

*Standpunt*

**Afbakening hulpmiddelenzorg en  
geneeskundige zorg, zoals medisch-  
specialisten die plegen te bieden**

*Publicatienummer*

**280**

***Uitgave***

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

***Volgnummer***

29076256

***Afdeling***

PAKKET

***Auteur***

mw. drs. A.J. Link en mw. E.C.M. Visser

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 86 47 en (020) 797 8775

***Bestellingen***

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



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting	
1	1. Inleiding	
1	1.a. Onderwerp	
1	1.b. Afbakening	
3	2. Wet- en regelgeving	
3	2.a. Historie	
4	2.b. Zorgverzekeringswet	
5	2.c. Plegen te bieden en stand van de wetenschap en praktijk	
7	3. Standpunt	
7	3.a. Medisch-specialistische zorg of hulpmiddelenzorg?	
7	3.a.1. Verbruikshulpmiddelen (op recept)	
7	3.a.2. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen	
8	3.a.3. Uitwendige hulpmiddelen	
12	4. Voorbeelden uit de praktijk	
12	4.a. Verbruikshulpmiddelen	
12	4.a.1. Sondes met toebehoren	
12	4.a.2. Mic-key buttons	
12	4.a.3. Verbandmiddelen	
13	4.a.4. Stemprothese	
13	4.a.5. Tracheacanules	
14	4.b. (Deels) geïmplanteerde en deels uitwendige hulpmiddelen	
14	4.b.1. (Deels) geïmplanteerde hoortoestellen	
15	4.c. Tijdelijke behandeling thuis of in het ziekenhuis	
15	4.c.1. VAC-therapie	
16	4.c.2. Drukpakken	
16	4.c.3. UV-B lichttherapie	
16	4.c.4. CPM-apparatuur (zoals Motorslede)	
16	4.c.5. Treursteun	

17	4.d.	Permanente behandeling thuis met achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis
17	4.d.1.	Beademingsapparatuur
17	4.d.2.	Ketonen teststrips
18	4.d.3.	Monitoring (saturatie en ECG)
18	4.e.	Hulpmiddelen die zowel als tijdelijke of als permanente behandeling thuis worden ingezet
18	4.e.1.	Orthesen
19	4.e.2.	Therapeutisch elastische kousen
20	4.f.	Hulpmiddelen die over het algemeen in de thuissituatie worden ingezet
20	4.f.1.	Mandibulair Repositie Apparaat (MRA)
20	4.f.2.	Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden
21	4.f.3.	VLOS (voorlopig orthopedisch schoeisel)
21	4.f.4.	Interimprothese
22	4.g.	Hulpmiddelen die zowel onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist als de huisarts
22	4.g.1.	Spiraaltje
23	5.	Consequenties
23	5.a.	Aanpassing DBC's
24	5.b.	Nader onderzoek
24	5.c.	VAC-pomp en disposables
25	6.	Vaststelling standpunt

### ***Bijlage(n)***

1. Financiering en bekostiging van de medisch-specialistische zorg

## Samenvatting

<b><i>Afbakening</i></b>	In dit standpunt verduidelijkt het CVZ 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.
<b><i>Hulpmiddelenzorg</i></b>	Kort samengevat valt een uitwendig gedragen hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, wanneer: <ul style="list-style-type: none"><li>• het gebruik van het hulpmiddel plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of andere zorgverlener uit de eerste lijn;</li><li>• het hulpmiddel door een medisch-specialist is voorgeschreven, het gebruik van het hulpmiddel permanent is en (cumulatief):<ul style="list-style-type: none"><li>• er geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig is;</li><li>• vervanging van het hulpmiddel niet door een medisch-specialist of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist plaatsvindt.</li></ul></li></ul>
<b><i>Stand van de wetenschap</i></b>	Daarnaast dient het hulpmiddel te vallen onder één van de categorieomschrijvingen (of functiegerichte aanspraken) uit de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Regeling zorgverzekering 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'.
<b><i>Geneeskundige zorg</i></b>	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'.



## 1. Inleiding

### **1.a. Onderwerp**

Wanneer valt een hulpmiddel onder de geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (financiering door middel van DBC's) en wanneer is sprake van hulpmiddelenzorg (Regeling zorgverzekering (Rzv)).

### **1.b. Afbakening**

Deze notitie is bedoeld om af te bakenen wanneer een hulpmiddel behoort tot te verzekeren prestatie:

#### **Geneeskundige zorg**

- geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (verder: medisch-specialistische zorg), zoals opgenomen in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) of

#### **Hulpmiddelenzorg**

- hulpmiddelenzorg, zoals opgenomen in artikel 2.9 Bzv en nader uitgewerkt in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv.

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

#### **Onduidelijkheid**

Er bestaat regelmatig onduidelijkheid (voornamelijk bij ziekenhuizen, zorgverzekeraars en fabrikanten) of sprake is van een hulpmiddel in het kader van de medisch-specialistische zorg of van een hulpmiddel dat ten laste kan komen van de hulpmiddelenparagraaf uit de Rzv.

#### **Geen zorgactiviteiten**

De reden van deze onduidelijkheid is gelegen in het feit dat in DBC's voor hulpmiddelen in het algemeen geen aparte zorgactiviteiten bestaan. Hierdoor zijn de kosten van uitwendige hulpmiddelen binnen de huidige DBC's niet apart herkenbaar. Toch zijn de kosten van hulpmiddelen die al voor

2005 gebruikt werden wel opgenomen in DBC's. De kosten van deze hulpmiddelen zijn versleuteld in bestaande andere verrichtingen. Vaak is dit de operatieve ingreep, als er een één op één relatie bestaat tussen het hulpmiddel en de operatie. Als de kosten niet versleuteld zijn in andere verrichtingen, dan zijn deze meegenomen in het verrekenpercentage. Echter niet alle uitwendige hulpmiddelen dienen uit een DBC gefinancierd te worden.

Deze notitie is dus niet bedoeld om te kunnen bepalen of een hulpmiddel valt onder de aanspraak op grond van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierover heeft het CVZ recent de minister geadviseerd in het rapport 'Heroriëntatie hulpmiddelenzorg'.



## 2. Wet- en regelgeving

### *2.a. Historie*

#### ***Geïntegreerde verstrekking***

Vanaf 1 februari 2000 zijn de Ziekenfondswet en het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering gewijzigd met de bedoeling om de aanspraak op genees-, heel- en verloskundige zorg door medisch-specialisten deel te laten uitmaken van een geïntegreerde verstrekking welke door of vanwege een ziekenhuis geleverd wordt. De aanspraak op de geïntegreerde verstrekking was geregeld in artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet. Verzekerden hadden, voor zover daarop geen aanspraak bestond ingevolge de AWBZ, ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op: “medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, al dan niet gepaard gaande met opname, verpleging, verzorging, paramedische hulp of farmaceutische hulp”.

#### ***Door of vanwege het ziekenhuis***

In artikel 12, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit was verder bepaald dat de medisch-specialistische zorg omvat: “genees-, heel-, en verloskundige zorg naar omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is”. Van een geïntegreerde verstrekking was sprake wanneer de medisch-specialistische zorg, eventueel samen met andere zorgcomponenten, door of vanwege het ziekenhuis geleverd werd. Dit was het geval wanneer de medisch-specialistische zorg feitelijk geleverd werd door een specialist, ter nakoming van een overeenkomst waarin hij zich jegens het ziekenhuis verbonden heeft om medisch-specialistische zorg in het kader van de geïntegreerde verstrekking te verlenen. Ook opname, verpleging, verzorging, paramedische zorg en farmaceutische zorg konden deel uitmaken van deze geïntegreerde verstrekking. Ofschoon hulpmiddelen in artikel 8, eerste lid, niet expliciet werden genoemd, maakten deze – bij een geïntegreerd zorgaanbod – eveneens deel uit van de aanspraak op geïntegreerde medisch-specialistische zorg als daarvoor een zorginhoudelijke noodzaak was.

Onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg in het kader van de geïntegreerde verstrekking is alle hulp begrepen die werd verleend op de eerste hulp, in de polikliniek, tijdens dagbehandeling of aan patiënten die gedurende het etmaal in het ziekenhuis verblijven en verder nog transmurale zorgverlening. Er werd voor de aanspraak geen onderscheid gemaakt naar de plaats van de behandeling.

### **2.b. Zorgverzekeringswet**

#### ***Intentie minister***

Met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn deze artikelen niet letterlijk overgenomen. Het is echter niet de intentie van de minister geweest om de aanspraak op geïntegreerde medisch-specialistische zorg los te laten.

In de Nota van toelichting artikel 2.4 Bzv is het volgende opgenomen:

#### ***Recept***

Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die er toe bijdragen dat de arts of een andere hulpverlener geneeskundige zorg verleent. Vaak bestaat de geneeskundige zorg slechts of voor een groot deel uit de toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Te denken valt aan behandeling met chemotherapie, het aanbrengen van een gipsverband, het plakken van een pleister en het hechten van een wond. De toepassing van bepaalde materialen is dan juist de geneeskundige zorg. Ook ten behoeve van onderzoek kunnen materialen nodig zijn, bijvoorbeeld contrastvloeistoffen bij röntgenonderzoek. Zo was dat onder de Ziekenfondswet en dat is met de invoering van de Zvw niet anders geworden. Dit betekent dat materialen als genees-, verband- of hulpmiddelen die door de hulpverlener als onderdeel van de zorg worden toegepast, onder de geneeskundige zorg vallen zoals die in deze bepaling is geregeld. Krijgt een verzekerde een voorschrift mee om genees-, verband- of hulpmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener verbonden is, dan valt deze zorg onder artikel 2.8 of artikel 2.9 Bzv.

**Ziekenhuis-  
verplaatste zorg**

Het lijkt er op dat uit deze toelichting volgt dat de praktijk (dat wil zeggen de instelling) doorslaggevend is voor de vraag op welke grond de verzekerde recht heeft op een bepaald middel. De toelichting houdt hierbij geen rekening met de ontwikkelingen van “ziekenhuisverplaatste zorg”. Deze wijze van het verlenen van zorg neemt sinds een aantal jaren een vlucht. Dit zorgt voor nieuwe afbakeningsvragen. Er is in deze gevallen niet een grens te vinden, die te allen tijde duidelijkheid geeft in antwoord op de vraag of een hulpmiddel wordt verstrekt in het kader van de medisch-specialistische zorg of de hulpmiddelenzorg. Dit schept ruimte voor interpretatie. Omdat de bekostiging verschillend is van beide genoemde prestaties waardoor sprake is van verschillende risicodragers, kan dat leiden tot strategisch gedrag van partijen. Met deze notitie wil het CVZ verduidelijken wanneer een hulpmiddel behoort tot de medisch-specialistische zorg en wanneer tot de hulpmiddelenzorg.

**2.c. Plegen te bieden en stand van de  
wetenschap en praktijk**

**Wettelijke criteria**

Voor alle hulpmiddelen die op grond van de medisch-specialistische zorg kunnen worden vergoed/verstrekkt, geldt dat de behandeling met het hulpmiddel moet 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’. Uitleg van dit wettelijke criterium en de wijze waarop het CVZ vaststelt of een zorgvorm aan deze eis voldoet, is te vinden in het rapport ‘Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk’ (rapportnummer 254). Dit rapport is te downloaden van de CVZ-site ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)). In bijlage 1 van deze notitie is beschreven hoe het DBC-systeem tot stand is gekomen.

Voor alle hulpmiddelen op grond van de paragraaf Hulpmiddelenzorg in de Rzv geldt dat het betreffende hulpmiddel moet behoren tot één van de hulpmiddelen-categorieën (of functiegerichte omschrijvingen) zoals

omschreven in paragraaf 1.4 van de Rzv. Indien een hulpmiddel valt onder één van de omschrijvingen, dient het ook nog te voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

### 3. Standpunt

#### **3.a. Medisch-specialistische zorg of hulpmiddelenzorg?**

Om deze vraag te beantwoorden maakt het CVZ onderscheid tussen verschillende soorten hulpmiddelen.

##### **Bijvoorbeeld verbandmiddelen**

##### *3.a.1. Verbruikshulpmiddelen (op recept)*

Voor uitwendige verbruikshulpmiddelen zoals verbandmiddelen, incontinentiemateriaal en stomamaterialen geldt dat de verbandmiddelen tijdens opname/poliklinische behandeling in het ziekenhuis vallen onder de medisch-specialistische zorg. Deze hulpmiddelen dienen in dat geval gefinancierd te worden uit DBC's. Indien een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis of behandeling vindt plaats in de thuissituatie vallen de verbruikshulpmiddelen onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. De patiënt krijgt hiervoor een recept mee vanuit het ziekenhuis.

Verbruikshulpmiddelen kunnen alleen in de thuissituatie vergoed worden uit de hulpmiddelenzorg als het betreffende verbruikshulpmiddel is opgenomen in de Rzv paragraaf Hulpmiddelenzorg en de verzekerde voldoet aan de eventuele (indicatie)voorwaarden.

##### **Volledig geïmplanteerd**

##### *3.a.2. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen*

Volledig geïmplanteerde hulpmiddelen, zoals pacemakers, worden altijd geïmplanteerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis. Geïmplanteerde hulpmiddelen vallen te allen tijde onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en dienen om die reden altijd gefinancierd te worden uit een DBC.

##### **Deels uitwendig**

Sommige hulpmiddelen bestaan uit een geïmplanteerd en een uitwendig deel. Een eerste plaatsing van zowel het inwendige als uitwendige deel valt onder de medisch-specialistische zorg en dient gefinancierd te worden uit een DBC. Vervanging van het inwendige deel valt ook te allen tijde onder de medisch-

specialistische zorg. Vervanging van het uitwendige deel valt onder de medisch-specialistische zorg indien de vervanging plaats vindt door een medisch-specialist of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. In de Hulpmiddelenzorg is één deels geïmplanteerd en deels uitwendig hulpmiddel opgenomen, namelijk het BAHA-hoortoestel. Alleen de vervanging van het uitwendige deel van de BAHA, dient gefinancierd te worden uit de Hulpmiddelenzorg, omdat de vervanging strikt genomen niet in het ziekenhuis of polikliniek hoeft plaats te vinden. Aangezien uit de praktijk blijkt dat dit toch eigenlijk altijd het geval is, is het CVZ voornemens de minister in het Pakketadvies 2010 deelrapport Hulpmiddelenzorg te adviseren de vervanging van de BAHA uit te zonderen van de hulpmiddelenzorg. Het is geneeskundige zorg en dient in een DBC te worden opgenomen. Dit zal leiden tot eenduidige financieringswijze van de (deels) geïmplanteerde hoortoestellen (zie verder 4.b.1).

### *3.a.3. Uitwendige hulpmiddelen*

#### **Geneeskundige zorg**

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

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

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

***Hulpmiddelenzorg***

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

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

***Geen medisch-specialistisch handelen***

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

***Permanent***

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

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



## Afbakening te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten plegen te bieden' en 'hulpmiddelenzorg'

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

<sup>1</sup> Het CVZ zal de minister adviseren om het vervangen van zowel het geïmplanteerde deel als het uitwendige deel onderdeel te laten uitmaken van de geneeskundige zorg. Tot die tijd dient het uitwendige deel van de BAHA vergoed te worden op grond van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Aan dit stroomschema kunnen geen rechten ontleend worden

## 4. Voorbeelden uit de praktijk

### 4.a. Verbruikshulpmiddelen

#### 4.a.1. Sondes met toebehoren

##### **Niet-klinisch ingebracht**

(Niet-klinisch ingebrachte) sondes en toebehoren zijn verbruikshulpmiddelen. Sondes die tijdens ziekenhuisopname of poliklinisch worden ingebracht vallen onder de medisch-specialistische zorg. Sondes die in de thuissituatie worden vervangen vallen onder de hulpmiddelenzorg.

#### 4.a.2. Mic-key buttons

##### **Vervangt katheter**

Een Mic-key button vervangt een PEG (Percutane Endoscopische Gastrostomie) – katheter of een chirurgische gastrostomie katheter. Het is een korte gastrostomie katheter van siliconen die net boven de huid eindigt.

##### **Eerste keer geneeskundige zorg**

Een mic-key button wordt de eerste keer in het ziekenhuis geplaatst. De eerste Mic-key button wordt klinisch ingebracht en behoort om die reden tot de medisch-specialistische zorg. De eerste Mic-key button kan daarom niet apart worden vergoed, maar dient uit een DBC gefinancierd te worden. Het vervangen van een mic-key button kunnen de mensen (of ouders van kinderen) meestal zelf. Omdat het gebruik van deze hulpmiddelen permanent is en vervanging niet plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist, is sprake van hulpmiddelenzorg. In geval van vervanging kan de Mic-key button wel apart worden vergoed.

#### 4.a.3. Verbandmiddelen

##### **Afhankelijk van plaats**

Voor verbandmiddelen geldt dat de verbandmiddelen tijdens opname in het ziekenhuis of behandeling in de polikliniek gefinancierd dienen te worden uit DBC's. Indien na behandeling in het ziekenhuis een patiënt naar huis kan, dienen verbandmiddelen bekostigd te worden vanuit de Rzv 'hulpmiddelenzorg' of komen de kosten van verbandmiddelen voor eigen rekening. In de paragraaf hulpmiddelenzorg is namelijk opgenomen dat het verzekerde zorg betreft indien

sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met verbandmiddelen is aangewezen. Indien niet aan dit wettelijke criterium is voldaan, komen de kosten van verbandmiddelen in de thuissituatie voor eigen rekening.

#### *4.a.4. Stemprothese*

Bij een laryngectomie wordt via een operatie het strottenhoofd (de larynx) weggenomen (ectomie). Omdat zich in het strottenhoofd de stembanden bevinden, wordt de patiënt als gevolg van de operatie stembandloos. Met de inzet van o.a. een stemprothese kan een patiënt weer praten. De inzet van een stemprothese is in principe 'permanent'. De levensduur van één stemprothese ligt tussen zes weken en twee jaar, met een gemiddelde van drie tot zes maanden. Er is dus sprake van een verbruikshulpmiddel. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen. Verwisseling van de prothese wordt meestal poliklinisch uitgevoerd, vaak onder plaatselijke verdoving. Indien plaatsing of vervanging van de stemprothese in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het te worden gefinancierd vanuit een DBC. Als vervanging van de prothese in de eerste lijn plaatsvindt – bijvoorbeeld door de huisarts – is sprake van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg.

***Verwisseling vaak poliklinisch***

#### *4.a.5. Tracheacanules*

Een tracheotomie wordt gedaan bij vernauwing van de luchtweg ter hoogte van de stembanden of hoger. Het doel van een tracheotomie is de ademweg vrij te maken. In de meeste gevallen betreft de behandeling met een tracheacanule een tijdelijke behandeling onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist, bijvoorbeeld bij een tijdelijke zwelling in het hoofd-halsgebied als gevolg van een operatie, allergische reactie of radiotherapie. In deze gevallen dient de tracheacanule vergoed te worden uit een DBC.

***Vaak tijdelijke behandeling***

**Afhankelijk plaats vervanging** Indien de behandeling met een trachea canule ‘permanent’ is, zoals bij verlamming van één of beide stembanden of littekenweefsel in de luchtpijp, en de vervanging plaatsvindt op de polikliniek is eveneens sprake van medisch-specialistische zorg (financiering door middel van DBC). Indien vervanging in de thuissituatie plaats vindt (zelfstandig dan wel door een thuiszorgverpleegkundige) is sprake van hulpmiddelenzorg.

#### **4.b. (Deels) geïmplanteerde en deels uitwendige hulpmiddelen**

##### *4.b.1. (Deels) geïmplanteerde hoortoestellen*

Zoals eerder beschreven ligt de huidige financieringswijze voor implanteerbare hoorhulpmiddelen complex.

**BAHA**

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

**CI**

- Bij cochleaire implantaten en middenoorimplantaten is er voor gekozen om zowel het implantaat als de uitwendig gedragen processor te beschouwen als medisch-specialistische zorg, ook als het om een vervanging van de uitwendige processor gaat.

**Financieringswijze heroverwegen**

De reden dat vervanging van de BAHA op dit moment via de hulpmiddelenzorg loopt, is dat de BAHA processor strikt genomen niet in het ziekenhuis of de polikliniek behoeft plaats te vinden. In de regel is dit echter wel het geval, omdat er bij BAHA patiënten toch sprake is van een jaarlijkse controle bij een KNO-arts. Daarom lijkt het logisch om de financieringswijze te heroverwegen. Gezien bovengenoemde vergoedingsmogelijkheden bij hoorimplantaten ontstaat in dat geval ook een vergoedingspakket met meer eenheid.

**Advies in Pakketadvies 2010**

Het CVZ is voornemens in het komende Pakketadvies (2010) deelrapport Hulpmiddelenzorg te adviseren alle implanteerbare hoortoestellen uit te zonderen van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het valt onder de

geneeskundige zorg, dus ook de kosten van vervanging van de BAHA zou in die optiek in een DBC verdisconteerd kunnen worden. Indien de minister dit advies overneemt, zal deze wijziging per 1 januari 2011 in werking treden. Dit betekent dat voor die tijd ook de betreffende DBC's moeten worden aangepast. Opname in een DBC heeft overigens niet tot gevolg dat een audicien of audiologisch centrum geen BAHA meer zou mogen vervangen. De KNO-arts kan deze taak delegeren. De audicien kan zijn kosten voor het vervangen van de BAHA bij het ziekenhuis declareren.

#### ***4.c. Tijdelijke behandeling thuis of in het ziekenhuis***

##### *4.c.1. VAC-therapie*

#### ***Behandeling tijdelijk***

Negatieve druk wondtherapie (VAC-therapie) wordt toegepast als medisch-specialistische zorg bij chronische complexe wonden en in aanvulling na operatieve behandeling. Het is een uitwendig hulpmiddel. De behandeling hiermee is tijdelijk. Vaak bestaat het misverstand dat patiënten eerst in het ziekenhuis zouden moeten worden opgenomen om met de vacuümtherapie te kunnen starten. De therapie kan zowel klinisch als poliklinisch worden opgestart – door daartoe gespecialiseerde zorgverleners – en vervolgens in de thuissituatie voortgezet. De (eind-)verantwoordelijkheid ligt echter bij de medisch-specialist. Het betreft dan tweedelijnszorg in de thuissituatie (transmurale zorg). Als de specialist of wondverpleegkundige van het ziekenhuis van mening is dat vacuümtherapie geïndiceerd is, dan zal het ziekenhuis de pomp – ook in de thuissituatie – ter beschikking moeten stellen. Deze zorg is medisch-specialistische zorg en de financiering dient plaats te vinden via een DBC. De verbandmiddelen behorend bij de VAC-therapie zijn verbruikshulpmiddelen en dienen bij opname in het ziekenhuis gefinancierd te worden uit de DBC en in de thuissituatie kunnen deze middelen apart worden gedeclareerd in het kader van de hulpmiddelenzorg.

<b>Financiering via DBC</b>	<p><i>4.c.2. Drukpakken</i></p> <p>Een drupak heeft als doel om woekering van littekenweefsel na uitgebreide huiddefecten (zoals brandwonden) tegen te gaan. Het betreft een uitwendig hulpmiddel dat tijdelijk gebruikt wordt (maximaal 18 maanden). Het gebruik vindt weliswaar buiten het ziekenhuis plaats, maar de patiënt blijft onder behandeling/controle van een medisch-specialist gedurende de periode dat de druktherapie voortduurt. Er is sprake van medisch-specialistische zorg en financiering van dit hulpmiddel dient te allen tijde plaats te vinden via DBC's.</p>
<b>Geneeskundige zorg</b>	<p><i>4.c.3. UV-B lichttherapie</i></p> <p>UV-B lichttherapie, voorgeschreven door de dermatoloog en uitgevoerd in het ziekenhuis, vormt onderdeel van een medisch-specialistische behandeling. Het betreft een uitwendig hulpmiddel. Dergelijke hulpmiddelen kunnen thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist worden ingezet. Het betreft dan transmurale zorg. De behandeling met lichttherapie is tijdelijk (een kuur van 8 tot 10 weken), indien nodig kan een kuur herhaald worden. UV-apparatuur voor lichttherapie valt daarom onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Het hulpmiddel dient te worden gefinancierd via DBC's.</p>
<b>Inzet tijdelijk</b>	<p><i>4.c.4. CPM-apparatuur (zoals Motorslede)</i></p> <p>Continuous Passive Motion (CPM), betekent letterlijk continu passief bewegen. Een motorslede is een uitwendig hulpmiddel dat meestal wordt ingezet na een operatie of ander trauma door een medisch-specialist, waarbij gewrichtsstijfheid is opgetreden. De gebruiker is hierbij zelf niet actief. De inzet van CPM-apparatuur is tijdelijk. Om die reden valt CPM-apparatuur onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en dient te worden gefinancierd via DBC's.</p>
<b>Financiering via DBC</b>	<p><i>4.c.5. Treursteun</i></p> <p>Een treursteun is soms tijdelijk in de thuissituatie nodig na een oogoperatie, waarbij de patiënt zich in 'treurhouding' moet houden. Om deze houding te vergemakkelijken zijn er hoofdsteunen op de markt. De patiënt kan niet uit het</p>

ziekenhuis worden ontslagen zonder dit hulpmiddel. Het betreft dus een tijdelijke behandeling met dit hulpmiddel in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Er is sprake van medisch-specialistische zorg, waardoor het hulpmiddel uit de DBC gefinancierd dient te worden.

#### **4.d. Permanente behandeling thuis met achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis**

##### *4.d.1. Beademingsapparatuur*

**Zowel tijdelijk als permanent**

Beademingsapparatuur is een uitwendig hulpmiddel dat zowel tijdelijk of permanent onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist kan worden ingezet. Bij deze apparatuur is een achterwachtfunctie nodig. Om die reden is de beademingsapparatuur niet in de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv opgenomen, maar valt deze zorg onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

**Ziekenfondswet**

In de Ziekenfondswet viel beademing in de thuissituatie onder de verstrekking 'chronisch intermitterende beademing'. Tot deze verstrekking behoorde ook de benodigde apparatuur. De inhoud en omvang van de aanspraken op basis van de Ziekenfondswet (oud) is gelijk gebleven aan de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Het besluit 'chronisch intermitterende beademing' is niet meer afzonderlijk opgenomen in de Zvw als afzonderlijk te verzekeren prestatie. Deze zorg valt nu echter onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

**Geneeskundige zorg**

##### *4.d.2. Ketonen teststrips*

**Spoedeisende Hulp mogelijk nodig**

Vaak gaat het om kinderen met diabetes die moeilijk instelbaar zijn (pompgebruikers). Bij het testen kunnen de waarden zo hoog zijn – door technische problemen of ziekte – dat Spoed Eisende Hulp (SEH) consultatie noodzakelijk is. In het ziekenhuis wordt dan getest op ketonen om te bepalen of

ziekenhuisopname nodig is. Als mensen deze strips thuis hebben, kunnen zij zelf testen. Voorwaarde is dan wel dat er een goede setting van 24-uurszorg aanwezig is (achterwachtfunctie). Aan de hand van de testresultaten zal de medisch-specialist op afstand inschatten hoe ernstig de ontregeling is en kan evt. bijsturing plaatsvinden. Hiermee wordt ziekenhuisopname voorkomen. De ketonen bloedteststrips maken daarom deel uit van de medisch-specialistische zorg (ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie).

**Ziekenhuis-  
verplaatste zorg**

*4.d.3. Monitoring (saturatie en ECG)*

Monitoring vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Dit hulpmiddel kan zowel als tijdelijke en als permanente toepassing in de thuissituatie worden ingezet. Daarnaast is een achterwachtfunctie nodig of kan spoedeisende zorg nodig zijn vanuit het ziekenhuis. Monitoring maakt deel uit van de medisch-specialistische zorg (ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie). Voor langdurige toepassing van een monitor in de eerste lijn is op dit moment nog geen plaats. Een monitor valt dan ook niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het betreft vrijwel altijd ernstige patiënten die in (poliklinische) behandeling zijn van een specialist. Als diagnostisch meetapparaat zou het apparaat evt. wel kunnen worden gebruikt, maar dan betreft het de inventaris van de huisarts.

***4.e. Hulpmiddelen die zowel als tijdelijke of als permanente behandeling thuis worden ingezet***

**Tijdelijke  
behandeling is DBC**

*4.e.1. Orthesen*

Orthesen zijn uitwendige hulpmiddelen die worden ingezet onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Indien sprake is van een tijdelijke behandeling in het kader van de medisch-specialistische behandeling (thuis of in het ziekenhuis) vallen de orthesen onder de medisch-specialistische zorg. Het gaat dan om aandoeningen waarbij het dragen van het betreffende hulpmiddel wordt geïndiceerd door de medisch-specialist, maar – na ontslag uit de



poliklinische controle – niet meer nodig is of op termijn eindig. Voorbeelden hiervan zijn spreidbroekjes bij behandeling van heupdysplasie, korsetten na operatie van scoliose en loopkokers of spalken na behandeling van klompvoetjes. In geval van tijdelijke behandeling kan een orthese niet apart worden gedeclareerd en dient het hulpmiddel gefinancierd te worden uit de DBC.

Orthesen voor permanent gebruik in de thuissituatie vallen onder de ‘hulpmiddelenzorg’. Er is dan geen sprake van een achterwachtfunctie of vervanging onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. In dit geval kunnen orthesen apart in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar.

#### **Redressiehelm overhevelen**

Op dit moment is de redressiehelm opgenomen als te verzekeren prestatie in de hulpmiddelenzorg. Behandeling met een redressiehelm valt onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Daarnaast is altijd sprake van een tijdelijke behandeling. Om die reden is het CVZ voornemens om in het komend pakketadvies de minister te adviseren dit hulpmiddel conform het stroomschema uit de hulpmiddelenparagraaf te verwijderen. Dit betekent dat vanaf 1 januari 2011 de redressiehelm opgenomen zal moeten zijn in de betreffende DBC's.

#### *4.e.2. Therapeutisch elastische kousen*

Therapeutisch elastische kousen (TEK) zijn uitwendige hulpmiddelen, die zowel in de eerste als in de tweede lijn ingezet kunnen worden. Indien het hulpmiddel in de eerste lijn zijn voorgeschreven is sprake van hulpmiddelenzorg (mits er voldaan is aan de aanspraak zoals omschreven in de Rzv).

#### **Tijdelijke of permanente behandeling**

Indien de behandeling met TEK plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist kan het een tijdelijke behandeling betreffen of een permanente. Betreft het een tijdelijke behandeling (bijvoorbeeld in verband met de nabehandeling van het verwijderen van spataderen), dan valt de behandeling onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Is er sprake van een permanente behandeling dan vindt vergoeding plaats op grond van de hulpmiddelenzorg. Dit geldt ook voor de eerste kous, die voor een periode van

### **Klasse 1**

drie maanden wordt verstrekt, omdat het been of de arm nog niet een vaste omvang heeft gekregen, waarna pas een definitieve kous kan worden aangemeten.

Vervanging van TEK vindt namelijk niet plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist en er is ook geen achterwachtfunctie nodig. Steunkousen (klasse 1) vallen niet onder de omschrijving uit de Rzv hulpmiddelenzorg, omdat bij gebruik van deze kousen geen sprake is van *een functieverlies van de aderen*. Indien een medisch-specialist een behandeling met klasse 1 elastische kousen inzet, dient dit gefinancierd te worden uit de DBC.

### **4.f. Hulpmiddelen die over het algemeen in de thuissituatie worden ingezet**

#### **OSAS**

#### **4.f.1. Mandibulair Repositie Apparaat (MRA)**

Een MRA fixeert de onderkaak, door middel van een aan het gebit verankerde beugel, in een voorwaartse stand. Hierdoor wordt de luchtpijp verder geopend, zodat een verstoring van de luchtstroom wordt voorkomen. Een MRA is een uitwendig hulpmiddel dat permanent in de thuissituatie wordt gebruikt. In het Pakketadvies 2009 heeft het CVZ een positief advies aan de minister uitgebracht over opname van de MRA in de basisverzekering. De minister heeft dit advies overgenomen. Vanaf 2010 behoort een MRA tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. De vraag is gerezen of een dergelijk hulpmiddel niet behoort tot de medisch-specialistische zorg, omdat regelmatige controle noodzakelijk is. Ongeacht of regelmatige controle nodig is (dit is immers het geval bij meer hulpmiddelen), is toch sprake van hulpmiddelenzorg. In geval van een MRA zal het overigens vaak de tandarts of orthodontist zijn, die de MRA aanmeet en regelmatig het gebit controleert in plaats van een medisch-specialist. Het CVZ is van mening dat de MRA niet tot de medisch-specialistische zorg zou moeten behoren, maar tot 'hulpmiddelenzorg'.

#### **Eerste lijn**

#### **4.f.2. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden**

Patiënten die een langdurige antistollingsbehandeling ondergaan komen in aanmerking voor vergoeding van

zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (bijvoorbeeld de Coagucheck). Dit betreft meestal een blijvende behandeling onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst in de eerste lijn. Het betreft hier immers zorg voor 'stabiele' patiënten. Derhalve dient dit hulpmiddel vergoed te worden in het kader van de hulpmiddelenzorg. Het hulpmiddel kan dus apart worden gedeclareerd.

***Voet nog niet  
uitbehandeld***

#### *4.f.3. VLOS (voorlopig orthopedisch schoeisel)*

VLOS is een handmatig gemaakte schoen, volledig op maat gemaakt voor de patiënt, van materiaal dat snel is te bewerken (de schoen is binnen circa twee weken gereed). Hierin kunnen alle benodigde voorzieningen worden ingebouwd. Deze schoen is -zoals de naam- al zegt voorlopig en dus een tijdelijke voorziening. Deze schoen wordt voorgeschreven als de voet nog niet is uitbehandeld (bijvoorbeeld na een operatie bij een zwelling die nog moet afnemen). De VLOS zal uiteindelijk vervangen worden door definitief (semi)orthopedisch schoeisel.

Er is meestal geen sprake van een tijdelijk behandeling met orthopedisch schoeisel. Verzekerde is blijvend aangewezen op orthopedisch schoeisel, maar omdat de voet nog onvoldoende is hersteld, wordt gekozen voor een VLOS. Om die reden is er sprake van hulpmiddelenzorg en dient dit hulpmiddel apart gefinancierd te worden.

***Tijdelijke  
voorziening  
vervangen door  
definitieve***

#### *4.f.4. Interimprothese*

Een interimprothese is een tijdelijk prothese die later wordt vervangen door een definitieve. Het gaat hier weliswaar om een tijdelijk prothese in de thuissituatie, maar de behandeling met een prothese is permanent. In dat geval is sprake van permanent gebruik van het hulpmiddel in de thuissituatie, waarbij voor de vervanging geen medische ingreep of medische deskundigheid nodig is. Deze hulpmiddelen vallen daarom onder de hulpmiddelenzorg en kunnen apart gedeclareerd worden.

#### ***4.g. Hulpmiddelen die zowel onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist als de huisarts***

##### ***Meestal geplaatst door huisarts***

##### ***4.g.1. Spiraaltje***

Een spiraaltje is een uitwendig hulpmiddel, dat meestal wordt geplaatst door de huisarts. In die gevallen valt het dus niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist en behoort het spiraaltje tot de hulpmiddelenzorg. Indien de huisarts het spiraaltje plaatst, kan het spiraaltje opgehaald worden bij de apotheek.

In sommige gevallen wordt het spiraaltje in het ziekenhuis geplaatst door een medisch-specialist. In die gevallen valt de plaatsing onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Behandeling van een medisch-specialist is incl. de bij de behandeling horende genees- en hulpmiddelen, dus incl. het spiraaltje. Het spiraaltje behoort in die gevallen tot de medisch-specialistische zorg en dient uit een DBC gefinancierd te worden.

## 5. Consequenties

<b><i>Uitvoeringsproblemen</i></b>	<b><i>5.a. Aanpassing DBC's</i></b> <p>Uit een analyse van de huidige paragraaf Hulpmiddelenzorg en de reacties die van partijen zijn ontvangen in de inhoudelijke consultatie, is gebleken dat de regelgeving en de uitvoeringspraktijk (en daarmee de financiering van hulpmiddelen) nog niet altijd conform het opgenomen stroomschema verlopen. Voorbeelden hiervan zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• het BAHA-hoortoestel;</li><li>• de redressiehelm;</li><li>• orthesen;</li><li>• monitoring.</li></ul>
<b><i>Bestaande lijn continueren</i></b>	Om verzekeren van deze uitvoeringsproblemen niet de dupe te laten worden, acht het CVZ het wenselijk als zorgverzekeraars en ziekenhuizen de bestaande lijn van financiering van hulpmiddelenzorg blijven continueren tot de betreffende DBC's zijn aangepast, maar uiterlijk tot 1 januari 2011. Dit geeft partijen de tijd om de noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem door te voeren. In geval van zorg in het A-segment (niet-onderhandelbare zorg) zullen mogelijk prestatiebeschrijvingen en/of tarieven moeten worden aangepast. Indien de hulpmiddelenzorg tot DBC's uit het B-segment (onderhandelbare zorg) behoort, behoeven mogelijk alleen de prestatieomschrijvingen te worden aangepast. In dat geval is tariefaanpassing niet nodig. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen dan onderling nieuwe prijsafspraken maken.
<b><i>DBC niet kostendekkend?</i></b>	Beroepsgroepen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen contact opnemen met DBC Onderhoud over de DBC's die naar hun mening niet kostendekkend zijn. DBC Onderhoud zal in ieder geval een onderbouwing van de kostprijs vragen. Uiteindelijk beslist de NZa of aanpassing van de prestatieomschrijving of het tarief nodig is.

***Aparte  
zorgactiviteit***

Het CVZ is er voorstander van om voor hulpmiddelen aparte zorgactiviteiten op te nemen, indien:

- de prijs van hulpmiddel bijvoorbeeld meer dan € 500 is;
- het hulpmiddel zowel onder de medisch-specialistische zorg valt als onder de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv.

***BAHA***

In het Pakketadvies 2010 Deelrapport Hulpmiddelenzorg is het CVZ voornemens om de minister te adviseren de vervanging van de BAHA en de redressiehelm uit de paragraaf Hulpmiddelenzorg te verwijderen conform deze notitie.

***5.b. Nader onderzoek***

Het CVZ buigt zich nog over de wijze van financiering van de:

- verbandschoenen;
- proefaanpassing CPAP.

***Verbandschoenen***

Het CVZ komt terug op de vraag tot welke te verzekeren prestatie de verbandschoenen behoren op het moment dat het CVZ deze categorie hulpmiddelen functiegericht gaat omschrijven (Pakketadvies 2011). Tot die tijd dienen de kosten van deze voorzieningen apart te worden vergoed vanuit de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

***Proefaanpassing  
CPAP***

Het CVZ neemt op korte termijn een standpunt in over de wijze van financiering van de proefaanpassing van CPAP. Het CVZ wil deze materie eerst nader onderzoeken.

***5.c. VAC-pomp en disposables***

***Afspraken  
ziekenhuizen en  
zorgverzekeraars***

Uit de inhoudelijke consultatie is naar voren gekomen dat de financiering van de VAC-pomp en bijbehorende disposables tot problemen leidt. De zorgverzekeraars worden geconfronteerd met het feit dat de specialist de keuze voor merk en type pomp maakt en de zorgverzekeraar in de thuissituatie de bijbehorende disposables moet vergoeden. Het CVZ is echter van mening dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen hierover afspraken kunnen maken. Het CVZ zal het komende jaar de ontwikkelingen volgen. Indien nodig zal het CVZ in een volgend pakketadvies aandacht besteden aan deze problematiek.

## **6. Vaststelling standpunt**

*Datum* 25 augustus 2009

**College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans

## Bijlage 1

### **Financiering en bekostiging van medisch-specialistische zorg**

#### *FB-budgettering en lumpsum*

Tot 1 februari 2005 ontvingen ziekenhuizen hun financiering op basis van functiegerichte budgettering (FB) en specialisten hun honorarium op basis van lumpsum. Het ziekenhuis verdient/vult het budget door tarieven bij de zorgverzekeraars in rekening te brengen. Aan het eind van het jaar wordt het budget en de in rekening gebrachte tarieven met elkaar vergeleken. Indien een ziekenhuis meer (of minder) heeft geproduceerd dan het budget, krijgt het ziekenhuis een toelage (of korting) toegekend voor de verpleegdagen in het volgende jaar. Dit systeem sloot niet goed aan bij de volgende doelstellingen: het inzichtelijker maken van de zorgproductie voor arts, ziekenhuis, zorgverzekeraar en patiënt en het streven naar een doelmatiger en doeltreffender zorgstelsel.

#### *Invoering nieuwe bekostigingssystematiek: Diagnose Behandeling Combinaties*

Met ingang van 2005 is gestart met een nieuwe bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen, namelijk bekostiging op basis van DBC's. Een DBC is een administratieve code die een beschrijving is van het geheel aan zorg dat een patiënt ontvangt bij een specifieke diagnose. De DBC geldt dus van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle. Voor de invoering van de DBC's, registreerde een deel van de ziekenhuizen welke zorg zij leverden voor elke getypeerde DBC. Zo ontstond voor elke DBC een gemiddeld profiel aan zorgactiviteiten (CTG-codes). In de standaardprijs van een DBC moeten eigenlijk alle kosten meegenomen zijn die ziekenhuizen maken, dus ook de werklust van de medisch-specialist (honorarium), directe (personeel, materieel) en indirecte lasten (bijvoorbeeld overhead), maar ook hulpmiddelen. Doel van de invoering van de DBC-systematiek is voornamelijk een meer prestatiegerichte bekostiging van ziekenhuizen en medisch-specialisten.

De bekostiging van ziekenhuizen blijft tot (in ieder geval) 1 januari 2011 voor het A-segment<sup>1</sup> gebaseerd op het systeem van functiegerichte budgettering.

Financiering van de zorg vindt al wel plaats door middel van DBC's. Voor het B-segment vindt zowel de financiering als bekostiging plaats op basis van DBC's. Vanaf 1 januari 2008 is wel al de lumpsum van de medisch-specialisten losgelaten, waardoor de specialist geheel afhankelijk is van DBC-productie voor zijn inkomen.

---

<sup>1</sup> In het vaste A-segment vindt financiering plaats op basis van gelijke vaste tarieven per DBC-groep die voor alle ziekenhuizen gelijk zijn. Dit vaste segment betreft in 2009 ongeveer 34% van de totale omzet.



Het is voor de ziekenhuizen, medisch-specialisten en zorgverzekeraars belangrijk dat op het moment dat het FB-systeem wordt vervangen door DBC's, elke DBC een kloppend gemiddeld zorgprofiel heeft. Indien dit niet het geval is, kan het zijn dat een DBC niet kostendekkend is of dat het bedrag van een bepaalde DBC te hoog is. De reden dat het CVZ de laatste tijd veel vragen krijgt over de vergoeding van uitwendige hulpmiddelen is dat het einde van de FB-budgettering bijna in zicht is en er nog onduidelijkheid bestaat of uitwendige hulpmiddelen in DBC's zijn opgenomen of apart kunnen worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars. Daarnaast vragen zorgverzekeraars zich af, wanneer zij een uitwendig hulpmiddelen wel of niet apart moeten vergoeden.