen land niet, maar over de grens wel vergoed krijgt. De NZa vraagt hier aandacht voor.
- In het pakketadvies wordt aangehaald dat het CVZ op basis van het signalement zorgzwaartebekostiging aan VWS heeft geadviseerd om de beleidsregels voor de indicatiestelling zodanig aan te passen dat het mogelijk is om ook voor verzekerden die een lager ZZZ krijgen geleverd, een indicatie voor ZZZ 10 af te geven als zij 24-uurszorg of gespecialiseerde verpleging nodig hebben, ongeacht of zij naar een aparte woonafdeling verhuizen. De NZa is met het CVZ van mening dat het indiceren gekoppeld moet zijn aan zorginhoudelijke criteria. Voor zover een cliënt geïndiceerd voor ZZZ-10 ook de noodzakelijk zorg ontvangt in een hiertoe gespecialiseerd verpleeghuis is de bekostiging van deze cliënt geen probleem. De NZa voorziet dat problemen zich zullen voordoen indien de cliënt niet wenst te verhuizen naar een palliatief terminale unit. Een cliënt met ZZZ VV-2 die bijvoorbeeld al twee jaar woont in een kleinschalige voorziening/verzorgingshuis en de laatste maanden als gevolg van kanker aangewezen is op ZZZ VV-10 kan de wens hebben om te sterven in zijn huidige woonvoorziening. Cliënten die thuis wonen en zijn aangewezen op palliatief terminale zorg kunnen immers ook deze palliatieve thuiszorg ontvangen via de thuiszorg. Het afstemmen van de bekostiging op de wensen van de cliënt in het verzorgingshuis is geen kleine aanpassing, maar in feite is sprake van een kleine stelselwijziging. Voor deze vorm van wonen en zorg zijn nog geen tarieven, prestaties of spelregels vastgesteld. Deze wijziging kan niet los worden gezien van plannen rondom het scheiden van wonen en zorg. De kern van het probleem heeft te maken met de huidige wet- en regelgeving die op tal van punten nog een onderscheidt maakt tussen het leveren van intramurale en extramurale zorg. De NZa adviseert om hiermee rekening te houden.

Kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011

Pagina
5 van 5

M

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit



mw. drs. C.C. van Bèek MCM
Lid Raad van Bestuur / plv. voorzitter

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Mevrouw drs. C.C. van Beek MCM
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Uw brief van
23 februari 2010

Uw kenmerk
ANOR/BMOK/2010/011

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010029227

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 Van Beek,

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.

Algemeen

In uw brief gaat u uitgebreid in op het feit dat het innemen van standpunten door het CVZ tot gevolg heeft dat voor een bepaalde zorgvorm een tarief of prestatiebeschrijving moet worden vastgesteld. U vindt het van belang dat het CVZ de NZa bij de voorbereiding van standpunten hiervan op de hoogte brengt. Uw voorstel is om hierover nadere (proces)afspraken te maken, ook over de wijze waarop DBC Onderhoud wordt geïnformeerd over de introductie van nieuwe prestatie waarbij DBC Onderhoud is betrokken.

Het CVZ stemt van harte met uw voorstel in en zal binnenkort het initiatief nemen voor het maken van een afspraak.

Vervolgens wijst u erop in de dat in de brief 'Een standpunt in de uitvoeringspraktijk' in de passage die betrekking heeft over de consequenties voor de modelovereenkomst een onjuistheid staat. Een wijziging van voorwaarden mag niet alleen kenbaar worden gemaakt via de website, maar moet ook schriftelijk (erratum) aan verzekerden worden gemeld. Ook moet helder zijn dat een tussentijdse wijziging ten nadele van de verzekerde (die niet voortvloeit uit de wet- en regelgeving) een opzegmogelijkheid betekent voor de verzekerde.

Het CVZ neemt dit punt van u over en zal het advies dienovereenkomstig wijzigen.

Toezicht in kader gepast gebruik

U stelt voor om in de paragraaf over gepast gebruik een toevoeging ter verduidelijking te doen waar het het toezicht van de NZa betreft.

Het CVZ neemt uw voorstel over.

Specifiek

Bevorderen gepast gebruik

In de paragraaf over gepast gebruik geeft het CVZ aan dat verzekeraars meer kunnen doen dan nu gebeurt, om gepast gebruik te bevorderen. U vindt het van belang dat het CVZ daarbij ook de grenzen aangeeft door te wijzen op de noodzaak om het (per 27 januari 2008) niet meer geldige addendum gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen te vernieuwen.

Het CVZ is van mening dat zorgverzekeraars, los van het genoemde addendum, nieuwe mogelijkheden hebben om gepast gebruik te bevorderen. Bijvoorbeeld door hierover afspraken te maken bij de zorginkoop en door op metaniveau voor zover mogelijk te beoordelen of de zorg die is geleverd voldoet aan de vereisten van medisch noodzakelijk, juiste indicatie en of stepped care is toegepast. Het CVZ zal ook wijzen op het belang van het vernieuwen van het addendum gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen.

Naar aanleiding van het standpunt van het CVZ dat selectieve preventie niet behoort tot het zorgdomein, maar tot het domein van de Wmo, gaat u nader onderzoeken en afstemmen met DBC Onderhoud of de spelregels DBC-registratie moeten worden aangepast. Verder hebt u de prestatiebeschrijving voor het stoppen-met-rokenprogramma op uw 'to-do-lijst' geplaatst.

Met inachtneming van de eerder vermelde aankondiging voor met maken van nadere (proces)afspraken, neemt het CVZ dit op dit moment voor kennisgeving aan.

Preventie

Naar aanleiding van het onderscheid dat het CVZ maakt tussen selectieve en geïndiceerde preventie (respectievelijk domein Wmo en Zvw) werpt u de vraag op of het CVZ niet nadrukkelijk de financiële consequenties zou moeten schetsen wanneer dit soort effectieve preventie niet van de grond komt. Het gaat dan om een inschatting van de kosten van dergelijk preventie (in genoemde gevallen Wmo) en de opbrengsten in Zvw als gevolg van een verminderde zorgvraag.

Ik deel uw opvatting. Maar onmiddellijk merk ik daarbij op dat het op voorhand inschatten van de financiële consequenties voor het BKZ in geval de selectie preventie binnen de Wmo niet of onvoldoende van de grond komt, niet eenvoudig is. Om een goede implementatie van zijn preventierapporten te bewerkstelligen, heeft het CVZ in het najaar van 2009 een congres georganiseerd waarbij ook met name is ingegaan op de rol die gemeenten en andere actoren op dit terrein vervullen.

Verder mist u in de passage over preventie aandacht voor het feit dat gezondheidsschade soms via andere beleidsterreinen kan worden voorkomen. Het kan gaan om arbeidsomstandighedenbeleid, maar bijvoorbeeld ook om een geluidsbegrenzer op mp3-spelers. Verwachte of gerealiseerde stijgingen in de zorgkosten, kunnen aanleiding zijn om te signaleren dat dergelijke vormen van preventie noodzakelijk zijn.

Als het CVZ kostenstijgingen in de zorg onderkent die hun grondslag vinden in een tekortschietende preventie op andere beleidsterreinen zal het CVZ hierover een signaal afgeven.

Mondzorg

Het uitstroomadvies over de mondzorg 18-21 jarigen vindt u opmerkelijk omdat op grond van advisering door het CVZ 2 jaar geleden de leeftijdsgrens juist was verhoogd van 18 naar 21 jaar. Als de minister dit advies overneemt betekent dit dat de Nza opnieuw de beleidsregels en tariefbeschikkingen voor instellingen voor jeugd tandzorg moet aanpassen.

De verhoging van de leeftijdsgrens 2 jaar geleden is voortgekomen uit de onderhandelingen over het Regeerakkoord van het kabinet Bakenende IV. Het CVZ is hier op geen enkele wijze bij betrokken geweest en heeft dus op dit punt ook geen advies uitgebracht.

Dieetpreparaten

Na het horen van de reacties van de belanghebbende partijen alsook het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) heeft de Raad van Bestuur van het CVZ besloten nu geen advies uit te brengen over het onderwerp "Herziening vergoeding dieetpreparaten". Door het handhaven van de huidige vergoedingsstatus voor dieetpreparaten is geen actie nodig van de NZa.

IVF

U wijst op het risico van mogelijke grensproblematiek en marktongelijkheid in het algemeen voor ziekenhuizen in geval uitstroom van de IVF-behandelingen aan de orde zou zijn. U vraagt aandacht voor het risico op vergoeding in het buitenland, als een uitstroombesluit over IVF onvoldoende onderbouwd zou zijn aan de hand van objectieve criteria.

Het CVZ heeft in het IVF-rapport niet meer dan een verkenning gedaan naar de vraag, of IVF-behandelingen tot de noodzakelijk te verzekeren zorg moeten behoren. Het CVZ ziet op basis van de verzamelde gegevens en de aangedragen argumenten geen reden om de vergoeding van de IVF-behandeling uit het basispakket te schrappen.

Van een uitstroombesluit zal op korte termijn dan ook geen sprake zijn, ook omdat de IVF-behandeling niet los gezien kan worden van overige fertiliteitszorg.

Signalement zorgzwaartebekostiging

U bent met het CVZ van mening dat het indiceren gekoppeld moet zijn aan zorginhoudelijke criteria. Wel geeft u aan dat het afstemmen van de bekostiging op de wensen van de cliënt in het verzorgingshuis geen kleine aanpassing is, maar in feit een kleine stelselwijziging betreft. Voor deze vorm van wonen en zorg zijn nog geen tarieven, prestaties of spelregels vastgesteld. Ook kan deze wijziging naar uw mening niet los worden gezien van de plannen rondom het scheiden van wonen en zorg. De kern van dit probleem heeft te maken met het feit dat de huidige wet- en regelgeving op tal van punten nog onderscheid maakt tussen het leveren van extramurale en intramurale zorg.

Het CVZ is verheugd dat de NZa dezelfde mening is toegedaan over de indicatiestelling die gerelateerd moet zijn aan zorginhoudelijke criteria. Wij lichten hier nader toe wat het CVZ beoogt. De verandering in het signalement die het CVZ aan het Ministerie van VWS heeft voorgesteld ten opzichte van de huidige situatie is dat het voor bewoners van een verzorgingshuis mogelijk wordt gemaakt om de zorg die ze anders op een speciale afdeling zouden krijgen, nu op de eigen kamer te ontvangen. Dit staat volgens het CVZ los van de plannen rondom het scheiden van wonen en zorg en betreft ook geen kleine stelselwijziging. Wellicht veronderstelt u dat het gaat om extramurale zorg binnen een verzorgingshuis. Dat is niet het geval: het gaat om intramurale zorg, die qua omvang (veel) groter is dan die van de lage ZZP's.

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).

4/ZA/2010029227

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 of the first letter.

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,


Drs. J.A. Zwitser,
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

Bourgognestraat 9
6137 JH Sittard

Postbus 34
3630 Maasmechelen

t 0900 040 04 81 f 0031 46 458 49 89
f 046 458 60 28 f 0031 46 458 60 28
e info@endometriose.nl e info@endometriose.be
f www.endometriose.nl f www.endometriose.be

Endometriose Stichting

Sittard, 22 februari 2010

Geacht College van Zorgverzekeraars, geachte Kamercommissie,

Wij ontvingen via de media en via de CG-raad dat u voornemens bent de Minister van Volksgezondheid te adviseren om de anticonceptiepil uit het basispakket te halen voor twintigplussers. Als patiëntenorganisatie (De Endometriose Stichting) ontvingen wij hierover vele verontrustende berichten van vrouwen met endometriose*

Middels deze brief willen wij u vragen om uw advies te heroverwegen op basis van onderstaande argumenten:

- * Anticonceptiepillen worden naast gebruik als anticonceptie, veelvuldig gebruikt om endometrioseklachten te verminderen. Sommige middelen zijn, naast registratie als anticonceptiemiddel ook als medicatie tegen endometriose geregistreerd (Duphaston)
- * Anticonceptiepillen worden bij endometriose als eerste keus voor therapie gebruikt omdat het relatief goedkope middelen zijn (kosteneffectief), en deze middelen relatief weinig bijwerkingen hebben. Anticonceptiepillen zijn voor de behandeling van endometrioseklachten een noodzakelijk en effectief middel. Bij veel vrouwen voldoet dit middel en verminderen de klachten.
- * Anticonceptiepillen worden bij endometriose als eerste keus gebruikt in het zoekproces naar een juist middel. Daarbij zal eerst voor het goedkoopste anticonceptiemiddel worden gekozen, maar soms blijkt een duurder middel noodzakelijk.
- * In het "pakketadvies 2010" geeft CVZ aan dat "de geringe kosten van de goedkoopste eerste keus middelen" maken dat de zorg voor eigen rekening kan komen van de patiënt.
- * Wij delen de mening van de CG-Raad, dat deze redenering principieel onjuist is: als zorg noodzakelijke zorg is, hoort deze in het basispakket opgenomen te zijn, ook wanneer deze relatief goedkoop is.
- * Voor de groep vrouwen met endometriose is echter ook niet altijd het goedkoopste middel het juiste middel. Welk anticonceptiemiddel de juiste keus blijkt, wordt in een zorgvuldig zoekproces onderzocht. Uiteraard start men met een goedkoop middel, maar soms is een duur middel het juiste voor een patiënt. Het gaat hierbij om maatwerk.
- * Wij vrezen, net als de CG-Raad dat als de anticonceptiepil voor endometriosepatiënten uit het pakket wordt gehaald, er eerder zal worden gegrepen naar de medicatie die nog wel wordt vergoed. Deze middelen zijn zwaarder, hebben meer bijwerkingen en zijn duurder.
- * CVZ adviseert om een uitzondering te maken voor het hormoonspiraaltje "indien dat wordt toegepast voor klachten van gynaecologische aard". Wij vragen u dan ook om deze uitzondering uit te breiden met andere anticonceptiemiddelen en deze in het basispakket te handhaven voor patiënten voor wie deze middelen noodzakelijke en effectieve zorg betekenen.

ABN-AMRO 42.04.62.260 | 48.48.51.683
IBANnr. NL07ABNA0420462260 | NL07ABNA0484651683
BIC ABNANL2A
K.v.K. 34181129

Fortisbank 001-501 433-7-95
IBANnr. BE76001501433795
BIC BEBADEBB


Bourgognestraat 7
6137 JH Sittard

Postbus 34
3630 Maasmechelen

f 0900 040 04 81 f 0031 46 458 49 89
f 046 458 60 28 f 0031 46 458 60 28
e info@endometriose.nl e info@endometriose.be
i www.endometriose.nl i www.endometriose.be

Endometriose Stichting

Wij worden hierin gesteund door:

Naam	Werkzaam te	Functie	Handtekening
Dr. V. Mijatovic	VUMC Amsterdam	gynaecoloog	
Dr. W. Willemsen	UMC St. Radboud Nijmegen	gynaecoloog	
Dr. J. Maas	MUMC Maastricht	gynaecoloog	
Dr. K.B. Kluivers	UMC St. Radboud Nijmegen	gynaecoloog	
Dr. A. Simons	UMCG Groningen	gynaecoloog	
Dr. P. van Kesteren	OLVG Amsterdam	gynaecoloog	
Dr. P. Hompes	VUMC Amsterdam	gynaecoloog	

Voor aanvullende motivatie van bovengenoemde argumenten staan wij u graag te woord.

Met vriendelijke groet,
Namens het bestuur van de Endometriose Stichting,

Mevrouw B.L.F. De Bie
Voorzitter

b.debie@endometriose.nl www.endometriose.nl
Tel.Nr. : 0900 0400481/046 4584989

**Endometriose is een chronische ziekte waarbij het weefsel dat normaal de binnenkant van de baarmoeder bekleedt (endometrium), groeit op plaatsen buiten de baarmoeder. Het is een vrij onbekende ziekte die bij één op de tien vrouwen voorkomt en het leven van die vrouw (en haar partner) helemaal op de kop kan zetten. De behandeling van endometriose bestaat uit het behandelen van de symptomen. Dit wordt gedaan door de menstruatiecyclus te stoppen door bijvoorbeeld de pil non stop te gebruiken. Dit is reeds jaren een eerste keus therapie omdat deze het minst invasief is voor de patiënt. In deze geldt hoe zwaarder de medicatie hoe meer bijwerkingen.*

ABN-AMRO 42.04.62.260 | 48.48.51.683
IBANnr. NL07ABNA0420462260 | NL07ABNA0484851683
BIC ABNANL2A
K.v.K. 34181129

Fortisbank 001-501 433-7-95
IBANnr. BE76001501433795
BIC FEBABEBB

Endometriose Stichting
t.a.v. mevrouw B.L.F. de Bie, voorzitter
Postbus 34
MAASMECHELEN

Uw brief van
22 februari 2010

Uw kenmerk

Datum
2 april 2010

Ons kenmerk
ZA/2010046223

Behandeld door
mw. drs. T.J. Duine

Doorkiesnummer
(020) 797 85 53

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2010

Geachte mevrouw De Bie,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2010, onderdeel anticonceptie. Graag reageer ik op de punten die u naar voren brengt.

Het CVZ heeft in de consultatieronde aangekondigd dat het de domeinvraag voor dit onderwerp zou onderzoeken. De conclusie is dat het voorbehoeden van zwangerschap niet voorziet in de behoefte aan geneeskundige zorg zoals geformuleerd in de doelstelling 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. De conclusie is dat op basis van de pakketprincipes noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid 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 geeft aan dat anticonceptiemiddelen als eerste keus voor therapie gelden omdat ze effectief zijn, weinig bijwerkingen hebben en ook kosteneffectief zijn. U vreest substitutie naar middelen die nog wel vergoed worden, maar die duurder en zwaarder zijn en meer bijwerkingen kennen.

Reactie CVZ

Het CVZ deelt uw visie dat anticonceptiva effectieve middelen zijn om pijnklachten bij endometriose te bestrijden. In een algehele afweging heeft het CVZ er toch voor gekozen om de anticonceptiemiddelen in zijn geheel te laten uitstromen. Doorslaggevend hiervoor zijn geweest de geringe kosten van deze middelen op jaarbasis, gecombineerd met de uitvoeringslast voor de betrokken partijen (behandelaars, verzekeraars, patiënten) die het gevolg is van de samenloop van anticonceptiva en therapeutische indicaties respectievelijk het onderscheiden daartussen.

2/ZA/2010046223

Het CVZ schat het door u genoemde risico van substitutie niet erg hoog in. (Huis)artsen zijn verantwoordelijk genoeg om geen onnodig zware middelen voor te schrijven. Patiënten zullen vanwege de geringe kosten evenmin snel geneigd zijn om op een suboptimaal middel aan te dringen. Voor de wat duurdere anticonceptiva geldt bovendien nu ook al een eigen bijdrage.

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