

Rapport

Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'

Op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **268** (Herziene druk d.d. 28 januari 2009)

Uitgave

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

Volgnummer

28095799

Afdeling

PAKKET

Auteur

mw. mr. P.C. Staal (in samenwerking met: mw. mr. B. Blekken-
horst, mw. J.M. Latta, mw. dr. G. Ligtenberg, mw. F.M. van der
Meer, mw. mr. A.M.C. van Saase)

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 33

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Betekenis van het criterium 'plegen te bieden'
3	2.a. Functionele omschrijving van te verzekeren prestaties
4	2.b. Inhouds- en omvangsaspect van 'plegen te bieden'
6	2.c. Vaststellen 'plegen te bieden'
8	3. Situaties in de praktijk: een verdere inkleuring
8	3.a. Verticale taakherschikking
8	3.b. Horizontale taakherschikking
14	3.c. Specifieke kenmerken/organisatorische effecten
16	4. Ruimte verzekeraars: hoe ver reikt deze?
19	5. Verhouding 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'

Samenvatting

Functionele omschrijving te verzekeren prestaties

De te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – zijn in de Zorgverzekeringswet functioneel omschreven. Alleen het ‘*wat*’ (de inhoud en omvang van de zorg) en het ‘*wanneer*’ (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. ‘*Wie*’ de zorg verleent en ‘*waar*’ de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. De regelgever heeft dit voor sommige zorgvormen vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term ‘plegen te bieden’. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners (‘zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden’) worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie.

‘Plegen te bieden’

Vragen over interpretatie

Omdat geregeld vragen rijzen over de precieze interpretatie van het criterium ‘plegen te bieden’, heeft het CVZ besloten het criterium toe te lichten en uit te leggen. In het rapport komen de volgende onderdelen aan bod.

Aanvaarde arsenaal van zorg/ professioneel juist wijze

Inhouds- en omvangsaspect van ‘plegen te bieden’:

Zorg die ‘pleegt te worden geboden’ betreft – kort gesteld – zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep ‘pleegt te bieden’. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op ‘professioneel juiste wijze’.

Ruimte verzekeraars:

Het criterium ‘plegen te bieden’ laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke

***Grenzen wet in
acht nemen***

soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Die wet brengt - met name als het gaat om voorbehouden handelingen - beperkingen met zich mee. Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepaling in de polis) allerlei (categorieën) beroepsbeoefenaren inschakelen. Hij moet zich er wel van vergewissen dat degenen die hij noemt ook daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) om de zorg op het vereiste niveau - het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die die zorg pleegt te bieden - te verlenen.

Verhouding 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'

Eerste stap: beoordeling 'plegen te bieden'

De systematiek van de Zorgverzekeringswet en de onderliggende regelgeving brengen met zich mee dat men, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep pleegt te bieden', toekomt aan beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg conform 'stand van de wetenschap en praktijk'. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden', maar waarvan wordt vastgesteld dat deze niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort ook niet tot de te verzekeren prestaties. In dat geval is het laatstgenoemde criterium het doorslaggevende criterium.

1. Inleiding

Te verzekeren prestaties De inhoud en omvang van het zorgpakket – exacter gezegd: de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet - worden bij wettelijk voorschrift geregeld. De manier waarop de regelgever daarin heeft voorzien verschilt per zorgvorm. Sommige zorgvormen heeft de regelgever in meer algemene termen beschreven.¹ De inhoud en omvang van andere zorgvormen zijn meer en detail geregeld en soms is zelfs sprake van een limitatieve opsomming.²

'Plegen te bieden' Voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen heeft de regelgever gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Besluit zorgverzekering).

Vragen over interpretatie

Het criterium 'plegen te bieden' bepaalt dus – naast andere wettelijke criteria³ - voor een aantal zorgvormen de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties. Geregeld rijzen vragen over de toepassing van het criterium in concrete situaties. Het CVZ heeft zich inmiddels over een paar casusposities uitgesproken. Recentelijk ging dat bijvoorbeeld om de onderwerpen orthoptische zorg, optometrie en zorg door een zogenoemde SOS-arts.⁴ Omdat, gezien de voorgelegde vragen, de precieze interpretatie van het criterium niet voldoende helder is, heeft het CVZ besloten het criterium toe te lichten en uit te leggen. Het CVZ doet dit vanuit zijn functie van pakketbeheerder. Onderdeel van die functie is dat het CVZ aan de hand van de wet- en regelgeving beoordeelt wat onder de dekking van de basisverzekering valt

Toelichting en uitleg

¹ Dit geldt bijvoorbeeld voor huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg.

² Dit geldt bijvoorbeeld voor hulpmiddelenzorg en extramurale farmaceutische zorg.

³ Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' is een ander wettelijk criterium. Dat is op vrijwel alle zorgvormen van toepassing. Daarnaast gelden er wettelijke criteria in de vorm van uitsluitingen en beperkingen. Deze verschillen per zorgvorm.

⁴ In paragraaf 3 worden deze voorbeelden uitgebreid besproken.

respectievelijk aangeeft hoe de wet- en regelgeving dient te worden geïnterpreteerd en beoordeeld.⁵ Deze activiteit wordt aangeduid als ‘duiding van het te verzekeren pakket’.

Opbouw stuk

De opbouw van het stuk is als volgt. In paragraaf 2 gaan wij allereerst in op de betekenis van het criterium ‘plegen te bieden’. Hoe moet dit criterium worden geïnterpreteerd? In die paragraaf geven wij ook aan hoe kan worden vastgesteld of aan het criterium ‘plegen te bieden’ wordt voldaan. Daarna, in paragraaf 3, schetsen wij een aantal situaties in de praktijk, waarmee verdere verduidelijking wordt gegeven. Vervolgens wijden wij een paragraaf aan de rol van de zorgverzekeraars. Welke ruimte biedt het criterium ‘plegen te bieden’ aan zorgverzekeraars? Tot slot bespreken wij hoe het criterium ‘plegen te bieden’ zich verhoudt tot het wettelijke criterium ‘zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk’.

⁵ Artikel 64, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat het CVZ een eenduidige uitleg bevordert van de aard, de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties.

2. Betekenis van het criterium ‘plegen te bieden’

2.a. Functionele omschrijving van te verzekeren prestaties

Functionele omschrijving te verzekeren prestaties

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is ervoor gekozen om de te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – functioneel te omschrijven. Alleen het ‘*wat*’ (de inhoud en omvang van de zorg) en het ‘*wanneer*’ (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. ‘*Wie*’ de zorg verleent en ‘*waar*’ de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. De regelgever heeft dit voor sommige zorgvormen (de meer in algemene termen beschreven zorgvormen) vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term ‘plegen te bieden’. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners (‘zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden’) worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie.⁶

‘Plegen te bieden’

Het criterium ‘plegen te bieden’ bepaalt dus de inhoud en omvang van de zorg, maar laat wel ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden.

Hierna gaan wij allereerst in op het inhouds- en omvangsaspect van ‘plegen te bieden (paragrafen 2 en 3).

⁶ De toelichting bij het Bzv geeft de volgende uitleg. De term ‘plegen te bieden’ houdt verband met de invoering van de functiegerichte omschrijving en is bedoeld om de *soorten zorg* te benoemen die onder de dekking vallen. Met de formulering ‘plegen te bieden’ met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar worden de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Door in de omschrijving de maat te nemen van voor iedereen kenbare hulpverleners, is het duidelijk welke zorg het betreft.

Later, in paragraaf 4, gaan wij in op het andere punt: wat is de reikwijdte van de speelruimte van de zorgverzekeraars?

2.b. Inhouds- en omvangsaspect van 'plegen te bieden'

Toelichting Bzv

De toelichting bij het Besluit zorgverzekering merkt t.a.v. het begrip 'plegen te bieden' het volgende op:

"Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters.

en

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen."

'Plegen te bieden': twee aspecten

Wat kan uit de gekozen bewoordingen in de regelgeving (zorg zoals die en die zorgverleners plegen te bieden) en de toelichting daarbij worden afgeleid? Naar de opvatting van het CVZ valt dit in twee aspecten uiteen.

Soorten zorg

Soorten zorg (het zorgarsenaal)

Allereerst wordt door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners geregeld welke *soorten zorg* onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De woorden 'plegen te bieden' beperken de zorg wel tot de zorg die binnen de beroepsgroep waartoe de betreffende zorgverlener behoort, pleegt te worden verleend. Het gaat er dus niet om wat een individuele zorgverlener gewoonlijk feitelijk aan zorg verleent, maar – in de termen van de toelichting bij het Besluit zorgverzekering – om het door de beroepsgroep aanvaarde arsenaal van zorg.

Op professioneel juiste wijze

De verwijzing naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met 'plegen te bieden' betekent daarnaast ook dat het gaat

**Professioneel juist/
kwaliteitsniveau** om zorg die *op professioneel juiste wijze* wordt geleverd. Dat betekent dat het gaat om zorg op het kwaliteitsniveau dat volgens de betreffende beroepsgroep is aangewezen. Als zorg onder een bepaalde noemer wordt aangeboden - bijvoorbeeld: het zou gaan om huisartsenzorg - en als vaststaat of in hoge mate aannemelijk is dat degenen die als aanbieders van die zorg worden genoemd (bijvoorbeeld in de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar) niet in staat/bekwaam zijn huisartsenzorg op het (volgens de professionele standaarden van de beroepsgroep van huisartsen) vereiste niveau te verlenen, kan in dit voorbeeld niet gesproken worden van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Zie in dit verband ook de opmerking in paragraaf 4 over de ruimte die de functionele benadering zorgverzekeraars biedt.

Specifieke kenmerken/org. aspecten 'Op professioneel juiste wijze' kan ook betrekking hebben op specifieke kenmerken of specifieke organisatorische aspecten van de zorg. Bepaalde kenmerken of organisatorische aspecten kunnen zodanig bepalend zijn voor de inhoud of omvang van de zorg en dus onlosmakelijk verbonden zijn met de wijze waarop de zorg wordt geboden, dat alleen als daaraan is voldaan gesproken kan worden van 'professioneel juiste zorg'. In dat geval kan alleen als aan de specifieke kenmerken/organisatorische aspecten is voldaan gesproken worden van 'zorg zoals ... plegen te bieden'. Het volgende - eenvoudige - voorbeeld kan als verduidelijking dienen. In de praktijk wordt gebruik gemaakt van het webmailconsult. Dit is een huisartsconsult, waarbij de communicatie tussen de patiënt en de huisarts via internet plaatsvindt. Een dergelijke ehealth-toepassing bestaat naast de zorg zelf ook nog uit de componenten organisatie en informatie- en communicatie-technologie. De kwaliteit van de te verlenen zorg is mede afhankelijk van de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de informatieoverdracht. Alleen als de kwaliteit van genoemde onderdelen in orde is, kan gesproken worden van 'op professioneel juiste wijze' en is er sprake van zorg 'zoals

Voorbeeld: webconsult

huisartsen die plegen te bieden'.⁷ Een ander voorbeeld, waarbij dit aspect van 'plegen te bieden' aan de orde is, betreft de zogenoemde SOS-arts. Kortheidshalve verwijzen wij naar de in paragraaf 3.c. gegeven uiteenzetting.

**Samenvatting
'plegen te bieden'**

Samengevat gaat het bij 'plegen te bieden' om de zorg die de zorgverlener van het genoemde type volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde zorgarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. De verwijzing naar de beroepsgroep geeft aan dat 'plegen te bieden' een geobjectiverde norm is.

2.c. Vaststellen 'plegen te bieden'

**Vaststelling zorg-
arsenaal**

**Richtlijnen en stan-
daarden beroeps-
groep**

Hoe kan worden vastgesteld of een bepaalde beroepsgroep 'iets pleegt te bieden'? Of anders gezegd: hoe kan worden vastgesteld wat de beroepsgroep tot het eigen zorgarsenaal rekent? Hiervoor kunnen we te rade gaan bij de richtlijnen en de standaarden van de betreffende beroepsgroep. Het zorgaanbod van een bepaalde beroepsgroep kan veelal daaraan worden ontleend. Ook aan opleidings- en beroeps-eisen van een beroepsgroep kan in voorkomend geval informatie worden ontleend over het werkgebied en daarbij horende zorgaanbod (zorgarsenaal) van de betreffende beroepsgroep. Ook een visiedocument van een beroepsgroep waarin het zorgaanbod inhoudelijk is beschreven kan behulpzaam zijn voor het beantwoorden van de vraag of een bepaalde beroepsgroep bepaalde zorg 'pleegt te bieden'.⁸ Als dit soort documenten ontbreken of als die geen directe duidelijkheid bieden, kan het van belang zijn bij de beroepsgroep resp. bij beroepsgroepen van zorgverleners na te vragen of men de zorg waar het om draait beschouwt als onderdeel van het door de eigen beroepsgroep te leveren zorgarsenaal.

⁷ Dit voorbeeld is terug te vinden in bijlage 1.cc van het door het CVZ op 27 maart 2007 uitgebrachte Pakketadvies 2007 (uitgave CVZ 2007, 248).

⁸ Zie bijvoorbeeld: de toekomstvisie van de NHG op de huisartsgeneeskundige zorg (hoofdstuk 3.3.2 onder Advies, Begeleiding, Preventie (pagina 28).

***Ook tbv vaststelling
'op professioneel
juiste wijze'***

Richtlijnen en de andere hiervoor genoemde documenten kunnen ook dienen om na te gaan wanneer sprake is van zorgverlening 'op professioneel juiste wijze'. Een dergelijke toets zal in de regel alleen aan de orde zijn als anderen dan de tot de beroepsgroep behorende personen de zorg verlenen of als er redenen zijn om aan te nemen dat de wijze waarop de zorg wordt verleend (op essentiële onderdelen) afwijkt van de manier waarop de zorg normaliter wordt geleverd.

Rol CVZ

Het CVZ kan – indien het daartoe aanleiding ziet – voor wat betreft dit aspect een uitspraak doen over de vraag onder welke voorwaarden er, gezien de relevante richtlijnen en dergelijke, sprake is van 'zorg zoals ... die plegen te bieden'. Dit zal dan gebeuren op basis van een weging van alle

***Rol zorgverzeke-
raars***

relevante gegevens. Het is aan de zorgverzekeraars om na te gaan of aan de betreffende voorwaarden in de praktijk ook wordt voldaan. Zij hebben immers de mogelijkheid om in de modelovereenkomst bepaalde zorgverleners aan te wijzen en bij het maken van keuzes zullen zij zich ervan moeten vergewissen dat de (groep) zorgverleners die zij in de polis noemen ook in staat (is) zijn de zorg op 'professioneel juiste wijze' te leveren. Zorgverzekeraars zijn vanwege hun prominente rol in de uitvoeringspraktijk ook toegerust om deze toets, waarbij het gaat om de beoordeling van een concrete feitelijke situatie, te doen.

3. Situaties in de praktijk: een verdere inkleuring

Inkleuring dmv voorbeelden

Wij zullen – mede aan de hand van voorbeelden uit de praktijk - de beoordeling van het criterium ‘plegen te bieden’ inkleuren en verder verduidelijken. Allereerst gaan wij in op situaties waarbij sprake is van taakherschikking en waarbij het draait om de vraag tot wiens zorgarsenaal de betreffende zorg behoort (paragrafen 3.a. en 3.b.). Daarna bespreken wij een situatie waarbij aan de orde is of gesproken kan worden van ‘professioneel juiste zorgverlening’ (paragraaf 3.c.).

3.a. Verticale taakherschikking

Gespecialiseerde verpleegkundigen

In de huisartsenpraktijk nemen gespecialiseerde verpleegkundigen delen van de traditionele huisartsenzorg over van de huisarts. Omdat de betreffende zorg deel uit blijft maken van de standaarden voor huisartsenzorg (NHG-standaarden) en het verder zo is dat deze verpleegkundigen onder verantwoordelijkheid werken van de huisarts, betreft het zorg ‘zoals huisartsen die plegen te bieden’. Een voorbeeld is de nurse practitioner, die binnen de huisartsenpraktijk onder meer laag complexe huisartsenzorg verleent, zoals behandeling van bovenste luchtweginfecties, KNO-klachten, urineweginfecties en lage rugklachten. Een ander voorbeeld is de diabetesverpleegkundige die volgens vaste protocollen bij en voor de huisarts diabeteszorg verleent.⁹

3.b. Horizontale taakherschikking

Overname door andere zelfstandige professionals

Het kan zich voordoen dat een zorgonderdeel dat een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, geleidelijk aan door andere zelfstandige professionals wordt overgenomen. Dit kan betekenen dat het betreffende zorgonderdeel niet meer behoort tot het zorgarsenaal van de beroepsgroep die oorspronkelijk voor de zorg in beeld was. De conclusie kan dan zijn dat het betreffende zorgonderdeel niet meer door de ‘oorspronkelijke’ beroepsgroep ‘pleegt te worden geboden’,

⁹ Ontleend aan: Verkenning “verpleegkundige zorg” in de 1^e lijn, ETC TANGRAM, Leusden, november 2006.

Verschuiving naar ander zorgarsenaal? maar door de 'overnemende' beroepsgroep (een verschuiving van het ene arsenaal van zorg naar een ander arsenaal van zorg). Als de leden van de betreffende beroepsgroep niet in de regelgeving worden genoemd, heeft dit tot gevolg dat het betreffende zorgonderdeel niet meer tot de te verzekeren prestaties behoort. In verband hiermee is het van belang niet te lichtvaardig te concluderen dat er een verschuiving van het ene zorgarsenaal naar het andere heeft plaatsgevonden. Het is alleen gerechtvaardigd om die conclusie te trekken als buiten twijfel staat dat de 'oorspronkelijke' beroepsgroep zich van de zorg heeft 'gedistantieerd' en de zorg geheel los is komen te staan van de zorg die de oorspronkelijke beroepsgroep feitelijk nog wel biedt (m.a.w. de zorg maakt qua aard en inhoud geen onlosmakelijk onderdeel meer uit van de overige zorg die de oorspronkelijke beroepsgroep feitelijk nog steeds biedt).¹⁰

Illustratie dmv voorbeelden Ter illustratie een tweetal voorbeelden, waarbij sprake is van horizontale taakherschikking en waarbij de vraag speelt bij welk zorgarsenaal de zorg waarvoor de taakherschikking geldt, thuishoort.

Oogarts

Orthoptische zorg

De oogarts is opgeleid in de volle breedte van het terrein van de oogziekten (conservatief en invasief). Het vakgebied bestrijkt de pathologie, genees- en heelkunde van het oog en de omliggende weefsels in de oogkas. Binnen dit gebied voert de oogarts diagnostische en therapeutische handelingen uit (zowel conservatief als chirurgisch).

Orthoptist

De orthoptist richt zich vooral op een aantal monoculaire en binoculaire aandoeningen van het visuele systeem en heeft zich op dit gebied ontwikkeld tot specialist.

¹⁰ Mocht (toch) geconcludeerd worden dat er zich een verschuiving heeft voorgedaan met als onbedoeld en ongewenst effect dat bepaalde zorg niet langer behoort tot de te verzekeren prestaties (omdat niet meer wordt voldaan aan het criterium 'plegen te bieden'), dan bestaat uiteraard de mogelijkheid om de minister van VWS te adviseren de regelgeving aan te passen.

***Taken oogartsen
overgenomen door
orthoptisten***

Het gaat om de volgende aandoeningen:

- amblyopie (lui oog);
- strabismus (scheelzien);
- diplopie (dubbelzien);
- asthenopie (zwakte van het oog);
- refractie-afwijking (brekingsafwijking).

In het verleden werden de diagnostiek en behandeling van deze mono- en binoculaire stoornissen uitgevoerd door oogartsen. Als gevolg van een beperkte capaciteit van oogartsen, zijn taken op dit gebied geleidelijk grotendeels overgenomen door orthoptisten. Het orthoptisch vakgebied bestaat in Nederland nu circa 50 jaar. Voortschrijdende taakdifferentiatie en –specialisatie hebben ertoe geleid dat de orthoptist op dit deelgebied van de oogheeskundige zorg een steeds zelfstandiger positie heeft verworven. De orthoptist is de specialist op het gebied van de genoemde monoculaire en binoculaire aandoeningen; de oogarts houdt zich hier nauwelijks meer mee bezig. De orthoptist heeft dit gebied ook verder ontwikkeld.

Wie 'pleegt te bieden'?

De vraag is: tot wiens zorgarsenaal behoort de diagnostiek en behandeling van de genoemde mono- en binoculaire stoornissen (wie pleegt te bieden)? Het CVZ heeft deze vraag beantwoord en – kort gesteld – geconcludeerd dat de genoemde zorg nog steeds gerekend moet worden tot het zorgarsenaal van de oogartsen en dus – in het kader van de Zorgverzekeringswet - beschouwd moet worden als zorg zoals oogartsen (medisch-specialisten) plegen te bieden.

***Zorgarsenaal oog-
artsen***

***Motivering stand-
punt***

De motivering van dit standpunt en de overige overwegingen luiden als volgt.

“Het CVZ is van mening dat de orthoptische zorg behoort tot het ‘aanvaarde arsenaal van de beroepsgroep’, dat wil zeggen de beroepsgroep die zich bezighoudt met de diagnostiek en behandeling op het brede terrein van de oogziekten. Deze conclusie wordt ondersteund door het verleden, waarin de oogarts verantwoordelijk was voor het gehele oogheeskundig

Geen eigen zorgarsenaal los van arsenaal oogartsen

domein en de orthoptist veelal 'in dienst van' de medisch specialist werkte. Het onderzoek geeft over het hier en nu aan dat oogarts en orthoptist nauw samenwerken en elkaar aanvullen binnen dit domein. De taakherschikking tussen oogarts en orthoptist heeft ertoe geleid dat de orthoptist het orthoptisch beroepsarsenaal de afgelopen jaren heeft uitgebreid en verfijnd. Deze ontwikkeling is onmiskenbaar, maar zij rechtvaardigt naar de mening van het CVZ niet de conclusie dat er thans sprake zou zijn van een geheel eigen beroepsarsenaal van de orthoptist binnen het oogheeskundig domein, los van het arsenaal van de oogartsen op het brede terrein van de oogheeskundige aandoeningen.

Zelfstandig opereren

Nog een aanvullende opmerking. Uit de reacties van de NOG en de NvVO op het rapport blijkt dat de beroepsgroepen niet dezelfde visie hebben op de verantwoordelijkheidsverdeling bij de orthoptische zorgverlening. Buiten kijf staat volgens het onderzoek echter dat de orthoptist binnen zijn vakgebied zelfstandig kan opereren en er geen sprake is van supervisie door of een hiërarchische ondergeschiktheid aan de oogarts. Het CVZ meent dat deze zelfstandigheid ook inhoudt dat de orthoptist competent verondersteld moet worden om, indien nodig, te verwijzen naar de oogarts.

Verantwoordelijkheidsverdeling niet doorslaggevend

Wat de beoordeling van 'plegen te bieden' betreft, hoeft het CVZ overigens geen uitspraak te doen over de gewenste verantwoordelijkheidsverdeling. Bij dit criterium is de verantwoordelijkheidsverdeling immers niet doorslaggevend. Zowel bij zelfstandige beroepsbeoefening, als bij verlengde-armconstructies kan er sprake zijn van 'zorg zoals ... plegen te bieden'. Dit is inherent aan de functionele aanspraak. Er is wel een verschil. Bij een 'verlengde-armconstructie' behoren de handelingen sowieso tot het arsenaal van de verantwoordelijke beroepsbeoefenaar. Bij een zelfstandige beroepsbeoefening moet dit nader onderzocht worden."

Optometrist	<p>Optometrie Het beroep optometrist is binnen de gezondheidszorg als relatief nieuw te typeren. De optometrist is zowel in de gezondheidszorg als in de optiekzaak werkzaam. De interventie die de optometrist pleegt is diagnostisch onderzoek van de cliënt op oogaandoeningen met behulp van apparatuur of farmaca. De optometrist verwijst de cliënt zonodig door naar huisarts of oogarts. Aan de andere kant voert de optometrist op verwijzing van een huisarts of oogarts vervolgonderzoek uit met betrekking tot oogaandoeningen bij patiënten met chronische ziekten. De door optometristen verleende zorg betreft alleen diagnostiek, de behandeling is voorbehouden aan huisartsen en/of oogartsen.</p> <p>Zelfstandig opereren De optometrist werkt zelfstandig. Hij onderneemt naast zijn diagnostische activiteiten in de eerstelijnsgezondheidszorg commerciële activiteiten als opticien. In de eerste lijn bestaan op dit moment optometriepraktijken uitsluitend in combinatie met een optiekbedrijf.</p> <p>Titelbescherming De titel optometrist is sinds 15 november 2000 wettelijk geregeld in de Wet Big en daarmee is de optometrist wettelijk erkend als zorgverlener in de oogzorg¹¹. Het beroep optometrist wordt niet geregistreerd in het BIG-register. Wel is er het privaatrechtelijke Kwaliteitsregister Paramedici. Registratie in dit register is vrijwillig.</p> <p>Wie 'pleegt te bieden'? Het CVZ heeft nagegaan tot wiens zorgarsenaal de door optometristen uitgevoerde diagnostiek bij oogaandoeningen behoort. De overwegingen en de conclusie van het CVZ luiden als volgt:</p> <p><i>"Binnen de huidige oogheekundige praktijk doen de optometristen als verlengde arm van de oogarts diagnostische werkzaamheden. In de eerste lijn zien we dat huisartsen optometristen inschakelen voor het uitvoeren van de jaarlijkse oogheekundige controle van diabetespatiënten binnen de vastgestelde zorgstandaard. Kenmerkend voor de zorg</i></p>
Diagnostiek	
Zelfstandig opereren	
Titelbescherming	
Wie 'pleegt te bieden'?	
Verlengde arm	

¹¹ Zie art. 34 van de Wet big en het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist van 4 juli 2000

Alleen diagnostiek

geboden door optometristen is dat zij alleen bevoegd en bekwaam deskundig zijn op het uitvoeren van diagnostische handelingen en verwijzing naar huisarts en eventueel de oogarts voor behandeling. Zij behandelen zelf geen oogaandoeningen. Dit in tegenstelling tot huisartsen en oogartsen. Kortom, als er gesproken kan worden van zorg geleverd door optometristen zoals huisartsen en oogartsen die plegen te bieden dan betreft het maximaal het diagnostisch onderzoek op oogaandoeningen.

Inschakeling bij diabetische oogzorg

De richtlijn Diabetische retinopathie meldt dat de prevalentie en incidentie van diabetes mellitus (DM) de laatste jaren zijn toegenomen. Door taakherschikking nemen paramedici in toenemende mate taken van artsen over: optometristen worden zowel extra- als ook intramuraal ingeschakeld bij de diabetische oogzorg. In de multidisciplinaire richtlijn diabetische retinopathie wordt onderscheid gemaakt in screening en diagnostiek. Het uitvoeren van de jaarlijkse funduscontrole bij patiënten met diabetes is een vorm van zorggerelateerde preventie en onderdeel van de zorgstandaard. Dit onderzoek kan plaatsvinden door de huisarts of de optometrist met gebruikmaking van fundusfotografie. Indien er aanwijzingen zijn voor diabetische retinopathie wordt nadere diagnostiek van de aard en omvang uitgevoerd door de oogarts evenals de behandeling.

Zorg zoals huisartsen/oogartsen 'plegen te bieden'

Conclusie CVZ:

Op basis van analyse van de hiervoor vermelde richtlijnen blijkt dat de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheelkundige zorg betreffen. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat deze diagnostische zorg verleend door optometristen zorg is zoals huisartsen en/of oogartsen op dit gebied plegen te bieden."

3.c. Specifieke kenmerken/organisatorische effecten

Afwijkend zorgaanbod De situatie kan zich voordoen dat er wijzigingen optreden in de manier waarop de zorg normaliter wordt geleverd. De vraag kan zich dan voordoen of desalniettemin gesproken kan worden van 'professioneel juiste zorg'. Nagegaan moet dan worden of er kenmerken of organisatorische aspecten essentieel/bepalend zijn voor de inhoud en omvang van de zorg. Is dat het geval dan maken die kenmerken/organisatorische aspecten onderdeel uit van 'plegen te bieden'. Een voorbeeld waarbij dit speelt zetten wij hierna uiteen.

Specifieke kenmerken/org. aspecten

Nieuw fenomeen

Incidentele acute 1^e lijnszorg

Zorg zoals plegen te bieden?

Essentiële kenmerken

SOS-arts

Een nieuw fenomeen dat mogelijk in Nederland zal worden geïntroduceerd, is de zogenoemde SOS-arts. Bedoeling is dat deze arts incidentele en acute eerstelijns geneeskundige zorg levert aan – zoals men zelf aangeeft - niet bij de SOS-arts ingeschreven verzekerden. Deze zorg zal de organisatie leveren tijdens een visite, na melding en triage door de telefooncentrale van de SOS-arts. Inhoudelijk onderscheidt de SOS-arts hierbij medisch-noodzakelijke zorg en patiënt-noodzakelijke zorg.

Het CVZ heeft de vraag beantwoord of de prestatie van een SOS-arts zorg is 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Twee aspecten komen daarbij aan bod, te weten: 1) de kenmerken van acute-huisartsenzorg en 2) het onderscheid medisch-noodzakelijke en patiënt-noodzakelijke zorg. Het standpunt van het CVZ luidt als volgt:

“Acute-huisartsenzorg is ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’ en behoort tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw als de prestatie een aantal kenmerken kent die voortvloeien uit de opvattingen van de betrokken beroepsbeoefenaren rond het verlenen van acute zorg, namelijk:

1. tijdigheid van de te verlenen acute-zorg;

2. *betrekken van het medische dossier van de patiënt bij de acute zorgverlening;*
3. *afspraken met partners in de acute-zorgketen over beschikbaarheid van vervolgzorg en leveren van vervolgzorg."*

Alleen dan: zorg zoals huisartsen plegen te bieden

Dit betekent dat alleen als de SOS-arts op deze wijze de zorg levert, sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Medisch-noodzakelijk/patiënt-noodzakelijk

Het CVZ heeft verder ook nog een uitspraak gedaan over het onderscheid dat de SOS-arts maakt tussen medisch-noodzakelijke en patiënt-noodzakelijke acute-huisartsenzorg. Medisch-noodzakelijke zorg omvat incidentele en acute eerstelijns geneeskundige zorg. Patiënt-noodzakelijke zorg is eveneens incidentele en acute eerstelijns geneeskundige zorg, maar hierbij is vastgesteld, na triage door de telefooncentrale van SOS-arts, 'dat de zorg niet noodzakelijk is, gezien vanuit directe bedreiging van levensgevaar, maar wel om een onmiddellijke oplossing vraagt, gezien vanuit het oogpunt van de patiënt'.

Het oordeel van het CVZ over dit onderscheid in relatie tot 'plegen te bieden' luidt als volgt:

Medisch triage-systeem

"Artsen hanteren een medisch triage-systeem om de mate van zorgurgentie te bepalen en een adequate zorgvorm te kiezen. Deze zorg is de zorg die huisartsen plegen te bieden in acute-zorgsituaties en is dan ook een te verzekeren prestatie onder de Zvw. Zorg die andere urgentienormen hanteert valt niet onder de dekking van de Zvw."

Dit betekent dus dat in geval wordt uitgegaan van patiënt-noodzakelijke acute-huisartsenzorg er, behoudens uitzonderlijke situaties waarin medisch-noodzakelijk en patiënt-noodzakelijk niet goed van elkaar te onderscheiden zijn, geen sprake is van 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'.

4. Ruimte verzekeraars: hoe ver reikt deze?

<i>Bepaling ruimte zorgverzekeraars</i>	Zoals eerder gezegd bepaalt het criterium 'plegen te bieden' de inhoud en omvang van de te verzekeren zorg. In de paragrafen 2 en 3 zijn wij daarop ingegaan. Het criterium 'plegen te bieden' laat anderzijds wel ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Hoe ver reikt de speelruimte van de zorgverzekeraars?
<i>Grenzen wet in acht nemen</i>	Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Het uitgangspunt van deze wet is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, al dan niet beroepsmatig verricht, in principe vrij is. Deze vrijheid geldt echter niet voor alle handelingen. Bepaalde handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van de patiënt meebrengen als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd, zijn voorbehouden. ¹²
<i>Beperkingen mbt voorbehouden handelingen</i>	Wet BIG heeft een onderscheid gemaakt tussen beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn (dit zijn artsen, tandartsen en verloskundigen) en personen die niet zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren. Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag in opdracht van een zelfstandig bevoegde en onder bepaalde voorwaarden een voorbehouden handeling uitvoeren (en wordt daarmee zelf bevoegd tot het uitvoeren van de voorbehouden handeling). ¹³
<i>(Niet-)zelfstandig bevoegden</i>	Alle anderen is het verboden om voorbehouden handelingen uit te voeren, tenzij er sprake is van een noodsituatie.

¹² De Wet BIG noemt de volgende voorbehouden handelingen: heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, endoscopieën, catheterisaties, injecties, puncties, narcose, het gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling, cardioversie, defibrillatie, electroconvulsieve therapie, steenvergruizing, kunstmatige fertilisatie.

¹³ De wet BIG heeft een einde gemaakt aan de 'verlengde-arm-constructie', waarbij de arts-opdrachtgever in principe verantwoordelijk bleef voor het door een opdrachtnemer verrichten van een voorbehouden handeling. De wet BIG maakt de opdrachtnemers zelf bevoegd de voorbehouden handelingen uit te voeren, zij het onder voorwaarden.

***Invulling polis:
rekening houden
met beperkingen***

Kan een zorgverzekeraar in de polis bepalen dat de verzekerde voor een bepaalde voorbehouden handeling zich moet wenden tot een met name genoemde niet-zelfstandig bevoegde (bijvoorbeeld een verpleegkundige of een praktijkondersteuner)? Een zorgverzekeraar doet er goed aan om dit achterwege te laten. Het risico bestaat namelijk dat hij van verzekerden verlangt zich voor zorg te wenden tot een zorgverlener/persoon die niet bevoegd is tot handelen. Een niet-zelfstandig bevoegde is immers niet zonder meer/per definitie bevoegd. Dat hangt af van een aantal voorwaarden, waarvan een zorgverzekeraar niet op voorhand weet of daaraan wordt voldaan. Dat hangt af van de individuele omstandigheden van het geval. Ook als het gaat om zogenoemde functioneel zelfstandigen – beroepsbeoefenaren die zonder toezicht of tussenkomst van een opdrachtgever (een zelfstandig bevoegde) bepaalde categorieën van voorbehouden handelingen mogen verrichten¹⁴ - is terughoudendheid geboden. Ook voor functioneel zelfstandigen geldt namelijk dat zij niet op eigen initiatief de voorbehouden handeling mogen verrichten, maar dat altijd een opdracht van een zelfstandig bevoegde vereist is.

***Terughoudendheid
geboden***

***Niet-voorbehouden
handelingen: meer
ruimte***

Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepaling in de polis) allerlei (categorieën) beroepsbeoefenaren inschakelen. Hij moet zich er wel van vergewissen dat degenen die hij noemt ook daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) om de zorg op het vereiste niveau – het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die die zorg pleegt te bieden – te verlenen. Als bij voorbaat vaststaat of in hoge mate aannemelijk is dat de door de zorgverzekeraar in de polis genoemde (categorie van) beroepsbeoefenaren niet in staat (is) zijn de zorg op het vereiste niveau te leveren, moet worden geconcludeerd dat de betreffende zorg niet in de polis

¹⁴ Het Besluit van 29 oktober 1997, Stb. 1997, 524 (Besluit functionele zelfstandigheid) voorziet erin dat verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten een aantal met name genoemde voorbehouden handelingen zonder toezicht en tussenkomst van een opdrachtgever mogen uitoefenen.

is gedekt en dat aanpassing van de polis op dat punt nodig is.¹⁵

Bekostiging niet functioneel

Voor de goede orde merkt het CVZ hierbij nog het volgende op. Zorgverzekeraars hebben weliswaar keuzemogelijkheden, maar het feit dat de bekostigingsstructuur van zorg (nog) niet spoort met de functionele benadering van de Zorgverzekeringswet, kan een belemmering vormen bij het maken van keuzes. Financiering van zorg geleverd door anderen dan de primaire beroepsbeoefenaren behoort formeel veelal niet tot de mogelijkheden. Inmiddels zijn er voornemens om voor wat betreft de eerstelijnszorg te komen tot functionele bekostiging van zorg.

¹⁵ In theorie zou een zorgverzekeraar in de polis kunnen bepalen dat de verzekerde de huisartsenzorg, behoudens de voorbehouden handelingen, moet halen bij uitsluitend de bakker. Bakkers (niet zijnde huisartsen) zijn echter niet in staat de in de Zvw bedoelde huisartsenzorg te leveren. Als een verzekeraar het zo regelt, regelt hij geen huisartsenzorg. Dat deel blijft dan ongedekt.

5. Verhouding ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’

- Stand wetenschap en praktijk** Of zorg tot de te verzekeren prestaties behoort wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, lid 2 Bzv). Het CVZ heeft voor de beoordeling van dit criterium een toetsingskader opgesteld (zie het CVZ-rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk van 5 november 2007¹⁶).
- Veelal overlap met ‘plegen te bieden’** Veelal zal ‘hetgeen men pleegt te bieden’ overeenkomen met zorg die voldoet aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het kan zich echter voordoen dat deze overlap er niet is, maar dat de uitkomst van beide criteria conflicteert. Wat is in dat geval leidend? Met andere woorden: hoe
- Verhouding criteria** verhouden het criterium ‘plegen te bieden’ en het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zich tot elkaar?
- Gelaagde opbouw te verzekeren prestaties** Voor het beantwoorden van deze vraag is het volgende van belang. De regelgeving waarin de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties zijn omschreven, kent een gelaagdheid. Ruime omschrijvingen worden ingeperkt door beperkingen en uitsluitingen. Deze gelaagde opbouw kan als volgt worden weergegeven:
- In artikel 10 van de Zorgverzekeringswet worden de zorgvormen (de functies) genoemd waarvoor een verzekeringsdekking gerealiseerd moet worden. Het gaat daarbij om ruime omschrijvingen, bijvoorbeeld geneeskundige zorg;
 - Vervolgens worden in het Besluit zorgverzekering de ruimere omschrijvingen ingeperkt. Zo wordt geneeskundige zorg ingeperkt tot zorg zoals die door een bepaalde beroepsgroep pleegt te worden verleend;
 - De volgende stap (in het Besluit zorgverzekering) betreft de beperking tot zorg conform ‘stand van wetenschap en praktijk’. Dus: zorg alleen voor zover die overeenkomt met

¹⁶ Uitgave CVZ 2007, 254.

zorg die in een bepaalde beroepsgroep pleegt te worden geboden en die bovendien voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk';

- Voorgaande zorg wordt (in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering) vervolgens nog verder ingeperkt door toevoeging van expliciete uitsluitingen aan de prestatieomschrijving. Een voorbeeld daarvan is de sterilisatie;
- In sommige gevallen wordt de dekking vervolgens nog verder ingeperkt, namelijk inperking tot een bepaald indicatiegebied of bepaalde indicatiegebieden. De lijst van aandoeningen voor fysiotherapie in art. 2.6., lid 2, Besluit zorgverzekering is daar een voorbeeld van.

Eerste stap: beoordeling 'plegen te bieden'

Het vorenstaande betekent dat men, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep pleegt te bieden', toekomt aan beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg conform 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Daarna: 'stand wetenschap/praktijk'

Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden', maar waarvan wordt vastgesteld dat deze niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort ook niet tot de te verzekeren prestaties. In dat geval is het feit dat niet voldaan wordt aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' doorslaggevend.

Verzekerde zorg, in Ned. niet aanwezig

Voor de goede orde voegen wij nog toe dat een interventie die om bepaalde redenen in Nederland (nog) niet voor handen is, maar die door de beroepsgroep wel gerekend wordt tot het aanvaarde arsenaal van zorg¹⁷, aangemerkt moet worden als zorg die de betreffende beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Als ook aan de andere wettelijke voorwaarden is voldaan, behoort de betreffende interventie tot de te verzekeren prestaties. Het

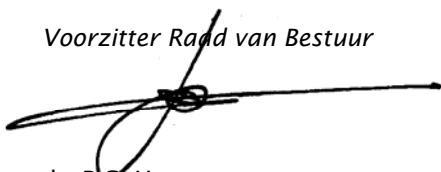
¹⁷ Bijvoorbeeld af te leiden uit richtlijnen, protocollen, consensus.

**Buitenlandse zorg-
aanbieder**

kan zich bijvoorbeeld voordoen dat een behandeling die
blijkens de internationale medische literatuur als effectief
(behorend tot de stand van de wetenschap en praktijk) moet
worden beschouwd, in Nederland feitelijk nog niet voor
handen is, omdat de deskundigheid om de behandeling uit te
voeren nog moet worden opgebouwd of omdat de benodigde
apparatuur (nog) niet voor handen is. Als volgens de stand van
de wetenschap en praktijk de betreffende (effectieve)
behandeling voor een bepaalde indicatie de enige voor handen
zijnde behandeling is, zullen zorgaanbieders patiënten die
geïndiceerd zijn voor de betreffende behandeling
doorverwijzen naar zorgaanbieders in het buitenland. Gesteld
kan dan worden dat die behandeling toch 'pleegt te worden
geboden'. Uit het feit dat men patiënten die zijn aangewezen
op de behandeling doorverwijst naar een buitenlandse
zorgaanbieder, kan immers worden afgeleid dat de
behandeling tot het aanvaarde zorgarsenaal van de
betreffende beroepsgroep behoort.¹⁸

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur



dr. P.C. Hermans

¹⁸ Denk bijvoorbeeld aan protontherapie toegepast bij enkele zeldzame tumoren.