

Kennis *Gebundeld*

Kennis over Verstrekkingengeschillen

Aan deze bundel hebben meegewerkt:

Medewerkers Verstrekkingengeschillen,
Afdeling Zorg Advies, CVZ

Redactie:

Mw. mr. M. van der Veen-Helder
Mw. mr. D. Özkanli

Vormgeving:

Mw. L. Uijleman

Uitgave:

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.cvz.nl

November 2012, versie 14.0

Inhoud

Voorwoord	6
Gebruikte afkortingen	7
Adviezen van het CVZ	8
Adviezen op grond van artikel 114 Zvw	8
Adviezen op grond van artikel 58 AWBZ	8
Zorgverzekeringsrecht	10
Inleiding	10
Juridisch kader	10
Omgang met polisvoorwaarden.....	11
Samenloop van verzekeringen.....	17
Wanprestatie	18
Stappen in de toetsing	20
Is het gevraagde een te verzekeren prestatie?	20
Heeft verzekerde recht op de betreffende prestatie, ofwel: is voldaan aan de voorwaarden?	21
Kan verzekerde zijn recht op een verzekerde prestatie tot gelding brengen?	22
Geneeskundige zorg in het buitenland	24
Zorgverlening binnen de EU	24
Grensarbeiders	30
Wonen in andere lidstaat/buitenland	30
Zorgverlening in verdragslanden.....	31
Zorgverlening elders in de wereld (geen EU, geen verdragsland)	33
Medisch specialistische zorg	34
Algemene begrippen.....	34
Specifieke voorwaarden en uitsluitingen	43
Geriatrische revalidatie	58
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	61
Eerstelijnspsychologische zorg.....	64
Specialistische GGZ	65
Verblijf in een GGZ-instelling	65
Aanspraak op geneeskundige GGZ en AWBZ-zorg	66
Verpleging	68
Mechanische beademing	71
Revalidatiezorg	73
Audiologische zorg	77
Verloskundige zorg en kraamzorg	78
Plastische chirurgie	81
Mondzorg	94

Paramedische zorg.....	100
Fysiotherapie.....	100
Oefentherapie Cesar/Mensendieck.....	106
Ergotherapie.....	107
Logopedie.....	109
Dieetadvisering	111
Farmaceutische Zorg	113
De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar	113
Het bij de terhandstelling behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.....	116
Niet-geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, mits het rationele farmacotherapie betreft	118
Magistrale bereidingen	118
Niet geregistreerde geneesmiddelen.....	120
Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.....	122
Ziekenvervoer	125
Vervoer in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.....	125
Ziekenvervoer in de Zorgverzekeringswet.....	126
Hulpmiddelenzorg.....	132
Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg	132
Algemene begrippen.....	133
Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, artikel 2.8 Rzv	146
Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9 Rzv	158
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10.....	168
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11 Rzv	174
Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, artikel 2.12 Rzv	179
Anti-decubituszitkussens.....	208
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, artikel 2.13 Rzv	211
Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming, artikel 2.15 Rzv.....	224
Verbandmiddelen, artikel 2.15, lid 1, sub j.....	225
Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden, artikel 2.16 Rzv	228
Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, artikel 2.17 Rzv.....	229
Injectiespuiten, artikel 2.19 Rzv	237
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, artikel 2.6, sub m Rzv	240
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem, artikel 2.6, sub n Rzv	245
Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, artikel 2.6, sub o Rzv	246
Draagbare uitwendige infuuspompen, artikel 2.22 Rzv	250
Schoenvoorzieningen, artikel 2.23 Rzv	251
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding, artikel 2.24 Rzv	254
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken, artikel 2.6, sub s Rzv	256

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering, artikel 2.26 Rzv	258
Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren, artikel 2.6, eerste lid, sub y Rzv.....	270
Thuisdialyse-apparatuur, artikel 2.29 Rzv	273
Afbakingsproblematiek AWBZ/Zvw en andere regelgeving	275
Inleiding	275
Afbakening Zvw - AWBZ	275
Verpleging.....	276
Begeleiding.....	277
Hulpmiddelen.....	278
Voorzieningen krachtens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia).....	282
Voorzieningen krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).....	284
Slot	290

Voorwoord

Sinds 2001 verzorgt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de uitgave "Kennis Gebundeld, Kennis over Verstrekkingengeschillen", in de wandelgangen de Kennisbundel genoemd. De Kennisbundel is bedoeld voor medewerkers van zorgverzekeraars, die regelmatig te maken hebben met de behandeling van geschillen over te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de verzekerde prestaties op grond van de basispolissen van de diverse zorgverzekeraars.

Bij geschillen over de verzekerde prestaties op grond van de diverse basispolissen zal uitleg van de bepalingen van belang zijn. Alhoewel de modelpolis van de verzekeraar de grondslag voor het geschil zal vormen, zullen de bepalingen van de Zvw over de te verzekeren prestaties in die overeenkomst doorwerken. De verzekeraar mag weliswaar zelf bepalen wie de zorg verleent en waar die zorg verleend wordt, maar hij moet in de polis alle te verzekeren prestaties opnemen, zoals die naar aard, inhoud en omvang in de Zvw en de onderliggende regelgeving zijn vastgelegd. Hij mag niet minder, maar ook niet meer verzekeren dan de wetgever heeft bepaald. Aangezien de te verzekeren prestaties in de Zvw grotendeels overeenkomen met de Ziekenfondswet (ZFW), is de jurisprudentie die in de loop der jaren is ontstaan onder de ZFW, ook voor de beoordeling van geschillen bij de Zvw van belang.

De Kennisbundel is gebaseerd op de systematiek van de Zvw, het Besluit Zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Per te verzekeren prestatie zijn de gegevens, die van belang zijn voor de beoordeling van een geschil, systematisch opgenomen. Aan de voorwaarden, die de zorgverzekeraar zelf bij polis mag bepalen (door wie en waar), wordt geen aandacht besteed, omdat deze voorwaarden per zorgverzekeraar verschillen. Hiervoor is hetgeen in de polis is opgenomen bepalend. Aangezien de beoordeling van het recht op een verzekerde prestatie doorgaans in drie stappen plaatsvindt, is de kennisbundel op deze manier opgezet. Per te verzekeren prestatie worden de volgende vragen besproken:

- Is het gevraagde een te verzekeren prestatie.
 - Voldoet verzekerde aan de toepasselijke voorwaarden voor de specifieke prestatie.
 - En is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?
- De relevante jurisprudentie, zoals deze op basis van de Zvw en de ZFW is ontstaan, is steeds bij elk onderdeel weergegeven, zodat een compleet beeld ontstaat. Op deze manier is de kennisbundel zowel voor de medische als de juridische beoordeling goed toegankelijk.

De bundel is als download bestand te vinden op de website van het CVZ (www.cvz.nl).

Opmerkingen, die kunnen leiden tot verbetering van de documenten, zijn van harte welkom. Bij de actualisatie van deze versie hebben we dankbaar gebruik gemaakt van uw opmerkingen en suggesties. In sommige kennisdocumenten wordt verwezen naar niet-gepubliceerde adviezen. Indien u deze adviezen nodig heeft, kunt u ze bij het secretariaat van de afdeling Zorg Advies opvragen.

Tel: 020-7978756. Email: LUijleman@cvz.nl.

Ik hoop dat deze kennisbundel aan uw verwachtingen voldoet.

Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
BZA	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit zorgverzekering
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
Gw	Geneesmiddelenwet
RZA	Rechtspraak Zorgverzekering, jurisprudentietijdschrift, uitgave van CVZ in samenwerking met uitgeverij Kluwer bv.
Rzv	Regeling zorgverzekering
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
ZFW	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet

Adviezen van het CVZ

Adviezen op grond van artikel 114 Zvw

In de Zvw is in artikel 114 geregeld dat zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat verzekerden hun geschillen aan een onafhankelijke instantie moeten kunnen voorleggen. Alle zorgverzekeraars hebben de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) aangewezen als de onafhankelijke instantie, waaraan verzekerden hun geschillen kunnen voorleggen. De SKGZ brengt bij geschillen een bindend advies uit. De SKGZ is verplicht, voordat het een bindende uitspraak doet, eerst advies te vragen aan het CVZ, indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Het CVZ dient binnen vier weken na ontvangst van een adviesaanvraag advies uit te brengen aan de SKGZ.

De SKGZ geeft het CVZ bij de adviesaanvraag een afschrift van de stukken, die zich in het dossier bevinden. Te denken valt aan:

- De aanvraag/de nota van verzekerde
- De eerste beoordeling van de zorgverzekeraar
- Het verzoek om heroverweging van verzekerde
- De heroverweging van de zorgverzekeraar
- Het verzoek om geschillenbeslechting aan de SKGZ van verzekerde
- Het verweer van de zorgverzekeraar
- Het verslag van het horen van de SKGZ
- Eventuele aanvullende gegevens, die de SKGZ verzameld heeft
- De toepasselijke polisvoorwaarden

Het CVZ geeft op basis van de stukken in het dossier, de toepasselijke polisvoorwaarden en de regelgeving advies.

Gedurende deze adviesprocedure zijn de volgende procedurele aspecten van belang.

- Het CVZ wijst een behandelaar aan en registreert het advies onder een zaaknummer. In het algemeen neemt het CVZ zelf geen contact op met verzekerde, zorgverzekeraar of medische behandelaars.
- Het CVZ zendt het advies naar de SKGZ (de SKGZ zendt een afschrift hiervan naar de zorgverzekeraar en naar verzekerde). Als de SKGZ nog een hoorzitting houdt, brengt het CVZ een voorlopig advies uit. Een week na ontvangst van het verslag van de hoorzitting deelt het CVZ mee of het voorlopig advies definitief is of brengt het met inachtneming van de gegevens uit de hoorzitting een nieuw definitief advies uit.

Adviezen op grond van artikel 58 AWBZ

Het CVZ brengt op grond van 58 AWBZ advies uit, indien advies gevraagd wordt over:

- een voorgenomen beslissing op bezwaar van een uitvoeringsorgaan over een aanspraak op verstrekkingen als bepaald op grond van de AWBZ;
- een voorgenomen beslissing op bezwaar van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) betreffende een indicatiebesluit als bepaald op grond van de AWBZ.

Het CVZ brengt op grond van artikel 58 AWBZ geen advies uit indien:

- het bezwaar betrekking heeft op een - ingevolge het bepaalde krachtens de AWBZ - verschuldigde bijdrage in de kosten van een verstrekking, waarvan de hoogte niet afhankelijk is van een medisch oordeel;
- het bezwaar kennelijk niet-ontvankelijk is;
- aan het bezwaar volledig wordt tegemoet gekomen;
- het zorgvormen betreft, die via een persoonsgebondenbudget geregeld zijn.

Gedurende deze adviesprocedure zijn de volgende procedurele aspecten van belang:

- Het CVZ wijst een behandelaar aan en registreert het advies onder een zaaknummer.
- In het algemeen neemt het CVZ zelf geen contact op met verzekerde, zorgverzekeraar of medische behandelaars. Het CVZ benadrukt dat een uitvoeringsorgaan of het CIZ zelf zijn beslissing moet heroverwegen op grond van alle beschikbare en benodigde gegevens.
- Het CVZ zendt het advies naar de adviesvrager en een afschrift van het advies en de conceptbeslissing naar verzekerde.

Zorgverzekeringsrecht

Inleiding

In de Zvw is de rechtsbescherming voor verzekerden geregeld. In dit hoofdstuk gaan we nader in op de aard van de zorgverzekering en geven we een overzicht van de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek die op de zorgverzekering van toepassing zijn. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de uitleg van polisvoorwaarden en gaan we kort in op de onderwerpen samenloop van verzekeringen en wanprestatie.

Juridisch kader

Een zorgverzekering moet voldoen aan hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan¹. De Zvw draagt dus verzekeringsplichtigen op om zich privaatrechtelijk te verzekeren. De rechten en plichten van de verzekerde en zorgverzekeraar vloeien niet meer voort uit de wet, maar uit de zorgverzekering.

In de Zvw is bepaald dat de zorgverzekering een *schadeverzekering* is. Volgens artikel 7:944 Burgerlijk Wetboek (BW) is een schadeverzekering 'de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden'. Het begrip *verzekering* is weer gedefinieerd in het eerste lid van artikel 7:925 BW: 'Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Zij is hetzij schadeverzekering, hetzij sommenverzekering.'

De zorgverzekering is dus een tussen de zorgverzekeraar en verzekeringnemer gesloten overeenkomst van een schadeverzekering. In het kader van het algemeen overeenkomstenrecht en het verzekeringsrecht in het bijzonder, zijn dan op de zorgverzekering de volgende titels uit het BW van toepassing.

Titel 3.1 BW

Uit Titel 1 van Boek 3 BW is artikel 12 van belang; in dit artikel wordt het begrip 'redelijkheid en billijkheid' verder uitgewerkt.

Titel 6.1 BW

Titel 1 van boek 6 BW geeft een regeling die voor alle civiele verbintenissen geldt, ongeacht de bron waaruit zij zijn ontstaan. Van belang zijn onder andere de bepalingen over de voorwaardelijke verbintenissen (artikel 6:21 e.v. BW), de redelijkheid en billijkheid (artikel 6:2 BW), de nakoming van verbintenissen (artikel 6:27 e.v. BW), de gevolgen van niet-nakoming: wanprestatie (artikel 6:74 BW), overmacht (artikel 6:75 BW), aansprakelijkheid voor hulppersonen (artikel 6:76 BW).

Titel 6.5 BW

Titel 5 van Boek 6 BW geeft een regeling voor overeenkomsten in het algemeen: tot stand komen van overeenkomsten, algemene voorwaarden en vernietigingsgronden (artikelen 6:231-247 BW), rechtsgevolgen van overeenkomsten, wederkerige overeenkomsten (opschorting en ontbinding).

¹ Artikel 1 sub d Zvw

Titel 7.17 BW

In Titel 17 van Boek 7 BW zijn de bepalingen opgenomen die betrekking hebben op een verzekeringsovereenkomst. Van toepassing zijn:

Afdeling 1:

- artikel 7:925 BW (definitie verzekering),
- artikel 7:926 BW (definitie naturaverzekering),
- artikelen 7:928-930 BW (mededelingsplichten en sancties),
- artikel 7:934 BW (aanmaning bij wanbetaling),
- artikel 7:940 BW (opzegging),
- artikel 7:943 BW (dwingend recht).

Verder zijn van Afdeling 2 de volgende bepalingen van toepassing:

- artikel 7:944 BW (definitie schadeverzekering),
- artikel 7:947 BW (positie derde - verzekerde),
- artikel 7:960 BW (indemniteitsbeginsel²).

Uitgesloten op grond van artikel 15 Zvw zijn:

- artikel 7:941 BW, eerste lid BW (inlichtingenplicht van verzekeringnemer)
- artikel 7:952 BW (in afwijking van dit artikel is de zorgverzekeraar niet bevoegd een verzekerde prestatie geheel of gedeeltelijk te weigeren als het intreden van het verzekerde risico aan de verzekerde is te wijten)
- artikel 7:957 BW (schadebeperkingsplicht³)

Verder is de reikwijdte van artikel 7:928 tot en met 7:930 BW (mededelingsplicht⁴) erg beperkt. Door de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de door de wetgever vastgestelde inhoud en omvang van het verzekerde pakket, is informatie over de gezondheid van de verzekerden voor de zorgverzekeraar niet van belang.

In de navolgende paragraaf zal nader worden ingegaan op de bepalingen over de algemene voorwaarden en vernietigingsgronden, de redelijkheid en billijkheid en de contra-preferentem regel.

Omgang met polisvoorwaarden

In de polisvoorwaarden is opgenomen wat de rechten en plichten van de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer zijn, en - indien dit een ander dan de verzekeringnemer is - van de verzekerde.

In de zorgverzekeringspraktijk doen zich regelmatig geschillen voor tussen een verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar wijst bijvoorbeeld de aanvraag van zijn verzekerde af omdat hij van oordeel is dat het gevraagde geen verzekerde prestatie is. De verzekerde is het daar niet mee eens en vordert nakoming van de zorgverzekeringsovereenkomst. Het komt er dan op neer hoe de betreffende polisvoorwaarde(n) geïnterpreteerd moet(en) worden. Voor de uitleg van zorgpolissen betekent dit dat bij onduidelijkheid van polisvoorwaarden, die door de Zvw worden

² De uitkering moet gericht zijn op het vergoeden van de daadwerkelijk geleden schade; een verzekerde mag geen vergoeding ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraken.

³ Dit artikel bepaalt dat de verzekeringnemer of de verzekerde verplicht is binnen redelijke grenzen alle maatregelen te nemen die tot voorkoming of vermindering van schade kunnen leiden zodra deze van de verwezenlijking van het risico of het ophanden zijn daarvan op de hoogte is, of behoort te zijn.

⁴ Op grond van artikel 7:928 BW is de verzekeringnemer verplicht om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

voorgeschreven, aangenomen mag worden dat partijen hebben beoogd om te contracteren overeenkomstig de Zvw. De polisvoorwaarden moeten dan ook in de geest van de Zvw worden uitgelegd. Dit kan eventueel ook contractueel worden geregeld.

Als er een geschil is tussen een zorgverzekeraar en een verzekerde over de inhoud van een polisvoorwaarde, zal de zorgverzekering geraadpleegd moeten worden en eerst bekeken moeten worden of de betreffende bepaling wel duidelijk genoeg is. De wettelijke regeling over algemene voorwaarden – artikelen 6:231-247 BW – zijn hierbij van groot belang.

SKGZ, 07-02-2007 RZA 2007/95	In een geschil over het recht op Plavix wijst de Geschillencommissie het verzoek toe omdat de zorgverzekering niet in overeenstemming is met de Zvw. In de noot van Prof.mr. G.R.J. de Groot, Bijzonder hoogleraar Zorgverzekeringsrecht, VU Amsterdam wordt aandacht gevraagd voor een goede motivering van een besluit indien de Zvw prevaleert boven de zorgverzekering.
RB. ARNHEM 02-03-07 AWB 06/3148 RZA 2007/68	Zvw: verhouding tussen zorgverzekeraar en verzekerde is privaatrechtelijk van aard; de bestuursrechter is niet bevoegd.

Algemene voorwaarden

Volgens artikel 6:231 sub a BW worden onder algemene voorwaarden verstaan ‘een of meer bedingen die zijn opgesteld teneinde in een aantal overeenkomsten opgenomen te worden, met uitzondering van bedingen die de kern van de prestaties aangeven, voor zover deze laatstgenoemde bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn geformuleerd’. Algemene voorwaarden zijn dus schriftelijke bedingen; voorwaarden van contractuele aard.

Door ondertekening van de zorgpolis aanvaardt de verzekeringnemer op grond van artikel 6:231 sub c BW de gelding van de algemene voorwaarden. Er wordt verondersteld dat de verzekeringnemer weet dat er algemene voorwaarden zijn. De terhandstelling of toezending van de voorwaarden of verwijzing ernaar moet hebben plaatsgevonden voor of bij het sluiten van de zorgpolis.

De verzekeringnemer is op grond van artikel 6:232 BW ook aan de algemene voorwaarden gebonden als bij het sluiten van de zorgpolis de gebruiker begreep of moest begrijpen dat zij daarvan de inhoud niet kende. Voor het aanvaarden van de gelding van de algemene voorwaarden is dus niet vereist dat men de inhoud van de voorwaarden kent. Artikel 6:232 BW maakt dus een uitzondering op het vertrouwensbeginsel (artikel 3:35 BW⁵). Ook al is bij de zorgverzekeraar het vertrouwen niet opgewekt dat de verzekeringnemer de inhoud van de algemene voorwaarden kende en deze aanvaardde, dan is toch de verzekeringnemer aan de algemene voorwaarden gebonden.

⁵ Artikel 3:35 BW: ‘Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil’.

Algemene vernietigingsgronden

De gronden waarop een beding in algemene voorwaarden van degene die de voorwaarden heeft gebruikt (= zorgverzekeraar), door de wederpartij (= verzekeringnemer) kan worden vernietigd, vindt men in artikel 6:233 BW en artikelen 6:236-238 BW. In artikel 6:235 BW is opgenomen welke wederpartijen geen beroep kunnen doen op de vernietigingsgronden van artikelen 6:233 en 234 BW⁶.

Artikel 6:233 sub a BW

Volgens deze bepaling is een beding in algemene voorwaarden vernietigbaar 'indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij.' De bepaling houdt dus verband met de inhoud van een beding: het moet gaan om een beding dat gezien bepaalde omstandigheden onredelijk bezwarend is voor de wederpartij.

De algemene toetsingsnorm van artikel 6:233 sub a BW is uitgewerkt in twee lijsten met vernietigbare bedingen. De lijst van artikel 6:236 BW ('de zwarte lijst') noemt een aantal bedingen die onredelijk bezwarend zijn; deze bedingen zijn altijd vernietigbaar. De lijst van 6:237 BW ('de grijze lijst'), bevat bedingen die vermoedelijk onredelijk bezwarend kunnen zijn. Hierbij rust de bewijslast van het tegendeel steeds op de gebruiker. Deze lijsten dienen limitatief te worden opgevat.

Artikel 6:233 sub b BW

Een beding in algemene voorwaarden is ook vernietigbaar 'indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.' Deze bepaling houdt verband met de (on)mogelijkheid voor de partij tegen wie de algemene voorwaarden worden gebruikt om daarvan kennis te nemen. In artikel 6:233 sub b BW is dus de zogenaamde kennisgevingsnorm of informatieplicht opgenomen.

De informatieplicht wordt nader uitgewerkt in artikel 6:234, eerste lid BW:

De gebruiker heeft aan de wederpartij de in artikel 233 onder *b* bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij

- a. hetzij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand heeft gesteld,
- b. hetzij, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt dat de voorwaarden bij hem ter inzage liggen of bij een door hem opgegeven Kamer van Koophandel en Fabrieken of een griffie van een gerecht zijn gedeponneerd, alsmede dat zij op verzoek zullen worden toegezonden,
- c. hetzij, indien de overeenkomst langs elektronische weg tot stand komt, de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door hem kunnen worden opgeslagen en voor hem toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede

⁶ Het gaat hier om zogenaamde grote wederpartijen, ondernemingen die beschikken over voldoende deskundigheid en een marktpositie die het mogelijk maakt zich tegen door hen niet gewenste bedingen te verzetten.

dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden.

De hoofdregel is dat de algemene voorwaarden aan de wederpartij moeten worden ter hand gesteld (sub a), en wel vóór of bij het sluiten van de overeenkomst (= zorgpolis). Een uitzondering op deze regel is de mogelijkheid om de algemene voorwaarden ter inzage te leggen en op verzoek toe te zenden (sub b). Bij wijzigingen van algemene voorwaarden dient de gebruiker – zeker als het gaat om complexe voorwaarden en/of ingrijpende wijzigingen – een nieuwe versie van de voorwaarden aan de wederpartij te overhandigen of toe te zenden.

Zorgverzekeringen kunnen regelen dat de zorg slechts van bepaalde, gecontracteerde zorgaanbieders betrokken mag worden. In dat geval behoort een lijst van zorgaanbieders waar de verzekeringnemer terecht kan tot de zorgpolis. Maar bij lange lijsten of lijsten die vaak wijzigen (bijvoorbeeld de lijst van bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen) is het voor de zorgverzekeraar niet te doen om alle wijzigingen telkens toe te zenden. In zo'n geval vloeit uit de redelijkheid en billijkheid waarmee overeenkomsten moeten worden uitgevoerd voort, dat de zorgverzekeraar in zijn zorgpolis mag verwijzen naar op zijn website vindbare lijsten, en dat hij desgevraagd een uitdraai maakt en verzendt⁷.

Methoden bij de interpretatie van polisvoorwaarden

a. Jurisprudentie

Het huidige BW geeft vrijwel geen regels over de uitleg van overeenkomsten, maar aan de hand van jurisprudentie van de Hoge Raad kan er wel een beoordelingskader worden geconstrueerd.

In het **Haviltex-arrest**⁸ concludeert de Hoge Raad dat een zuiver taalkundige uitleg van een contract geen uitsluitel kan geven over wat partijen onderling hebben geregeld. De opvatting dat woorden van een contract op zichzelf duidelijk kunnen zijn en geen uitleg behoeven wordt in dit arrest verlaten. De Hoge Raad overweegt hier onder andere: 'dat de vraag hoe in een schriftelijk contract de verhouding van partijen is geregeld en of dit contract een leemte laat die moet worden aangevuld, kan niet worden beantwoord op grond van alleen maar een taalkundige uitleg van de bepalingen van dat contract. Voor de beantwoording van die vraag komt het immers aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Daarbij kan mede van belang zijn tot welke maatschappelijke kringen partijen behoren en welke rechtskennis van zodanige partijen kan worden verwacht'.

Lange tijd werd dit arrest toegepast, maar in de jurisprudentie van de jaren negentig ontwikkelde de Hoge Raad **de zogenaamde CAO-norm**⁹. Hierbij gaat het om een meer objectieve wijze van uitleg van bepalingen in een overeenkomst; dit betekent niet dat alleen een taalkundige uitleg mogelijk is. De Hoge Raad geeft aan dat 'de onderhavige CAO's algemeen verbindend zijn verklaard en derhalve recht vormen in de zin van artikel 79 RO. In de onderdelen wordt terecht ervan uitgegaan dat bij de uitleg van bepalingen van een dergelijke CAO de bewoordingen daarvan, gelezen in het licht van de gehele tekst van die overeenkomst, in beginsel van doorslaggevende betekenis zijn [...] Dit betekent echter niet dat bij het bepalen van inhoud en strekking van een CAO-bepaling onder alle omstandigheden alleen gelet mag worden op de letterlijke betekenis van de

⁷ MvT II 29 763. nr. 3, p. 79

⁸ HR 13 maart 1981, NJ 1981/635

⁹ HR 17 september 1993, nr. 15064, NJ 1994/173 en HR 28 juni 2002, NJ 2003/111

bewoordingen. Als de bedoeling van partijen bij de CAO naar objectieve maatstaven volgt uit de CAO-bepalingen en de eventueel daarbij behorende schriftelijke toelichting en dus voor individuele werknemers en werkgevers die niet bij de totstandkoming van de overeenkomst betrokken zijn geweest kenbaar is, kan ook daaraan bij de uitleg betekenis worden toegekend'. Dit betekent dat objectieve aanknopingspunten en tekst belangrijker zijn als het gaat om bepalingen die de rechtspositie beïnvloeden van niet bij totstandkoming betrokkenen en (toekomstige) derden.

In het **DSM-arrest**¹⁰ wordt de bovenstaande rechtspraak samengevat. De Hoge Raad geeft hierin aan dat tussen de Haviltex-norm en de CAO-norm geen tegenstelling bestaat, maar een vloeiende overgang. De rechtspraak van de Hoge Raad heeft als gemeenschappelijke grondslag dat bij de uitleg van een schriftelijk contract telkens van beslissende betekenis zijn alle omstandigheden van het concrete geval, gewaardeerd naar hetgeen de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen. Zowel aan de CAO-norm als aan de Haviltex-norm ligt de gedachte ten grondslag dat de uitleg van een schriftelijk contract niet dient plaats te vinden op grond van alleen maar de taalkundige betekenis van de bewoordingen waarin het is gesteld. De Haviltex-norm en de CAO-norm hebben dus de redelijkheid en billijkheid als gemeenschappelijke grondslag.

b. Redelijkheid en billijkheid

In het eerste lid van artikel 6:2 BW is een fundamentele regel van het verbintenissenrecht opgenomen: 'schuldeiser en schuldenaar zijn verplicht zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid'. Dit wil zeggen dat partijen bij de uitvoering van elke verbintenis, ongeacht uit welke bron deze is ontstaan, als redelijke mensen dienen te handelen en met elkaars gerechtvaardigde belangen rekening dienen te houden.

In artikel 3:12 BW wordt het begrip 'redelijkheid en billijkheid' uitgewerkt en worden enkele factoren genoemd waarmee rekening gehouden moet worden bij de vaststelling van redelijkheid en billijkheid: 'Bij de vaststelling van wat redelijkheid en billijkheid eisen, moet rekening worden gehouden met algemeen erkende rechtsbeginselen, met de in Nederland levende rechtsovertuigingen en met de maatschappelijke en persoonlijke belangen, die bij het gegeven geval zijn betrokken.' Dit artikel sluit aan bij een aantal voor deze materie belangrijke bepalingen zoals artikel 6:2, 6:248 en 6:258 BW. Het vermeldt enkele gezichtspunten, waarmee bij het vinden van het hier bedoelde ongeschreven recht ofwel hetgeen 'redelijkheid en billijkheid' eisen, rekening moet worden gehouden.

Vaak zal de redelijkheid en billijkheid een *aanvullende werking* hebben: waar een leemte is, wordt de inhoud van de verbintenis aangevuld aan de hand van de redelijkheid en billijkheid. Dit kan allerlei, niet rechtsreeks in de wet of de overeenkomst te vinden rechten en plichten tot gevolg hebben. Zelfs kunnen redelijkheid en billijkheid een *beperkende of derogerende werking* hebben. Het tweede lid van artikel 6:2 BW bepaalt namelijk dat op een tussen schuldeiser en schuldenaar geldende regel geen beroep kan worden gedaan, indien dat in strijd is met de redelijkheid en billijkheid, of zoals de wet het formuleert: 'voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.'

c. Grenzen aan redelijkheid en billijkheid in de verzekeringsovereenkomst

Artikel 6:248 lid 2 BW luidt: een tussen partijen geldende contractuele regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Op grond van deze bepaling kan onder bepaalde omstandigheden ten gunste van één van partijen afgeweken worden van

¹⁰ HR 20 februari 2004, RvdW 2004/34

de bepalingen van een overeenkomst (de zogenaamde ‘derogerende werking’). In jurisprudentie speelt regelmatig de vraag welke omstandigheden aanleiding kunnen geven om deze bepaling toe te passen.

In een annotatie¹¹ bij een uitspraak van de SKGZ Geschillencommissie schrijft mr. G.R.J. de Groot (advocaat bij Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn N.V. te Den Haag) daarover onder andere:

“Aan doctrine en rechtspraak over de toepassing van redelijkheid en billijkheid valt het volgende te ontleen.¹² Allereerst biedt artikel 6:248 lid 2 BW de rechter – en dus ook de Geschillencommissie – niet de ruimte om de redelijkheid van de contractuele bepaling op zichzelf te beoordelen. Hij mag niet een contractuele bepaling opzij zetten op de enkele grond dat hij deze voor één van partijen te bezwaarlijk acht. Afgezien hiervan ligt in de formulering ‘naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar’ besloten dat de rechter de beperkende werking terughoudend moet toepassen.¹³ Dit geldt in het bijzonder wanneer het gaat om dwingendrechtelijke bepalingen, waarvan dus bij overeenkomst niet mag worden afgeweken.¹⁴ De bepalingen in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering mogen daarmee op een lijn worden gesteld, aangezien de verzekerde prestaties de wettelijke regeling niet te boven mogen gaan, op straffe van het verloren gaan van het karakter van zorgverzekering.¹⁵ Voor verzekeringsovereenkomsten komt daarbij dat de HR geen plaats aanwezig acht voor uitbreiding van de verzekeringsdekking met een beroep op de beperkende werking van redelijkheid en billijkheid, omdat met de dekkingsomschrijving de grenzen worden omschreven waarbinnen de verzekeraar dekking biedt.¹⁶ Deze beperking geldt ook voor de zorgverzekering, omdat de zorgverzekeraar zijn premie vaststelt op basis van de verplichtingen die hij overeenkomstig de wettelijke regeling moet aangaan.”

Van belang is dus dat bij een verzekeringsovereenkomst een contractuele bepaling niet opzij gezet mag worden enkel op de grond dat deze voor de verzekerde bezwaarlijk is. Gezien het karakter van de wettelijk gereguleerde zorgverzekering is terughoudendheid hier zeker aangewezen.

<p>SKGZ 10-01-2007 nr. ANO 06.111 RZA 2007/41 Met annotatie</p>	<p>Artikel 6:248 lid 2 BW geeft de rechter – en dus ook de geschillencommissie – niet de bevoegdheid een contractuele bepaling opzij te zetten op de enkele grond dat hij deze voor één van partijen bezwaarlijk acht; de bepaling biedt de rechter niet de ruimte de redelijkheid van de contractuele bepaling op zichzelf te beoordelen</p>
<p>SKGZ 09-06-2010, 2008.01273 RZA 2010/91 Met annotatie</p>	<p>Artikel 6:248 lid 2 BW biedt de rechter – en dus ook de Geschillencommissie – niet de ruimte om de redelijkheid van de contractuele bepaling op zichzelf te beoordelen. Hij mag niet een contractuele bepaling opzij zetten op de enkele grond dat hij deze voor één van partijen te bezwaarlijk acht.</p>

¹¹ RZA 2010, 91

¹² Zie hierover uitgebreider een noot onder SKGZ 10 januari 2007, RZA 2007, 41.

¹³ HR 2 april 2004, NJ 2006, 212 m.nt. E. Verhulp; de HR spreekt over de ‘terughoudendheid die bij de toepassing van deze maatstaf geboden is’.

¹⁴ Zie hierover uitgebreider *Asser-Hartkamp 4-II* (Algemene leer der overeenkomsten), nr. 316 en de daar aangehaalde rechtspraak.

¹⁵ Zie artikel 1 onder d Zorgverzekeringswet.

¹⁶ HR 9 juni 2006, NJ 2006, 326.

d. Contra proferentem-regel

In geval een polisvoorwaarde op meerdere manieren worden geïnterpreteerd, en dus onduidelijk is, dient bij een geschil tussen een verzekeraar en zijn verzekerde op grond van de contra proferentem-regel gekozen te worden voor een uitleg die in het voordeel is van de verzekerde.

Volgens artikel 6:238 lid 2 BW moeten bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 6:236 en 6:237 BW de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg. Er moet dan gekozen worden voor de lezing die het meest gunstig is voor de verzekerde. Het uitgangspunt is dat de door de professionele partij opgestelde polisvoorwaarden duidelijk behoren te zijn. In geval van onduidelijkheid moeten de polisvoorwaarden uitgelegd worden ten gunste van de niet-professionele partij.

Samenloop van verzekeringen

Van samenloop is sprake wanneer eenzelfde belang voor dezelfde tijd, tegen hetzelfde gevaar en ten behoeve van dezelfde verzekerde onder meer dan één verzekering is gedekt. Zo zijn in de AWBZ bepaalde vormen van zorg geregeld die eveneens in de Zvw verzekerde prestaties zijn. Over de afbakening van zorg tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ is het volgende geregeld.

Op grond van artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) bestaat aanspraak op geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelzorg. Deze zorg behoort ook tot de verzekerde prestaties zoals genoemd in artikel 10 Zvw. In artikel 2 BZA is bepaald dat een verzekerde aanspraak heeft op AWBZ-zorg ‘ behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling’. Dit is dus een algemene voorrangregel waaruit blijkt dat aanspraak op AWBZ-zorg vervalt als er op grond van andere wettelijke regelingen zoals de Zvw, recht bestaat op zorg.

Dit betekent echter niet dat de aanspraak op zorg zoals geregeld in artikel 15 BZA komt te vervallen. Allereerst blijkt duidelijk uit de redactie van het artikel dat de wetgever er expliciet voor gekozen heeft om de daar genoemde zorg te laten behoren tot de AWBZ. De wijze waarop dat thans geregeld is, geldt sinds 1 april 2003. De bedoeling was toen dat wat tot die tijd gold op grond van de voorzieningsgericht omschreven aanspraken te handhaven.

Verder volgt uit de wetsgeschiedenis van artikel 2 BZA dat het artikel niet bedoeld is als afbakening tussen de AWBZ en de ZFW (thans Zvw), maar gericht is op afbakening met andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, welzijn, jeugdzorg e.d., die overlappingen kunnen vertonen met AWBZ-zorg. Zo wordt voorkomen dat er zorg ten laste van de AWBZ geleverd wordt waar dat niet nodig: daar is al op andere wijze in voorzien omdat het tot de verantwoordelijkheid van een ander beleidsterrein behoort.

Ook artikel 65 AWBZ geeft steun voor deze opvatting. Deze bepaling gaat over de situatie dat bepaalde zorg in het AWBZ-pakket wordt opgenomen en om die reden niet meer tot de op grond van de Zvw te verzekeren prestatie kan behoren en dus geen onderdeel van de polis meer behoort te zijn. Daaruit kan worden afgeleid, dat als een bepaalde vorm van zorg expliciet in de AWBZ is opgenomen, het dus niet meer tot de verzekerde prestaties op grond van de Zvw behoort. De toepassing van artikel 2 BZA is dus alleen aan de orde als het gaat om een afbakening bij een onbedoelde samenloop van regelingen. Als de wetgever echter uitdrukkelijk heeft beoogd iets tot het pakket van de Zvw dan wel de AWBZ te rekenen, doet die vraag zich niet voor.

Hoge Raad (Civiele kamer) 17-11-2006 C05/199HR RZA 2007/31	Samenloop reisverzekering en ziektekostenverzekering. Met het sinds 1 januari 2006 in art. 7:961 BW geldende stelsel valt niet te rijmen dat een zorgverzekeraar, die in een geval van samenloop de schade van een verzekerde heeft vergoed en verhaal wil nemen op de verzekeraar van de samenlopende verzekering, daarin belemmerd wordt door een verweer dat de verzekerde de schade niet tijdig of anderszins niet volgens de voorschriften van de polisvoorwaarden heeft gemeld. De situatie van dubbele verzekering brengt immers mee dat de verzekerde geen belang meer heeft bij melding van het verzekerde voorval bij de verzekeraar, nu zij de schade al vergoed kon krijgen van de zorgverzekeraar. Zie ook noot.
--	---

Wanprestatie

Artikel 11, eerste lid Zvw bepaalt dat de verzekerde recht heeft op de verzekerde zorg of dienst waarop hij is aangewezen ('zorg in natura'), of vergoeding van de kosten voor de verzekerde zorg of dienst die hij nodig heeft gehad (restitutie) en, desgevraagd, bemiddeling. Daarnaast is een combinatie van beide ook mogelijk. Op welke verzekerde prestatie een verzekerde recht heeft, hangt af van de inhoud van de zorgverzekering. Maar wat als de zorgverzekeraar zijn verplichtingen niet nakomt?

Volgens artikel 6:74 BW is bij iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis de schuldenaar verplicht de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

Als de vorm van zorg in natura is verzekerd, dan dient de zorgverzekeraar de desbetreffende zorg aan zijn verzekerden te leveren. Hiervoor dient hij zorgaanbieders te contracteren of zelf hulpverleners in dienst te nemen. De keuze van verzekerde is in principe¹⁷ beperkt tot deze gecontracteerde zorgaanbieders. Door het niet (tijdig) leveren van zorg of zorg aan te bieden die van onvoldoende kwaliteit is, komt een zorgverzekeraar zijn verplichtingen niet na. In het geval van zorg op basis van restitutie, heeft de verzekerde doorgaans een vrije keuze tussen alle zorgaanbieders die de desbetreffende zorg kunnen leveren. In dat geval kan het niet (tijdig) betalen, een foute selectie van gecontracteerde aanbieders of bijvoorbeeld onvoldoende zorgbemiddeling leiden tot wanprestatie door de zorgverzekeraar.

Mogelijke gevolgen van de wanprestatie zijn:

- vorderen van nakoming
- vorderen van schadevergoeding op grond van artikel 6:74 BW
- ontbinding van de zorgverzekering op grond van artikel 6:265-269 BW
- ontbinding en schadevergoeding op grond van artikel 6:277 BW
- nakoming en schadevergoeding
- verzuim (ingebreke stellen) op grond van artikel 6:81 BW
- overmacht op grond van artikel 6:75 BW¹⁸

¹⁷ Een uitzondering hierop vormt natuurlijk artikel 13 Zvw.

¹⁸ Niet nakoming is de wederpartij niet aan te rekenen als zij niet is te wijten aan zijn schuld, niet op grond van de wet, rechtshandeling of in het verkeer geldende opvattingen.

<p>Rechtbank Zwolle-Lelystad (Kantonrechter) 08-03-2007 332205/CV EXPL 06-2700 RZA 2007/67</p>	<p>Uitleg beëindigingsovereenkomst, de vordering tot nakoming van de gemaakte afspraak in de beëindigingsovereenkomst (levenslange betaling ziektekostenpremie) wordt niet beïnvloed door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006.</p>
<p>Rechtbank Roermond (Kantonrechter) 14-03-2007 184154\CV EXPL 07-48 RZA 2007/66</p>	<p>Moeilijk bewijsbare tijdige verzending opzegging ziektekostenverzekering leidt niet tot verschuldigdheid premie.</p>
<p>SKGZ 15-11-2006, nr. ANO 06.42 RZA 2007/2</p>	<p>Tijdige opzegging zorgverzekering. In de regel geldt dat een ontbindingsverklaring alleen werking heeft indien deze degene tot wie zij is gericht ook tijdig (in casu voor 1 maart 2006) heeft bereikt. Gezien de strekking van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet en de in dat kader door de minister van VWS aan het parlement gedane mededelingen moet niettemin gelden dat een verklaring die afdoende aantoonbaar vóór 1 maart 2006 is ingediend ook werking heeft indien die verklaring - zoals de zorgverzekeraar stelt dat in casu gebeurd is - pas na 1 maart 2006 is ontvangen.</p>
<p>SKGZ 24-10-2006, nr. ANO 06.37 RZA 2007/1</p>	<p>Bij de inschrijving bij een nieuwe zorgverzekeraar, heeft deze nieuwe zorgverzekeraar verzuimd desgevraagd de oude zorgverzekering namens verzekerde op te zeggen. De wet staat een dubbele verzekering niet in de weg. Nu verzekerde door toedoen van de nieuwe zorgverzekeraar dubbel verzekerd is, is de nieuwe zorgverzekeraar gehouden af te zien van het incasseren van de premie voor die nieuwe zorgverzekering, zolang de oude zorgverzekering nog niet beëindigd is.</p>

Stappen in de toetsing

Dit hoofdstuk gaat nader in op een aantal inhoudelijke toetsingsmomenten die van belang zijn voor de beoordeling van de rechten van verzekerde.

In de toetsing van een geschil over de verzekerde prestatie valt de vraag of een verzekerde recht heeft op het gevraagde uiteen in een aantal onderdelen:

- Is het gevraagde een te verzekeren prestatie?
- Heeft verzekerde recht op de betreffende prestatie, ofwel: is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden?
- Kan verzekerde zijn recht op de verzekerde prestatie tot gelding brengen?

Is het gevraagde een te verzekeren prestatie?

Zorgpolis en Zvw

De rechten van verzekerde zijn vastgelegd in de zorgpolis, dat is de overeenkomst tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar waarin de gesloten zorgverzekering is vastgelegd (art 1, sub i Zvw). Deze zorgverzekering is een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan (art 1, sub d Zvw). Met andere woorden de zorgpolis mag *niet meer, maar ook niet minder* dekken dan hetgeen in de Zvw en de onderliggende regelgeving is bepaald.

Vereveningsbijdrage

Beantwoording van de vraag of de zorg valt onder de te verzekeren prestatie is daarom niet alleen van belang bij een geschil, maar uiteindelijk ook bij de vraag of bepaalde kosten ten laste van de vereveningsbijdrage gebracht mogen worden.

Open of gesloten omschrijving

Of een bepaalde zorgvorm of dienst valt onder de te verzekeren prestatie is bij de ene prestatie makkelijker vast te stellen dan bij de andere; sommige verstrekkingen zijn in de desbetreffende wetsartikelen strikt (gesloten) en duidelijk omschreven (bijvoorbeeld door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen), terwijl andere verstrekkingen zich naar hun aard hiervoor niet lenen (geneeskundige zorg) en meer open omschreven zijn. Als een medisch-specialistische behandeling op een gegeven moment voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk behoort deze behandeling automatisch tot de te verzekeren prestatie. Er is geen handeling van de wetgever voor nodig. Als een hulpmiddel of medicijn echter voldoet aan de stand der wetenschap is wel een handeling van de wetgever nodig om het hulpmiddel of het medicijn op de lijst te plaatsen.

Uitsluitingen

Sommige zorgvormen zijn specifiek uitgesloten. Te denken valt bijvoorbeeld aan vaccineren ten behoeve van grieppreventie (artikel 2.4 Bzv) of bepaalde plastisch-chirurgische behandelingen, zoals behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening (artikel 2.1 Rzv).

Stand der wetenschap en praktijk

Voor alle te verzekeren prestaties geldt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied

geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (art 2.1, lid 2 Bzv). En dat betekent dat bij veel zorgvormen op basis van een literatuuronderzoek bepaald moet worden of de zorgvorm onder de te verzekeren prestaties valt.

Het CVZ heeft een rapport uitgebracht, waarin beschreven wordt op welke manier het CVZ tot een oordeel komt over de vraag of een te verzekeren prestatie voldoet aan dit criterium. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk (Rapport 254)¹⁹

Plegen te bieden

Daarnaast wordt de omvang bij een aantal te verzekeren prestaties ook nog bepaald door hetgeen nader genoemde zorgverleners plegen te bieden. Hierbij is alleen van belang of het doen van de te verzekeren prestaties tot het normale deskundigheidsgebied van de genoemde zorgverlener behoort en niet of de betreffende zorgverlener de zorg ook feitelijk levert. Het bepalen door wie de zorg geleverd mag worden is immers voorbehouden aan de zorgverzekeraar.

Het CVZ heeft ook over dit criterium een rapport uitgebracht "Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' (Rapport 268)²⁰

Heeft verzekerde recht op de betreffende prestatie, ofwel: is voldaan aan de voorwaarden?

In artikel 14 Zvw is bepaald dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst slechts op basis van *zorginhoudelijke criteria* beantwoord dient te worden. Bij die vraag zullen voornamelijk medisch-inhoudelijke criteria bepalend zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip «zorginhoudelijke criteria» om te bewerkstelligen dat waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen. Uiteraard dient de zorgverzekeraar de vraag of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan zorg op deskundige wijze te (laten) beantwoorden. Indien de zorgverzekeraar zich het recht van toestemming heeft voorbehouden, betekent dit derhalve dat hij verzekeringsartsen of andere deskundigen op zorgterrein in dienst zal moeten nemen (of anderszins in zijn opdracht zal moeten laten werken) om een verzoek om toestemming te beoordelen. Heeft de verzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing door of een oordeel van een behandelend arts, dan geldt artikel 14 Zvw indirect ook voor hen. Een verzekeraar kan derhalve een eerstelijns-arts niet opdragen slechts naar bepaalde vormen van zorg door te verwijzen op grond van andere criteria dan zorginhoudelijke.

Hierna wordt ingegaan op drie veel voorkomende voorwaarden in de Zvw. Dit is echter geen volledige opsomming, omdat de zorgverzekeraar ook zelf bepaalde administratieve voorwaarden mag stellen voor zover het recht op een verzekerde prestatie door die voorwaarde maar niet beperkt wordt. Voor de toetsing per verzekerde prestatie dient telkens te worden gekeken naar de voorwaarden in de toepasselijke regelgeving en in de polis.

In de regelgeving wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de **specifieke indicatievoorwaarden**. Het individuele recht van verzekerde om een verstrekking ten

¹⁹

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0711+stand+wetenschap+en+praktijk.pdf

²⁰

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2008/rpt0811+criterium+plegen+te+bieden.pdf

laste van de Zvw te ontvangen, wordt in die gevallen gebonden aan (een) bepaalde indicatie(s). Wanneer dit indicatievereiste in de regelgeving niet is gebonden aan een (voorafgaand) toestemmingsvereiste, kan dit situaties opleveren waarbij de hulp reeds is geboden en achteraf blijkt dat niet is voldaan aan het indicatievereiste. Uitgangspunt blijft echter dat de verzekerde, zolang dit voor hem mogelijk is, geacht wordt na te gaan bij de verzekeraar wat de omvang van het verzekerde pakket is.

Zie onder andere RZA 1992, 159:

Zoals de Centrale Raad van Beroep meermalen heeft overwogen komt onbekendheid met wettelijke regelingen in beginsel voor risico van de betrokkene. Dit kan anders zijn, indien deze onbekendheid (mede) te wijten is aan onjuiste of onvolledige informatie van de zijde van de instantie waarop de betrokkene, alle omstandigheden in aanmerking genomen, in redelijkheid mocht vertrouwen.

In de Zvw vinden we specifieke indicatievoorwaarden bijvoorbeeld bij plastische chirurgie (artikel 2.4 Bzv), fysiotherapie (art 2.6 Bzv), mondzorg (art 2.7 Bzv). Maar ook in de Rzv zijn talrijke zorginhoudelijke criteria in de bijlage te vinden.

In artikel 11, lid 3 Zvw is geregeld dat een deel van de kosten voor rekening van verzekerde kan komen. Deze **bijdrageplicht** kan verschillende vormen hebben: er kan onder andere sprake zijn van een vergoedingslimiet (geclusterde geregistreerde geneesmiddelen, bepaalde hulpmiddelen), een bijdrage per tijdsperiode (kraamzorg, ziekenvervoer) of een inkomensafhankelijke bijdrage.

Wanneer voor een verstrekking de bijdrageplicht geldt en de bijdrage wordt niet betaald, vervalt in beginsel ook het recht op de verstrekking (RZA 1990, 35).

Als derde verzekeringsvoorwaarde noemen we de **verwijzing**. In artikel 14, tweede lid Zvw is voor medisch-specialistische zorg het vereiste van verwijzing door de huisarts of andere zorgaanbieders gesteld.

Zie in dit kader onder andere RZA 1993, 8 en RZA 1995, 71. In deze zaken wordt onder meer bevestigd dat medisch-specialistische zorg, niet op verwijzing, niet ten laste van de ziekenfondsverzekering kwam.

Kan verzekerde zijn recht op een verzekerde prestatie tot gelding brengen?

Indien aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is voldaan, heeft een verzekerde in beginsel recht op de verzekerde prestatie. Om dit recht jegens de zorgverzekeraar tot gelding te brengen dient hij echter aan het algemene indicatievereiste van artikel 2.1 derde lid, Bzv te voldoen.

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Het algemene indicatievereiste is bedoeld te voorkomen dat zorg, waarop verzekerde in beginsel wel recht heeft doch waarop verzekerde in dit geval redelijkerwijs niet is aangewezen, toch moet worden verstrekt. Toepassing van dit artikel zal gepaard moeten gaan met een zorgvuldige individuele toetsing alvorens de zorgverzekeraar tot het oordeel kan komen dat verzekerde redelijkerwijs geen recht heeft op de zorg.

Maar ook in de polis kunnen bepalingen over doelmatige zorgverlening opgenomen worden. Uitgangspunt is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Dergelijke afspraken kunnen echter ook in de overeenkomsten met de zorgverleners zijn opgenomen. Uitgangspunt is ook

hier dat deze afspraken de omvang en de inhoud van de verzekerde prestatie niet kunnen beperken.

Geneeskundige zorg in het buitenland

*Zorgverlening binnen de EU*²¹

Algemene opmerkingen:

De toepassing van de Zvw is niet beperkt tot zorg binnen de grenzen van ons land. In feite biedt deze wet (en de daarop gebaseerde polissen) werelddekking. Dit ruime uitgangspunt wordt beteugeld door de bepaling van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv. Deze bepaling regelt dat de vergoeding van gemaakte kosten voor zorg of overige diensten is beperkt tot de tarieven die in de Nederlandse marktomsstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Naast een beroep op de eigen polis, c.q. de AWBZ kunnen verzekerden ook een beroep doen op de EU-verordeningen. Ook kunnen zij beide routes combineren. Immers de verzekerde die gebruik maakt van de mogelijkheden van de Verordening (EG) nr. 883/2004 en de vereiste toestemming heeft verkregen of had moeten krijgen, kan onder omstandigheden nog steeds voor een aanvullende vergoeding een beroep doen op zijn eigen sociale ziektekostenverzekering, bijvoorbeeld als hij eigen bijdragen heeft moeten betalen in het land waar de behandeling heeft plaatsgevonden. Dit laatste vloeit voort uit de Hof-jurisprudentie. Zie met name de uitspraken Vanbraekel, Inizan en Watts.

Intra- en extramurale zorg binnen de EU bij tijdelijk verblijf

Onderscheid intra- en extramurale zorg (in het kader van de Zvw)

Dit onderscheid ontstond na de arresten Peerbooms/Smits en Müller-Fauré van het Hof van Justitie van de EU (HJEU). Uit deze jurisprudentie vloeide voort dat voor extramurale zorg het vereiste van voorafgaande toestemming niet gesteld mag worden, maar voor intramurale zorg wel.

- Intramurale zorg: zorg die verblijf in een instelling omvat van tenminste één nacht.
- Extramurale zorg: alle zorg die geen intramurale zorg is.

N.B.: In de Verordening (EG) nr. 883/2004 is nog wel sprake van toestemming. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen intra- en extramurale zorg. In het op Verordening (EG) 1408/71 gebaseerde arrest Inizan (C56-01, 23-10-2003) heeft het Hof uitdrukkelijk gesteld dat *een nationale toestemmingsregeling* voor niet-gecontracteerde zorg in een andere EU-lidstaat en de *toestemmingsregeling op basis van artikel 22 van de Verordening (Verordening (EG) 1408/71) twee afzonderlijke regelingen* zijn (rechtsoverwegingen 52 en 53).

Hieruit mag worden afgeleid dat het arrest Müller-Fauré geen gevolgen heeft voor de toestemming, bedoeld in artikel 22, lid 1, onder c, van de Verordening (Verordening (EG) 1408/71). Voor toepassing van de Verordening (Verordening (EG) 1408/71) geldt dus dat in beide situaties (extra- en intramurale zorg) voorafgaand toestemming moet zijn verkregen.

Bij medisch noodzakelijke zorg (artikel 22, lid 1, onder a Verordening (EG) 1408/71) is natuurlijk geen sprake van voorafgaande toestemming.

²¹ België, Nederland, Luxemburg, Duitsland, Frankrijk, Italië, Engeland, Ierland, Denemarken, Griekenland, Spanje, Portugal, Finland, Oostenrijk, Zweden, Gieks-Cyprus, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, Malta, Polen, Slovenië, Tsjechië, Bulgarije en Roemenië en de EER-landen (Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland).

Toepassing Verordening (EG) nr. 883/2004²²

Verordening (EG) nr. 883/2004, Artikel 19

Het gaat hier om zorg die "medisch noodzakelijk" wordt tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat (vóór 1 juni 2004: "spoedeisend").

Aanspraak bestaat op geneeskundige behandelingen *volgens de wettelijke regeling van de betreffende lidstaat* (zie tweede alinea in artikel 19, eerste lid). Dit geldt bij tijdelijk verblijf in Nederland ook voor AWBZ-zorg.

De verstrekkingvoorwaarden ingevolge de Zorgverzekeringswet en de AWBZ zijn bij tijdelijk verblijf in een andere EU-lidstaat dus niet ter zake doende.

Toelichting op "medisch noodzakelijk"

Het criterium luidt: dat gedurende het verblijf in een andere lidstaat verstrekkingen zijn vereist welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat *medisch noodzakelijk* worden, *met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf*.

In de Besluiten nr. S1 en S3 van de Administratieve Commissie voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsel (AC) is nader ingegaan op dit criterium:

Met inachtneming van de aard van de prestaties: chronische of al bestaande ziekten

Bij de beoordeling moet alleen worden uitgegaan van de medische situatie in de context van een tijdelijk verblijf, rekening houdend met de medische toestand en de voorgeschiedenis van de betrokkene. De bedoeling is dat chronische of al bestaande ziekten niet zijn uitgesloten van de werking van de nieuwe bepalingen.

Met inachtneming van de verwachte duur van het verblijf: noodzaak om eerder terug te gaan dan gepland wordt vermeden.

Dit criterium is door de AC nader gepreciseerd in de artikelen 8 tot en met 11 van Besluit nr. S3: aan het noodzakelijkheids criterium wordt ook voldaan als de medische zorg wordt verleend om te vermijden dat de verzekerde eerder dan gepland, genoodzaakt is om terug te gaan naar het woonland om daar de voor zijn gezondheidstoestand noodzakelijke zorg te ontvangen.

Jurisprudentie

De criteria in artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 wijken niet af van de criteria van artikel 22 lid 2, onder a en sub i Verordening (EG) 1408/71 (na 1 juni 2004).

²² Toelichting op Verordening (EG) 883/2004 is te vinden via de website van het CVZ:

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+verzekerings/toelichting+verordening+883-2004.pdf

Toelichting op de Toepassingsverordening (EG) 987/2009 is te vinden de website van het CVZ:
http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+verzekerings/toelichting+verordening+987-2009.pdf

Jurisprudentie van voor 1 juni 2004:

HVJEG, zaak C-512/08	In punt 53 van het arrest “Vanbraekel” heeft het Hof in een geval van geplande verzorging die in een andere lidstaat was verstrekt en waarvoor de vereiste toestemming voor vergoeding door het bevoegde orgaan ten onrechte was geweigerd uitgelegd dat indien de kostenvergoeding lager is dan die waarop recht zou hebben bestaan bij behandeling in de 'eigen' lidstaat, het bevoegde orgaan het verschil aan betrokkene moet vergoeden. De Europese Commissie heeft niet bewezen dat de Franse rechtsorde een situatie in het leven roept die de bij het Franse sociaalzekerheidsstelsel aangesloten patiënten het recht op een aanvullende vergoeding als bedoeld in het bovenstaande geval kan ontzeggen.
-------------------------	--

Verordening (EG) nr. 883/2004, artikel 20:

Het gaat hier om een geplande behandeling, waarvoor door de bevoegde lidstaat (lidstaat van verzekering) toestemming is verleend om naar het grondgebied van een andere Lidstaat te gaan om daar een voor de gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan. Ook hier weer: aanspraak bestaat op geneeskundige behandelingen *volgens de wettelijke regeling van de lidstaat waar de zorg wordt verleend*.

Zoals blijkt uit het tweede lid van artikel 20, mag deze toestemming niet worden geweigerd, indien de behandeling behoort tot het verzekeringspakket van de Lidstaat waar de verzekerde woont en deze behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, niet tijdig kan worden gegeven. Deze bepaling is vrijwel identiek aan de bepaling in Verordening (EEG) nr. 1408/71 over het weigeren van toestemming. In artikel 26, tweede lid Verordening (EG) 987/2006 staat echter nog een voorwaarde. Daaruit volgt dat als betrokkene binnen medisch verantwoorde termijn in de bevoegde staat zelf kan worden behandeld, toestemming geweigerd mag worden.

Jurisprudentie (gebaseerd op Verordening (EEG) 1408/71)

In het arrest “Watts” (zie hieronder bij jurisprudentie) is uitgesproken dat deze bepaling als volgt moet worden uitgelegd:

Het bevoegde orgaan mag de in artikel 22, lid 1, sub c-i bedoelde toestemming alleen dan weigeren met het argument dat er voor een ziekenhuisbehandeling een wachttijd is, mits het bevoegde orgaan aantoont dat deze termijn niet langer is dan de termijn die aanvaardbaar is op grond van een objectieve medische beoordeling van de klinische behoefte van de patiënt, rekening houdende met alle kenmerken van zijn gezondheidstoestand op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming wordt ingediend (...)

Hierbij moet betrokken worden:

- De gezondheidstoestand van de patiënt
- Zijn voorgeschiedenis
- Het te verwachten verloop van zijn ziekte
- De mate van pijn
- De aard van zijn handicap

Alles dus beoordeeld op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming is ingediend.²³ (...).

²³ Dit is gecodificeerd in artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Alhoewel de tekst meer patiëntgericht is geformuleerd, is het in lijn met dit arrest.

Hierbij mag –en dit gold in het bijzonder in dit arrest voor de Engelse National Health Service – geen beroep worden gedaan op het geldende prioriteitensysteem, op het feit dat de ziekenhuisbehandelingen kosteloos zijn en dat speciaal financiële middelen moeten worden uitgetrokken voor de vergoeding van de behandeling in een andere lidstaat etcetera.

Ook wordt in dit arrest (ten gevolge op het arrest Vanbraekel) nogmaals bevestigd dat wanneer de kosten van de behandeling waarvoor toestemming is gegeven (of gegeven had moeten worden), niet volledig worden vergoed –bijv. door het bestaan van eigen bijdragen in het land van behandeling -, de patiënt recht heeft op *aanvulling* door het eigen zorgverzekeringsorgaan *van het eventuele verschil* met het bedrag waarop hij in eigen land recht had gehad.

Verder is in het arrest bepaald dat het aan de betrokken patiënt op grond van art. 22, lid 1, sub c-i verleende recht *uitsluitend* ziet op de *kosten van de verzorging* die de patiënt in de verblijfstaat krijgt, te weten in het geval van een ziekenhuisbehandeling, de *kosten van de medische verstrekkingen in eigenlijke zin en de daarmee onlosmakelijk verbonden kosten van het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis*.

Wat betreft de bijkomende *kosten van de reis* naar het buitenland moet artikel 49 EG – verdrag (artikel 56 Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie) aldus worden uitgelegd dat vergoeding van deze bijkomende kosten slechts aan de orde is, indien volgens de nationale ziektekostenregeling (bevoegde lidstaat) eenzelfde overeenkomstige aanspraak bestaat voor een behandeling in een plaatselijk ziekenhuis.

In het op Verordening (EG) 1408/71 gebaseerde arrest “**Herrera**” (zie jurisprudentie hieronder) wordt duidelijk uitgesproken dat verzekerden op grond van de Verordening geen recht hebben op vergoeding van de reis- verblijf- en maaltijdkosten die door de verzekerde en zijn begeleider op het grondgebied van de lidstaat van behandeling zijn gemaakt, met uitzondering van de verblijf- en maaltijdkosten in het ziekenhuis. In artikel 26 lid 8 van Toepassingsverordening (EG) nr. 987/2009 is geregeld dat indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan *voorziet* in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan worden betaald.

N.B. Kosten van medische zorg die in het buitenland is verleend met toepassing van de Verordening, vallen niet onder het verplicht eigen risico van de Zvw.

Jurisprudentie Hof van Justitie van de Europese Unie

N.B. Deze jurisprudentie is (voor zover van toepassing) al “gecodificeerd” in de Zvw.

N.B. Zie voor experimentele zorg in het buitenland ook de uitspraak van het EVA-Hof hierna.

HvJEG, C-466/04 15-06-2006	“Herrera”; artikel 22, lid 1, sub c, en 2 en artikel 36 van Verordening (EEG)1408/71 geven geen recht op vergoeding van de reis- verblijf- en maaltijdkosten die door de verzekerde en zijn begeleider op het grondgebied van de lidstaat van behandeling zijn gemaakt, met uitzondering van de verblijf- en maaltijdkosten in het ziekenhuis.
RZA 2006, 161 HvJEG C-372/04 16-05-2006	“Watts”; De verplichting om een in een andere lidstaat gegeven ziekenhuisbehandeling te vergoeden, geldt ook voor een nationaal gezondheidsstelsel dat deze behandeling gratis verstrekt; De in artikel 22, lid 1, sub c-i bedoelde toestemming kan alleen dan worden geweigerd met het argument dat er voor een

	ziekenhuisbehandeling een wachttijd is, wanneer het bevoegde orgaan aantoonst dat deze termijn niet langer is dan de termijn die aanvaardbaar is op grond van een objectieve medische beoordeling van de klinische behoefte van de patiënt, rekening houdende met alle kenmerken van zijn gezondheidstoestand op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming wordt ingediend (...).
RZA 2003, 243 HvJEG, C-56/01 23-10-2003	"Inizan"; Artikel 22, lid 1, sub c en onder i van Verordening 1408/71 is niet in strijd met artikel 49 en 50 EG-verdrag (rechtsoverwegingen 15 tot en met 26).
RZA 2003, 139 HvJ EG, C-385/99 13-05-2003	"Müller-Fauré": Extramurale zorg in een andere lidstaat door een niet-gecontracteerde zorgverlener mag niet afhankelijk gesteld worden van voorafgaande toestemming. Wel is de aanspraak beperkt tot de grenzen van de dekking die in de lidstaat van inschrijving door het ziektekostenverzekeringsstelsel is gegarandeerd.
RZA 2001, 117 HvJEG, C-368/98 12-07-2001	"Vanbraekel": Hulp in andere EG-lidstaat met toestemming; indien de kostenvergoeding lager is dan die waarop recht zou hebben bestaan bij behandeling in de 'eigen' lidstaat, moet het bevoegde orgaan het verschil aan betrokkene vergoeden.
RZA 2001, 115 Hof van Justitie EG, C-157/99 12-07-2001	"Smits en Peerbooms"; voorwaarde van voorafgaande toestemming ex artikel 9, lid 4 ZFW onder bepaalde voorwaarden niet in strijd met EG-verdrag.
HVJEG, zaak C-173/09	<p>Artikel 22, tweede alinea, van Verordening (EEG) nr. 1408/71 moet aldus worden uitgelegd dat in geval van medische zorg die niet kan worden verstrekt in de lidstaat waar de sociaal verzekerde woont, de op grond van artikel 22, lid 1, sub c-i, vereiste toestemming niet kan worden geweigerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indien is vastgesteld dat de betrokken behandelingswijze beantwoordt aan de in de nationale wetgeving vermelde soorten behandelingen; • indien de sociaal verzekerde in de lidstaat waar hij woont niet tijdig een alternatieve, even doeltreffende behandeling kan krijgen. <p>Ditzelfde artikel verzet zich ertegen dat bij een beoordeling van een verzoek om voorafgaande toestemming, ervan wordt uitgegaan dat de ziekenhuiszorg die niet kan worden verstrekt in de lidstaat waar de verzekerde woont, niet behoort tot de te vergoeden verstrekkingen, en omgekeerd, dat ziekenhuiszorg die wel tot die verstrekkingen behoort, kan worden verleend in voornoemde staat.</p> <p>Wanneer vaststaat dat de weigering om de op grond van artikel 22, lid 1, sub c-i van Verordening (EEG) nr. 1408/71 vereiste toestemming te verlenen ongegrond was (...), moet het bevoegde orgaan verplicht worden de verzekerde het bedrag te vergoeden dat normalerwijze zou zijn vergoed indien de toestemming naar behoren was verleend. Dit bedrag is gelijk aan het vergoedingsbedrag volgens de wetgeving van de lidstaat waar de ziekenhuiszorg is verstrekt. Indien dat bedrag lager is dan de vergoeding die bij toepassing van de wettelijke regeling van de</p>

	lidstaat waar de verzekerde woont zou zijn betaald, moet aan de verzekerde ten laste van het bevoegde orgaan bovendien een aanvullende vergoeding worden uitgekeerd ten belope van het verschil tussen beide bedragen, binnen de grenzen van de daadwerkelijk gemaakte kosten.
--	--

Uitspraak van het Hof van de Europese Vrijhandels Associatie (het EVA of EFTA Hof)

RZA 2009, 39 EVA Hof, nr. E-1/08, nr. E-11/07 19-12-2008,	Een woonland mag de vergoeding van een experimentele behandeling in het buitenland weigeren wanneer experimentele behandelingen (in het algemeen) in het woonlandpakket zijn uitgesloten. Hierbij is niet relevant dat die behandeling in een ander land wel wordt vergoed en/of dat die behandeling naar internationale maatstaven wel is aanvaard voor een andere (medische) indicatie.
---	---

Toepassing Zorgverzekeringswet

Bij of krachtens de Zvw zijn geen regels gesteld – althans niet expliciet – met betrekking tot zorg in het buitenland. Wel is in artikel 13 Zvw opgenomen dat een verzekerde die – kortweg - bij een niet-gecontracteerde zorgverlener zorg betreft, recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. De Zvw kent zelf geen beperking ten aanzien van het land of de landen waar de zorg ontvangen moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen. In die zin zouden de zorgverzekeraars dan ook een wereldwijde dekking moeten bieden. Wel is in artikel 2.2, tweede lid, aanhef en sub b, van het Bzv geregeld dat *bij het bepalen van de (kosten)vergoeding in mindering worden gebracht: de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten*. Hiermee is vastgelegd dat de kostenvergoeding op basis van de zorgpolis voor zorg in het buitenland nooit meer kan zijn dan – kortweg – de vergoeding die in Nederland verleend kan worden. Dit betekent dat wanneer de zorg in het buitenland duurder is dan in Nederland, een deel van de kosten voor eigen rekening van de verzekerde moet blijven.

Binnen de EU geldt nog dat kosten die in de Lidstaat van behandeling voor eigen rekening van de verzekerde blijven (terwijl die kosten in Nederland niet voor eigen rekening zouden komen) nog door de zorgverzekeraar moeten worden aangevuld. Denk hierbij bijvoorbeeld aan eigen bijdragen. Zie hiervoor het arrest van het Hof van Justitie Vanbraekel (C-368/98) van 12 juli 2001, inmiddels nogmaals bevestigd in het arrest Watts van 16 mei 2006 (zaak nr. C-372/04).²⁴

ZN-polis

In de ZN-polis wordt de volgende trits gezien:

- a. prestatie conform de Europese Verordening (volgens de wettelijke regeling van de betreffende lidstaat);
- b. aanspraak op zorg van in het buitenland gecontracteerde instellingen;
- c. vergoeding conform het tarief voor niet-gecontracteerde zorg binnen Nederland.

²⁴ Dit is op basis van het vrij verkeer van diensten ook expliciet geregeld in artikel 26 van Toepassingsverordening (EG) nr. 987/2009.

Toepassing AWBZ

Relevante regelgeving:

Voorziene zorg:

AWBZ artikel 10, tweede lid

Op grond van deze bepaling kan toestemming worden gegeven voor niet gecontracteerde zorg, in de EU-lidstaten, Zwitserland en de landen van de E.E.R. Aan het derde lid van artikel 10 is uitvoering gegeven in de Regeling zorgaanspraken AWBZ. Hierin zijn onder meer regels gesteld voor de vergoeding van voorziene zorg in het buitenland (artikelen 6a en 6b).

Onvoorziene zorg:

AWBZ artikel 11 juncto Besluit zorgaanspraken AWBZ artikel 20, eerste lid, onder b en c, en derde lid Regeling (CVZ) hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ artikel 2

Het gaat hier om vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging in een andere lidstaat, welke redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot de terugkeer in Nederland. De vergoeding van de kosten is geregeld in de *Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ*.

N.B Volgens artikel 2, tweede lid, onder a en b van de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ wordt *voorrang* gegeven *aan toepassing van de Verordening (EEG) 1408/71 of* in een Verdragsland aan het desbetreffende *bilaterale verdrag*.

De *vrijwillige AWBZ-verzekering* is met ingang van 1 januari 2006 komen te *vervallen*. Om nadelige gevolgen te voorkomen is er een *overgangsregeling* getroffen, die erin voorziet dat personen die op 31 december 2005 AWBZ-zorg ontvingen, deze zorg kunnen blijven verkrijgen zolang dat nodig is. De uitvoering van de overgangsregeling is gelegd bij het CVZ. Het CVZ heeft deze taak uitbesteed aan Agis.

Grensarbeiders

De grensarbeider heeft recht op volledige zorg in Nederland (het werkland) en het woonland. Dit geldt in de Nederlandse situatie niet voor de gezinsleden van de grensarbeiders.

Tussen Nederland enerzijds en België, respectievelijk Duitsland anderzijds zijn hierover nadere afspraken gemaakt zodat de gezinsleden van in *België* wonende grensarbeiders volledig recht hebben op zorg in Nederland. Voor in *Duitsland* wonende gezinsleden geldt dit recht al *vanaf 1 januari 2006*.

De zorg wordt verleend door Agis in Amersfoort die met ingang van 1 mei 2010 hiervoor door de minister van VWS is aangewezen.

Wonen in andere lidstaat/buitenland

In artikel 17 en 18 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is bepaald dat een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, in de lidstaat van hun woonplaats recht hebben op verstrekkingen volgens de wetgeving van de woonplaats.

Iedereen die *niet AWBZ-verzekerd* is, maar toch voor wat betreft ziektekosten ten laste van Nederland komt, wordt ingeschreven bij het CVZ.

Zorgverlening in verdragslanden

Toepassing Verdragsbepalingen

De in dit verband belangrijkste verdragsbepaling die in alle verdragen terugkomt, is dat verzekerden van beide landen recht hebben op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, *wanneer de gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige hulp noodzakelijk maakt.*

Voorwaarde hierbij kan zijn dat de verzekerde op grond van zijn nationaliteit onder de werkingssfeer van het betreffende verdrag valt (zie hiervoor de circulaire van CVZ nr. 04/58 van 24 november 2004). Ook hier geldt dat de prestaties worden verleend volgens de *aldaar* (= *land van verblijf*) toegepaste wettelijke regeling. Wat in Nederland onder de basisverzekering valt (of juist niet), is niet ter zake doende!

Er zijn verdragen gesloten met:

Servië, Kroatië, Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Montenegro, Turkije, Marokko, Tunesië, Kaap-Verdië, Australië.

Verstrekkingsvoorwaarden:

Hoewel dit op verschillende manieren is geformuleerd moet het in alle gevallen gaan om *spoedhulp*. Uit verklaringen van de behandelend arts of de aard van de ondergane behandeling moet aannemelijk zijn dat het een spoedeisende behandeling heeft betroffen, die *redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland.*

N.B. Deze verdragen bevatten geen regeling voor geplande zorg.

Algemene aandachtspunten:

Het Nederlands-Joegoslavisch Verdrag inzake sociale zekerheid dat met het *voormalige Joegoslavië* is gesloten, vindt nog toepassing in de staten (behalve Kroatië en Macedonië) die op het grondgebied van het voormalige Joegoslavië liggen: Bosnië-Herzegovina, Servië en Montenegro.

Op basis van de verdragen zijn *administratieve akkoorden* gesloten, waarin nadere regels worden gesteld voor de zorgverlening en *uitkeringen en de afrekening* daarvan. In beginsel moet de verzekerde aan het bevoegde orgaan in het verblijfland een vooraf van de zorgverzekeraar ontvangen verklaring overleggen waaruit blijkt dat (en hoe lang) hij recht heeft op verstrekkingen in natura (bijvoorbeeld een MN-111 formulier voor verblijf in Marokko). Indien dit niet gebeurt, vraagt het orgaan van de verblijfplaats deze op bij de zorgverzekeraar. Aan deze voorwaarde wordt in de praktijk niet de hand gehouden, mede omdat het niet altijd even makkelijk uitvoerbaar is. De normale gang van zaken zou echter zijn dat de kosten via het plaatselijke orgaan bij het betreffende 'equivalent van het CVZ' komt, die aan verzekerde of zorgverlener volgens afgesproken tarieven betaalt en de rekening doorstuurt naar de zorgverzekeraar of het CVZ. Als dit niet is gebeurd en verzekerde komt met de rekeningen naar Nederland terug, dan *is dit geen zelfstandige afwijzingsgrond*: indien vast komt te staan dat aanspraak bestaat op de geleverde zorg, kan tarifiering ook vanuit Nederland plaatsvinden.

Regelmatig wordt in conceptbeslissingen de redenering aangetroffen dat bij *voorzienbaarheid* van de hulp er geen sprake kan zijn van spoedeisende hulp. Deze redenering vindt geen steun in de respectievelijke verdragen. Met inachtneming van alle omstandigheden van het geval in kwestie, moet de vraag beantwoord worden of de verleende hulp spoedeisend was. Daarbij kan bijvoorbeeld de vraag worden gesteld of

van betrokkene geveerd had mogen worden, dat hij voor de benodigde hulp op tijd naar Nederland was teruggekeerd.

Bij twijfel aan de spoedeisendheid levert de *bewijslast* nogal eens vragen/problemen op. In RZA 1998, 35, zijn hiervoor criteria op een rijtje gezet. Het blijft echter, bij het ontbreken van medische gegevens, een waarschijnlijkheidsoordeel. In het algemeen zal de spoedeisendheid aannemelijk moeten worden gemaakt door verzekerde, mede door *overlegging van medische verklaringen*. Verzekerden moeten hiertoe zo nodig nog in de gelegenheid worden gesteld, alvorens een beslissing over (afwijzing van) vergoeding wordt genomen.

RZA 1998, 35 ZFR, 27-01-1998	(bilateraal verdrag) Farmaceutische hulp tijdens vakantie in Marokko. Van verzekerde mag worden verlangd dat hij aannemelijk maakt dat sprake was van spoedhulp; zonodig medicatie historie bekijken; ziekenfonds moet motiveren waarom twijfel aan spoedhulp gerechtvaardigd is.
RZA 1998, 139 Rb. Almelo 02-07-1998	Farmaceutische hulp tijdens vakantie in Marokko; vergoeding van slechts 35% van de (wel voor spoedeisende hulp) voorgeschreven medicatie is in overeenstemming met het gehanteerde beleid (richtlijn ZFR, voor gevallen waarin de hoeveelheid abnormaal hoog is en niet is vast te stellen dat die hoeveelheid redelijk is, gelet op het gebruik door één persoon).
RZA 1999, 37 Rb. Den Haag 23-12-1998	(bilateraal verdrag) Farmaceutische hulp in Marokko. Beroep op cultuurverschil treft geen doel. Aan de hand van de gangbare opvattingen en inzichten binnen de medische wetenschap moet worden beantwoord of de medicatie redelijkerwijs onmiddellijk noodzakelijk was.
RZA 2001, 87 CVZ, 08-08-2001	Om in aanmerking te komen voor vergoeding van farmaceutische hulp verleend in Marokko, moeten bijsluiters of vignettes worden bijgesloten.
RZA 2002, 111 CVZ 23-05-2002	Voorlichting omtrent vergoeding van farmaceutische hulp in Marokko.

Tarifering

De tarifiering bij tijdelijk verblijf blijft ook onder Verordening (EG) nr. 987/2009 (= Toepassingsverordening bij Verordening (EG) nr. 883/2004) bestaan (artikel 25, vijfde lid). Tarifiering is vanaf 1 mei 2010 ook geregeld voor vergoeding van kosten van een behandeling waarvoor toestemming is verleend (artikel 26, zesde lid Toepassingsverordening bij Verordening (EG) nr. 883/2004).

Omrekeningskoersen en vergoedingspercentages

De invoering van de Zvw heeft geleid tot een andere verhouding tussen het CVZ en de uitvoeringsorganen. Ook gelet op de aanspraken die de Zvw-polis zelf biedt voor vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten en de invoering van een eigen risico, past het dan niet langer dat het CVZ financiële gegevens en vergoedingspercentages beschikbaar stelt die niet zijn gebaseerd op een formele regeling. Het CVZ maakt daarom vanaf 1 januari 2007 uitsluitend nog de omrekeningskoersen bekend voor de overige EU-lidstaten, de EER-landen en Zwitserland, zoals die zijn vastgesteld door de

Administratieve Commissie voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers. Deze informatie is te vinden op <http://www.cvz.nl/zorgpakket/buitenland/buitenland.html>.

Als bij tijdelijk verblijf in een verdragsland medische zorg is verleend buiten de verdragsregeling om, dan bestaan achteraf de volgende -wettelijke- vergoedingsmodaliteiten:

1. vergoeding overeenkomstig de Zvw-polis (Nederlandse tarieven).
2. vergoeding op basis van tarifiering van de gemaakte kosten in het land waar die zijn gemaakt (formulier 126). Voordat de zorgverzekeraar overgaat tot deze procedure moet vooraf vaststaan dat de verleende zorg:
 - gedurende het verblijf noodzakelijk werd (EU/EER/Zwitserland);
 - onmiddellijk noodzakelijk was (overige verdragslanden).

Voor de vergoeding achteraf van kosten die zijn gemaakt in de EU, EER of Zwitserland, dient bij de vaststelling van de hoogte daarvan na tarifiering gebruik te worden gemaakt van de hiervoor genoemde omrekeningskoersen.

Bijzonderheden

Voor de volgende landen is uitsluitend vergoeding achteraf op grond van Nederlands tarief mogelijk:

- Spanje (geen vergoedingstarieven)
- Australië (het verdrag voorziet niet in een tarifieringsregeling).

Gewijzigde Bijlagen bij Verordening (EEG) nr. 1408/71

N.B. Bijlage VI bij Verordening (EEG) nr. 1408/71 is geworden Bijlage II bij Verordening (EG) nr. 883/2004 waarbij de tekst in Bijlage VI niet is gewijzigd.

De wijzigingen die betrekking hebben op Nederland, zijn nodig voor de toepassing van de Zvw in relatie tot de Verordening. Behoudens één onderdeel zijn de wijzigingen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 in werking getreden. Het onderdeel van Bijlage VI waarin is geregeld dat vervroegde pensioenen voor militairen en wachtgeldregelingen voor ambtenaren als pensioen of uitkering in de zin van de Verordening moeten worden aangemerkt, is op 1 januari 2007 in werking getreden. In voorkomende gevallen verstrekt het CVZ het formulier E 121 aan betrokkenen.

Zorgverlening elders in de wereld (geen EU, geen verdragsland)

Bij zorgverlening elders in de wereld (geen EU, geen verdragsland) gelden de regels van de Zorgverzekeringswet, respectievelijk die van de AWBZ, die hierboven zijn besproken.

Medisch specialistische zorg

Algemene begrippen

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a en g Zvw
- Artikel 2.1, 2.4, 2.5 en 2.10 Bzv
- Artikel 2.1 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

De omvang van de medisch specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Het moet gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden (artikel 2.4 Bzv) en het moet bovendien gaan om zorg zoals bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1, tweede lid Bzv).

Relatie “plegen te bieden” en “stand van de wetenschap en praktijk”

In de toelichting van het Bzv is over deze twee omvangsbepalingen het volgende opgemerkt:

- “De zorgverzekeraar en de verzekerden hebben geen bevoegdheid om andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen (artikel 1, onderdeel d, van de Zvw).”
- “De zorgverzekeraar en de verzekerde kunnen over te stellen voorwaarden alleen afspraken maken indien deze van procedurele en administratieve aard zijn. Voorwaarden zoals voor welke indicatiegebieden het recht op zorg geldt of de vergoeding van de kosten daarvan, zijn derhalve niet aan de regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar en verzekerde overgelaten. Indicatiegebieden raken immers de aard, inhoud en de omvang van de prestaties. Deze worden derhalve uitsluitend bij wettelijk voorschrift geregeld. De voorwaarden waar zorgverzekeraar en verzekerde wel afspraken over kunnen maken, zijn voorwaarden zoals het vragen van een verwijfsbriefje, een voorschrift, een melding van aanvang zorg en het vragen van toestemming.”
- “De inhoud en omvang van de zorgvormen worden niet alleen bepaald door de omschrijvingen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv, maar ook door het tweede lid van artikel 2.1 Bzv. Het tweede lid, samen met de woorden «die plegen te bieden» in de artikelen 2.4, is een geactualiseerde vertaling van het gebruikelijkheids criterium zoals dat op grond van de Ziekenfondswet voor de huisartsen- en de medisch-specialistische zorg was geregeld.”
- “Het gebruikelijkheids criterium bepaalde de grenzen van de aanspraken. Het woord ‘gebruikelijk’ slaat niet zozeer op de frequentie waarin een verrichting of behandelingswijze toepassing vindt. 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. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord ‘houding’ maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven. Daarmee is niet gezegd dat de verzekerde de verlening van die zorg kan

verlangen. Het is de beroepsbeoefenaar die vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelingswijze bepaalt. Bij de beroepsbeoefenaar kunnen doelmatigheids- of kwaliteitsoverwegingen aanleiding zijn in het concrete geval van het verlenen van de verlangde zorg af te zien of een andere keuze te maken binnen het geheel van de zorg die gebruikelijk is. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken omtrent kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg maken. Die afspraken kunnen de vorm aannemen van gedragsregels die in de overeenkomsten zelf zijn vervat of aanknopen bij gedragsregels die binnen de beroepsgroep zelf als normen voor een verantwoord beroepsmatig en vakmatig handelen worden gehanteerd.”

- “Het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen heeft zich in het arrest van 12 juli 2001 in de zaak C-151/99 (Smits en Peerbooms) uitgesproken over het Nederlandse gebruikelijkheids criterium. Het Hof stelde dat de voorwaarde van gebruikelijkheid alleen aanvaardbaar is indien deze verwijst naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Met het hanteren van het begrip «stand der wetenschap» wordt voldaan aan deze voorwaarde van het Hof. Het begrip «stand der wetenschap» kan immers slechts internationaal worden uitgelegd. Het criterium is verder ruimer dan het door het Hof gehanteerde criterium. In de eerste plaats is er aan toegevoegd «en praktijk». Deze toevoeging is noodzakelijk omdat het pakket anders versmald zou zijn tot enkel evidence based medicine. Slechts een klein deel van het medisch arsenaal voldoet daaraan. Verder is er aan toegevoegd «door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten». Deze toevoeging is noodzakelijk omdat deze bepaling thans betrekking heeft op alle zorgvormen en dus ook op de zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven (bijvoorbeeld het zittend vervoer).”

De stand van de wetenschap en praktijk hoeft niet altijd in samenhang met de term ‘plegen te bieden’ te worden gebruikt. De stand van de wetenschap en praktijk is een zelfstandig criterium, dat los kan worden gezien van de uitdrukking ‘plegen te bieden’. De woorden ‘plegen te bieden’ zijn bedoeld om de diverse zorgvormen functioneel te kunnen omschrijven, namelijk zonder aan te geven welk type zorgverlener die zorg verleent. Een nadere uitleg van het ‘plegen te bieden’-criterium wordt gegeven in het CVZ rapport ‘Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’ (CVZ 2008, 268). De gelding van het criterium van ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ is dus niet beperkt tot die gevallen waarin in de omschrijving van de te verzekeren zorg de woorden ‘plegen te bieden’ staan vermeld.

Dat de wetgever ook niet heeft bedoeld om dit criterium op deze manier te beperken, blijkt uit de passage uit de nota van toelichting op het Bzv over de toevoeging in artikel 2.1, tweede lid van het Bzv van “en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”. Deze toevoeging is noodzakelijk, omdat de bepaling betrekking heeft op alle zorgvormen “en dus ook op de zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven (bijvoorbeeld het zittend vervoer).” Het zittend vervoer is geregeld in artikel 2.14 Besluit Zv. Hierin wordt de uitdrukking ‘plegen te bieden’ niet gebruikt. Toch is het de bedoeling van de wetgever dat de maatstaf van artikel 2.1, tweede lid, Bzv (in dit geval het tweede deel ervan) van toepassing is op zittend ziekenvervoer. Hieruit volgt dat de toepasselijkheid van de maatstaf van artikel 2.1, tweede lid Besluit Zv niet ervan afhangt of bij de omschrijving van inhoud en omvang van de te verzekeren zorg de uitdrukking ‘plegen te bieden’ is gebezigd.

Uit de toelichting blijkt dat het gebruikelijkheids criterium uit de ZFW een grote mate van overeenkomst heeft met de omvangsbepalingen uit de Zvw. De jurisprudentie over het gebruikelijkheids criterium is voor medisch-specialistische zorg onder de Zvw daarom nog van toepassing. Wel spreekt het College, gelet op het bovenstaande en artikel 2.1, tweede lid van het Bzv voortaan dan ook van een behandeling die al dan niet “voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk”.

RZA 2006, 81/82 CRvB 22-02-2006 03/5339 03/1456	Voor een gebruikelijkheidsbeoordeling is mede van belang op welk moment de resultaten van het voor de omslag relevante wetenschappelijk onderzoek aan de beroepsgroep bekend zijn gemaakt, veelal door publicatie ervan.
RZA 2004/94 Rb Den Haag, 05-04-2004	Bij de vraag of een behandeling als in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk moet worden aangemerkt, moet worden uitgegaan van de medisch-wetenschappelijke inzichten op het moment waarop de behandeling is of zal worden uitgevoerd.
RZA 1999, 110 RZA 2001, 66 CRvB 09-04-1999/ 08-05-2001	Maatgevend is, of de behandeling aangemerkt kan worden als in de kring van de Nederlandse beroepsgenoten gebruikelijk, daarbij in aanmerking nemende dat desbetreffende beroepsgenoten zich op de hoogte stellen van zich (elders) voordoende ontwikkelingen op hun vakgebied.

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars bij de onderbouwing van hun beslissing er blijk van geven voldoende onderzoek te hebben gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk, waarbij ook de internationale wetenschappelijke ontwikkelingen zijn betrokken.

RZA 2004, 179 CRvB 30-09-2004	Beoordeling gebruikelijkheid onvoldoende zorgvuldig.
AWB 00/1338/ZFW Rb Maastricht 14-05-2002	<p>Hyperthermiebehandeling is niet gebruikelijk: het ziekenfonds (verweerder) heeft voldoende onderzoek gedaan naar de vraag of de hyperthermiebehandeling gebruikelijk is, in de zin dat de betrokken behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Met name het rapport van de Gezondheidsraad geeft voldoende aanknopingspunten dat verweerders opvatting strookt met hetgeen in de kring der internationale medische wetenschap inzake hyperthermie als gebruikelijk wordt gezien.</p> <p>N.B. Het CVZ heeft inmiddels na onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk geconcludeerd dat behandeling van verschillende maligniteiten door middel van dendritische celtherapie, al dan niet in combinatie met hyperthermie, geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is.²⁵</p>

Zie hieromtrent verder ook het hoofdstuk over geneeskundige hulp in het buitenland.
Grenzen bij de beoordeling van de omvang medisch-specialistische zorg

²⁵ Zaaknummers 27015847, 27059936 en 29086008, te vinden op de CVZ-website onder “standpunten”.

Bij het omvangscriterium wordt gekeken voor welk indicatiegebied de verzekerde een behandeling vraagt. Bezien wordt of de gevraagde behandeling de meest aangewezen behandeling voor dat indicatiegebied kan zijn. Daarbij wordt geabstraheerd van de precieze indicatie van verzekerde. Door het indicatiegebied preciezer of juist ruimer te omschrijven kan gespeeld worden met het omvangscriterium. Het is dus belangrijk dat duidelijkheid bestaat over de afgrenzing van het indicatiegebied waarover gesproken wordt.

Het is van belang dat een zorgverzekeraar altijd goed in de gaten houdt voor welk indicatiegebied verzekerde de behandeling vraagt en of de behandeling voor dat specifieke indicatiegebied gebruikelijk is. Een goed voorbeeld van een behandeling waar dit speelt is bijvoorbeeld de lymfaticoveneuze shunt ofwel een LSV-behandeling.

<p>RZA 2001, 41 CVZ 26-04-2001</p>	<p>Een lymfaticoveneuze shunt ofwel een LSV-behandeling is in het algemeen geen gebruikelijke behandeling. Alleen indien sprake is van een lymfaticoveneuze afsluiting, terwijl de rest van het systeem niet is aangetast en goed werkt, én een adequaat uitgevoerde conservatieve behandeling niet succesvol is gebleken, is deze behandeling een verstrekking (aanvulling op RZA 1998, nr. 128).</p>
<p>RZA 2001, 3 CVZ 21-11-2000</p>	<p>Cochleaire implantatie bij kinderen met een gehoorverlies van minder dan 90 dB kan niet beschouwd worden als een gebruikelijke behandeling in de kring der beroepsgenoten. Om in Nederland in aanmerking te komen voor deze behandeling moet sprake zijn van een gehoorverlies van ten minste 100 Db. Internationaal merkt de beroepsgroep het plaatsen van cochleaire implantaten bij kinderen met een minder ernstig gehoorverlies niet aan als een algemeen aanvaarde behandeling.</p> <p>N.B. Het CVZ heeft inmiddels een rapport d.d. 16 juli 2012 uitgebracht ten aanzien van de indicatie voor bilaterale cochleaire implantaten in de Zorgverzekeringswet. Dit is een update van het standpunt d.d. 16 november 2009. Het CVZ concludeert hierin op basis van de cumulatieve literatuur verschenen tussen 2009 tot 2012 dat bilaterale cochleaire implantatie bewezen effectief is voor tweezijdig dove en zeer slechthorende kinderen tot de leeftijd van vijf jaar en het daarmee voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk bij deze groep kinderen.</p> <p>Voor de groep tweezijdig dove en zeer slechthorende kinderen tussen de vijf en achttien jaar heeft het CVZ, nu er geen bewijs is gevonden en niet meer te verwachten is dat er voor deze groep kinderen nog nieuwe onderzoeksresultaten beschikbaar gaan komen, geconcludeerd dat het aan de beroepsgroepen is om op korte termijn te komen tot een onderbouwd indicatieprotocol op basis van internationaal onderzoek. Het CVZ heeft dit verzoek neergelegd bij de beroepsgroepen. Het Cochleaire Implantatie Overleg Nederland (CI-ON) heeft hierop positief gereageerd en verwacht voor eind 2012 met een onderbouwd indicatieprotocol te kunnen komen. Het CVZ zal dit indicatieprotocol zodra het beschikbaar komt beoordelen.</p>

De omstandigheid, dat een behandeling *vaardigheden* vereist die niet door iedereen binnen de beroepsgroep geleerd kunnen worden, mag niet worden meegewogen in de beoordeling van de gebruikelijkheid van de behandeling.

Het *ethisch oordeel* van de beroepsgroep is bij KID (kunstmatige inseminatie donorsperma) geaccepteerd als een factor die mag worden meegewogen bij de vraag of de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk kan worden beschouwd. Zie de volgende precedënten.

RZA 2000, 111 CVZ 21-08-2000	In de kring der beroepsgenoten is het gebruikelijk om bij een KID-behandeling, gegeven de persoonlijke kenmerken en omstandigheden van de aanvrager(s), een donor met passend profiel in te schakelen. Onder een passend donorprofiel wordt verstaan een profiel waaraan de verwachting kan worden ontleend dat het kind de uiterlijke kenmerken van de (opvoedende) ouders zal hebben.
RZA 2000, 67 CVZ 27-04-2000	KID is ook bij alleenstaanden gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.

Omvangscriterium en wetenschappelijke literatuur

Bij de beoordeling of een behandeling 'gebruikelijk' is, sluit het College zich aan bij hetgeen daarover is gesteld in de uitspraak van de CRvB van 30 september 2004 (RZA 2004, 179), namelijk dat hierbij alle relevante gegevens in aanmerking dienen te worden genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Het College laat zich daarbij adviseren door zijn medisch adviseur.

Werkwijze

Het College heeft zijn hierbij gevolgde werkwijze neergelegd in het CVZ-Rapport "beoordeling stand van de wetenschap en praktijk" (5 november 2007, publicatienummer 254)²⁶.

Daaruit is hieronder het volgende overgenomen:

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Verder is van belang dat EBM naast internationale literatuur rekening houdt met de gepubliceerde expert-opinie.

De EBM-methode richt zich op "het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal". Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een

²⁶ Te vinden op de CVZ-website:

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0711+stand+wetenschap+en+praktijk.pdf.

positieve beslissing medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

De benaderingswijze van het CVZ is verder als volgt:

- Indien één studie van A1-niveau of tenminste twee studies op A2-niveau met concordante uitkomsten beschikbaar is/zijn, is dit in principe voldoende voor een ondubbelzinnige beslissing (wel/niet zorg conform stand van de wetenschap en praktijk). Er dient wel altijd nagegaan te worden of er conflicterende evidence van lagere orde is en wat hiervan de reden zou kunnen zijn. Dit is met name relevant voor eventuele ernstige bijwerkingen.
- Indien meerdere systematische reviews of RCT's van gelijke kwaliteit beschikbaar zijn met discordante uitkomsten, kan geen ondubbelzinnige beslissing worden genomen. In dat geval kan eventueel aanwezige evidence van een lagere orde die de uitkomsten van één/meerdere van de discordante reviews/RCT's ondersteunt, de doorslag geven.
- In situaties waarin er geen studie van niveau A1 of (afgeronde) studies op A2-niveau gepubliceerd zijn, betreft het CVZ in zijn beoordeling evidence van lagere orde (onderzoeken van niveau B, C en D). EBM is, zoals eerder gezegd, niet beperkt tot gerandomiseerde trials, meta-analyses of systematische reviews; een positieve beslissing kan ook op basis van lagere evidence worden genomen. Er gelden in dat geval wel een aantal voorwaarden/kanttekeningen:
 - de betreffende studies en bronnen moeten qua uitkomst consistent en actueel zijn;
 - nagegaan moet worden waarom er geen evidence van hoger niveau beschikbaar is;
 - er dienen plausibele, zwaarwegende argumenten te zijn waarom geen bewijskracht van het hoogste niveau bestaat.

Alleen dan kan op basis van lagere evidence de conclusie worden getrokken dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.”

Overzicht van medisch specialistische zorg, die *niet* voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk

In aansluiting op hetgeen hiervoor is uiteengezet volgt hieronder een overzicht van medisch-specialistische zorg, die bij eerdere beoordeling door het College als ***niet-gebruikelijk*** is aangemerkt.

Dit overzicht is niet verder aangevuld met de standpunten na september 2006, omdat die op de CVZ-website te vinden zijn.

<i>Behandeling</i>	<i>Datum Beoordeling</i>	<i>Zoektermen van de search door CVZ</i>	<i>Andere bronnen en opmerkingen</i>
Minimaal invasieve (microscopische of endoscopische) chirurgie lumbale wervelkanaal- Stenose	2006 september	Spinal stenosis, minimally invasive surgery	Zaaknummer 26073544
Transforaminale benadering van een lumbale HNP	2006 september	Endoscopic transforaminal	Zaaknummer 26073544

<i>Behandeling</i>	<i>Datum Beoordeling</i>	<i>Zoektermen van de search door CVZ</i>	<i>Andere bronnen en opmerkingen</i>
Endoveneuze laserbehandeling varices	2006 september	EVLT, Endovenous, varicose veins, lasertherapeutic use, laser surgery	Zaaknummer 26074209
Naaldaponeurotomie	2006 juli	Needle aponeurotomy Needle fasciotomy Peyronie	Zaaknummer 26044879 RZA 2003, 5
Botox bij urine-incontinentie	2006 juli	urinary incontinence, urge incontinence, botulinum toxin type, botox	Zaaknummer 25094173
Discusprothese (lumbaal)	2006 juli	Discusprothese	Zaaknummer 26059635 Update van onderzoek van februari 2005
Endoscopische hernia operatie cervicaal	2006 juni	Intervertebral disk displacement /surgery, Cervical Vertebrae, Endoscopy	Zaaknummer 26054085 (update van onderzoek van december 2004)
Restor- lenzen	2006 Juni	ReSTOR lens	Zaaknummer 26055618
Brainstem implantatie bij kinderen met een zenuwplasie	2006 juni	Auditory brain stem implants [mesh], auditory brain stem implantation [mesh]	Zaaknummer 26049191
ESWT bij ziekte van Peyronie	2006 mei	ESWT, Peyronie	RZA 2006, 105
Dynamische spondylodese m.b.v. Wallis implantaten	2006 april	Wallis, implant, lumbar	Zaaknummer 25150013
combinatie van totale hyperthermie met dendritische celtherapie en inspuiting c.q. vaccinatie van New Castle Disease virus	2006 april	Hyperthermia, neoplasm, neoplasm/therapy, dendritic cells, Newcastle Disease virus, Newcastle Disease vaccine	Zaaknummer 25135851

<i>Behandeling</i>	<i>Datum Beoordeling</i>	<i>Zoektermen van de search door CVZ</i>	<i>Andere bronnen en opmerkingen</i>
Combinatie oppervlakkige/ totale hyperthermie met dendritische celtherapie bij levermetastasen	2006 april	dendritic cells, hyperthermia/ induced, neoplasm/therapy	Zaaknummer 26006920
Pure tumescente liposculpture bij mammahypertrofie	2006 maart	Tumescent, lipectomy, lipectomy, liposculpture, breast, mamma, mammoplasty	Zaaknummer 26019990
MR- neurografie	2006 Maart		RZA 2006, 106
Laparoscopische duodenal switch-operatie	2006 februari	Duodenal switch, biliopancreatic diversion	RZA 2006, 104 Zaaknummer 26004538
DREZ plexus brachialislaesie pijnbestrijding	2006 februari		Zaaknummer 24081199
Laserchirurgische deperiostisering bij chronische periostitis	2005 december		RZA 2006, 27
TACE en LITT als combinatiebehandeling	2005 oktober	Trans Arteriële Chemo Embolisatie and Laser-induced Interstitial Thermo-therapy	RZA 2006, 167
Endoscopische laser operatie van de knie (Lo)	2005 oktober	Arthroscopy AND Laser Surgery OR Lasers/ therapeutic use Knee, Gecombineerd	RZA 2005, 166
Neurostimulatie bij tinnitus	2005 oktober	Tinnitus, stimulation, therapy	RZA 2005, 165
Aquamid (een filling) bij lipodystrofie	2005 september	Aquamid bij lipodystrophy	RZA 2005, 163
Relume bij vitiligo	2005 juli	Relume, vitiligo/therapy en phototherapy	RZA 2005, 164
Dynesys-implantatie	2005 Juni	Dynesys	RZA 2005, 102

<i>Behandeling</i>	<i>Datum Beoordeling</i>	<i>Zoektermen van de search door CVZ</i>	<i>Andere bronnen en opmerkingen</i>
BHR methode/ MOM heupprothese	2005 juni	Metal on metal Hip Prosthesis (Publication Date from 1997, Human)	RZA 2005, 103 (Update van onderzoek van mei 2003)
Relume behandeling voor vitiligo	2005 april	Relume, vitiligo/therapy, phototherapy	RZA 2005, 164
Facetgewrichtblok- kade met CT/MRI	2004 Augustus	CT/MRI, Guided Controled study	
Facetdenervatie met laser	2004 Augustus	Denervation, Facet, Controled study	
Hyperbare zuur- stoftherapie bij acute doofheid	2003 December	Hearing loss, sudden Hyperbaric oxygenation	RZA 2004, 1
Hyperbare zuur- stoftherapie bij acute tinnitus	2003 December	Tinnitus/therapy Hyperbaric oxygenation	RZA 2004, 2
Radicale prostaatectomie met nerve graft	2003 November	(zenuwinterspositie, Prof. Scardino in New York)	
Extracorporale shockwave therapie bij schouder	2003 Oktober	ESWT Shoulder	RZA 2003, 210
Carbonfibres bij gonarthrose	2003 Oktober	Carbon/therapeutic use Knee joint/surgery, Cartilage, Articular	RZA 2003, 207
Intra-Discal Electro- thermal Therapy (IDET)	2003 Mei	Heat/Therapeutic use, Hyper- thermia, Induced, Low Back Pain/Therapy, Intradiscal Electro- thermal Treatment	RZA 2003, 172
Vaatklepprothese	2003 Maart	Veins/tranplantation, venous insufficiency/therapy, Varcose veins/therapy	RZA 2003, 78
Maculatranslokatie	2003 Maart	Retinotomy and retinal diseases/surgery of retinal diseases/therapy, macula rota- tion, choroid diseases	RZA 2003, 77
Laserbehandeling Tierfell naevus <i>Opn: plast. Chir.</i>	2003 Februari	Lasers/ therapeutic use Nevus, Pigmented/ therapy Tierfell	

<i>Behandeling</i>	<i>Datum Beoordeling</i>	<i>Zoektermen van de search door CVZ</i>	<i>Andere bronnen en opmerkingen</i>
Extracorporale shockwave therapie bij hielspoor	2003 Februari	Heelspur ESWT Heel	RZA 2003, 81
Endoscopische Laser Foraminoplastiek (ELF) na failed back surgery	2002 November	Foraminoplasty And Endoscopy, Laser surgery Back pain	RZA 2003, 6
Bonati; diverse behandelingen met YAG laser (vorm van ELF)	2002 Oktober	Foraminoplasty and Endoscopy, Laser surgery Back pain	
Lipofilling etc. bij Anti HIV medicatie	2002 Juli	Lipodystrophy, Lipothrapy, New fill NB: het CVZ heeft inmiddels nog een standpunt met betrekking tot dit onderwerp uitgebracht: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2008/rpt0804+pakketadvies+2008.pdf , bladzijde 164 van het pdf-bestand (zie ook hoofdstuk Plastische chirurgie).	
Immuuntherapie	2002 Juni	Immunotherapy, Pregnancy Outcome, Leukocytes, Abortion, Habitual	
Embolisatie van myoom (vleesboom)	2002 Maart	Embolization, Therapeutic AND Leiomyoma AND systematic	

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Specifieke voorwaarden en uitsluitingen

Krachtens artikel 11, derde lid Zvw kan de inhoud en omvang van het recht op geneeskundige zorg bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden beperkt en afhankelijk worden gesteld van voorwaarden. Dit is bij het Bzv gebeurd in artikel 2.4 (vaccineren ten behoeve van grieppreventie (wordt gecoördineerd door het RIVM), prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, in-vitrofertilisatie, plastische chirurgie, transplantaties en eerstelijns-psychologische zorg), artikel 2.5 (transplantaties), artikel 2.5a (dyslexiezorg), en artikel 2.10 (verblijf). En in de Rzv is dit gebeurd in artikel 2.1 (plastische chirurgie, snurken, sterilisatie en circumcisie).

In-vitrofertilisatie

In het Bzv is een aantal bepalingen opgenomen waarmee de aanspraak op vruchtbaarheidsbehandelingen volgens de in-vitrofertilisatiemethode is geregeld. Politieke besluitvorming en ontwikkelingen in de medische praktijk hebben de afgelopen jaren tot diverse aanpassingen in de regelgeving geleid.

De aanspraak op in-vitrofertilisatiepogingen is per 1 januari 2013 gewijzigd.

De begripsomschrijving van in-vitrofertilisatiepoging in artikel 1 onder e Bzv luidt als volgt:

In-vitrofertilisatiepoging: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- 1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- 2°. de follikelpunctie;
- 3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- 4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een poging kan maximaal bestaan uit vier fasen. Om medische redenen is ervoor gekozen om pas van een poging te spreken als fase twee (de follikelpunctie) met succes is afgerond. Het terugplaatsen van een of meer gecryopreserveerde embryo's (cryo's) wordt tot de poging gerekend waaruit ze zijn voortgekomen.

Artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, sub 3, 4 en 5 luiden als volgt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...), met dien verstande dat de zorg niet omvat: de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie, de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst, vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

Transplantaties

Artikel 2.4 Bzv

Transplantatie van weefsels en organen valt onder de in artikel 2.4 Bzv geregelde geneeskundige zorg (het betreft zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden). Artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, Bzv geeft aanvullende eisen. Bepaald is dat transplantaties van weefsels en organen slechts tot de geneeskundige zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Deze aanvullende eisen zijn per 1 januari 2010 ingevoerd. In de Nota van toelichting bij de wijziging in de regelgeving (Staatsblad 2009, nr. 381) staat hierover het volgende:

"In de eerste plaats is artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, gewijzigd ter uitvoering van het in de brief van 3 november 2008 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II

2008/09, 28 140, nr. 62) aangekondigde voornemen om de regelgeving zodanig aan te vullen dat de zorgverzekeraar in die gevallen dat ernstig twijfel bestaat over de ethische aanvaardbaarheid van een transplantatie de vergoeding voor rekening van de zorgverzekering moet weigeren. Aanleiding voor deze toezegging waren de problemen waarmee zorgverzekeraars werden geconfronteerd in geval van declaraties van niertransplantaties buiten Nederland waarbij er sprake was van het afstaan van een nier door een levende donor tegen betaling. Een dergelijke vergoeding verzet zich tegen de ethische en wettelijke normen in Nederland dat een orgaan om niet wordt afgestaan. Zorgverzekeraars Nederland heeft daarom bij brief van 29 september 2008, BDIR 2008/0022, aangegeven het wenselijk te achten dat geregeld zou worden dat transplantaties buiten de landen van de Europese Unie en de landen die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER-landen) van de te verzekeren prestaties zouden worden uitgesloten, tenzij de verzekerde kan aantonen dat het een donatie betreft van een bloedverwant, echtgenoot of geregistreerde partner. In dat geval zal er geen sprake zijn van extra financiële compensatie, zo is de redenering. Deze aanbeveling van Zorgverzekeraars Nederland is gevolgd. Wat betreft de bloedverwantschap is gekozen voor bloedverwanten in de eerste, tweede of derde graad.

Deze regeling laat de bepalingen met betrekking tot de hoogte van de vergoeding, te weten artikel 13 van de Zvw en artikel 2.2, tweede lid, van het Bzv, onverlet."

Voor 1 januari 2010 kenden we een limitatieve lijst van transplantaties die tot de te verzekeren prestaties behoorden. Deze lijst is komen te vervallen. In de eerder genoemde Nota van toelichting is het schrappen van de limitatieve lijst als volgt gemotiveerd.

"In de tweede plaats is de limitatieve opsomming van transplantaties van weefsels en organen achterhaald gebleken. Zo worden geïsoleerde pancreastransplantaties voor rekening van de zorgverzekering verricht, terwijl deze niet afzonderlijk in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, zijn genoemd. Deze transplantaties voldoen echter wel aan het criterium van artikel 2.2, de stand van de wetenschap en praktijk, zoals het CVZ mij bij brief van 6 mei 2008, PAK/28038238, heeft laten weten. Het CVZ stelde daarom voor de bepaling op dit punt aan te passen. Aan deze aanbeveling is uitvoering gegeven door de limitatieve opsomming te laten vervallen."

Artikel 2.5 Bzv

De geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, omvat tevens vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in

Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

De onderdelen a, b, d, e en f van dit artikel hebben betrekking op de situatie waarin het transplantatiemateriaal afkomstig is van een levende donor. De kosten van geneeskundige zorg en ook de vervoerskosten die een levende donor moet maken in verband met het afstaan van bijvoorbeeld een nier, komen (tot de in de in het artikel aangegeven hoogte) ten laste van de verzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal.

Kosten nacontroles donor buiten verplicht eigen risico (artikel 2.17, lid 1, onder d, Bzv)

Buiten het verplicht eigen risico vallen de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, onderdeel d, Bzv is verstreken. Anders gezegd: buiten het verplicht eigen risico vallen nacontroles van de donor nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan de donor in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in artikel 2.5, onderdeel d, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal.

Toelichting hierbij: artikel 2.5, onderdeel d, Bzv regelt – kort gezegd – dat de kosten van de levende donor ten laste gebracht kunnen worden van de polis van de ontvanger van het transplantatiemateriaal. De donor in dat artikel is niet de verzekeringnemer. De ontvanger van het transplantatiemateriaal is de verzekeringnemer. In de bepaling over het verplicht eigen risico (artikel 2.17) gaat het over de situatie waarin de verzekeringnemer de donor is. Kosten van zorg (nacontroles) die verband houden met het afstaan (selectie/verwijdering) van transplantatiemateriaal komen vanaf 13 weken resp. een half jaar na ontslag uit het ziekenhuis weer ten laste van de polis van de donor zelf. De regelgever vindt dat die kosten niet onder het eigen risico van de donor mogen vallen.

ABOi niettransplantaties met behulp van immunoabsorptie is zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk als er geen ABO compatibele levende donor direct beschikbaar is en er geen principiële bezwaren zijn tegen niertransplantatie.

Dyslexiezorg

Vanaf 2009 maakt dyslexiezorg onderdeel uit van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw. Dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen (artikel 2.5a, lid 1 Bzv).

In 2013 geldt dat de zorg alleen wordt vergoed als deze aanvangt voordat het kind de dertienjarige leeftijd bereikt. Vanaf 2013 is dyslexiezorg dus mogelijk voor alle kinderen die basisonderwijs volgen.

Dyslexiezorg bestaat uit diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie. Deze diagnostiek en behandeling kunnen alleen uit de basisverzekering vergoed worden als deze conform het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvinden.

Het diagnostisch onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

Stoppen-met-rokenprogramma

Per 1 januari 2013 maakt het stoppen-met-rokenprogramma deel uit van de te verzekeren prestaties zoals omschreven in de Zvw. Artikel 2.5b Bzv omschrijft:

1. Zorg bij stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat slechts het volgen van het programma een keer per kalenderjaar.

Verblijf

In artikel 2.10 (lid 1) Bzv is bepaald dat verblijf omvat: verblijf gedurende een ononderbroken periode van *ten hoogste 365 dagen*, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

(Lid 2) Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

(Lid 3) In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Voorwaardelijke toelating

Per 1 januari 2012 is aan artikel 2.1 Bzv een lid toegevoegd, luidende:

(Lid 5) In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld artikel 2.4, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal vier jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

In de toelichting is aangegeven dat voorwaardelijke toelating, een instrument voor stringent pakketbeheer in 2012, als een pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatie technieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten in het kader van de Zvw wordt gestart (duur tot 1 januari 2016).

Per 1 januari 2013 (duur tot 1 januari 2017) zijn voorwaardelijk toegelaten:

- Behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien de indicatie en behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- Behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie indien de indicatie en behandeling van de verzekerden overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenterstudie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)".

Voorwaardelijke toelating dient er toe de zorg ten laste van de zorgverzekering te laten komen gedurende een periode van maximaal vier jaar. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen dan wel erin blijft. Voorwaardelijke toelating kan ook leiden tot een beslissing om een bepaalde behandelmethode in zijn geheel uit het verzekerde pakket te verwijderen, dan wel tot aanscherping in de aanspraken van de indicatievoorwaarden voor een behandelmethode.

Wil een behandelmethode voor voorwaardelijke toelating in aanmerking komen, dan moet ten minste aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- de interventie is het experimentele stadium ontstegen;
- er bestaat duidelijkheid over de ontbrekende gegevens, bijvoorbeeld blijkend uit een systematische review;
- er is een conceptonderzoeksvoorstel op hoofdlijnen dat erop gericht is om binnen een termijn van maximaal vier jaar de vraag te kunnen beantwoorden of voldaan wordt aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk';
- er is een tarief of er zal worden voorzien in een tarief waarmee de voorwaardelijk toe te laten zorg kan worden afgerekend;
- andere mogelijkheden om de zorg waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen zijn niet mogelijk gebleken;
- er moet ruimte zijn binnen het Budgettair kader zorg voor de voorwaardelijke toelating van de interventie.

Ketenzorg en zorgstandaarden²⁷

Ketenzorg is samenhangende, multidisciplinaire zorg rond een aandoening. De organisatorische schil rond de zorg die nodig is om de samenhang te bewerkstelligen, rekent het CVZ tot de te verzekeren prestaties. Ketenzorg kan worden aangeboden voor zorgvormen waar de NZa zorgstandaarden voor heeft ontwikkeld.

Ketenzorg valt buiten het verplicht eigen risico.

Verwijzing

Op grond van artikel 14, tweede lid Zvw moet een zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opnemen dat geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen zorgverleners, waaronder in ieder geval de huisarts. Hierbij heeft de wetgever ervoor gekozen om geen limitatieve opsomming van zorgaanbieders te geven. Als verwijzers kunnen naast de huisarts dus ook andere zorgverleners aangewezen worden, zoals bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Dit is ter keuze aan de zorgverzekeraar). Dit betekent dat de verwijzing een toegangsvoorwaarde is voor medisch specialistische zorg. De zorgverzekeraar vermeldt de groepen verwijzers in zijn modelovereenkomst, en daarmee tevens in de zorgpolissen die hij opstelt nadat een individuele verzekeringsplichtige voor een zorgverzekering overeenkomstig dat model heeft gekozen.

RZA 2006, 143 Rb Utrecht 22-07-2006	Geen aanspraak op vergoeding van kosten van laseroperatie in België nu betrokkene niet beschikte over een verwijzing van een (huis-)arts of van een specialist.
RZA 2006, 29 Rb Breda 07-02-2006	Toestemming terecht geweigerd wegens ontbreken van een geldige verwijzing.

²⁷ Zie ook het rapport van het CVZ van 21 september 2009 'Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw', http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp0909+chronische+aandoeningen.pdf

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Indien is vastgesteld dat er sprake is van medisch-specialistische zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, moet vervolgens worden getoetst of verzekerde redelijkerwijs op de behandeling is aangewezen. Op grond van artikel 2.1, derde lid Bzv heeft verzekerde alleen recht op zorg als hij daarop redelijkerwijs is aangewezen. Dit noemen we het algemene wettelijke indicatievereiste.

Uit de toelichting op artikel 2.1, derde lid Bzv blijkt het volgende: "Een dergelijke bepaling staat ook in de AWBZ (artikel 9b, derde lid) en het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 2, derde lid) en stond in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 2a, eerste lid). Anders dan in die bepalingen zijn in dit lid de woorden «uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening» weggelaten. Uitgangspunt bij de Zvw is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Dit geldt ook voor de doelmatige organisatie van de zorg."

Bij toetsing aan het algemene wettelijke indicatievereiste (art. 2.1, derde lid Bzv) moet worden gekeken naar de omstandigheden van het individuele geval. In dit stadium wordt getoetst of de verzekerde in het concrete geval een indicatie heeft op grond waarvan hij redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde zorg. Daarbij kunnen de kosten van de gevraagde behandeling afgewogen worden tegen de meerwaarde van de specifieke behandeling voor de verzekerde, waarbij ook de mogelijkheid van andere therapieën in de afweging betrokken kan worden. Heeft de verzekerde een (inhoudelijke individuele) indicatie voor de zorg, dan is de verzekerde hier naar inhoud en omvang redelijkerwijs op aangewezen. Zo nee, dan is de verzekerde hier niet naar inhoud en omvang redelijkerwijs op aangewezen.

Uit de toelichting volgt dat ook in dit geval de jurisprudentie uit de ZFW invloed zal hebben op de toepassing van de Zvw.

RZA 2006, 33 Rb Maastricht 05-01-2006	Aanvraag voor implanteren neurostimulator terecht afgewezen, nu verzekerde niet voldoet aan de inclusiecriteria van de Werkgroep Neuromodulatie.
RZA 2006, 6 Rb Breda 28-11-2005	NIH-consensus conferentie 1991 terecht als norm voor gastric bypass-operatie gehanteerd. Geen sprake van comorbiditeiten als door de NIH-consensus als zodanig aangemerkt. Geen doelmatige ingreep.
RZA 2005, 178 Rb Breda 15-08-2005	Maagbandoperatie niet doelmatig.
RZA 2004, 134 CRvB 20-07-2004	De meerwaarde van een categorale klinische behandeling voor Parkinson-patiënten is klinisch noch wetenschappelijk vastgesteld.
RZA 2004, 182 Rb Den Haag 13-09-2004	Verzoek voor maagband bij BMI van 34,6 terecht afgewezen.

RZA 2004, 36 CVZ 23-02-2004	Bij een BMI tussen de 35 en 40 bestaat alleen een indicatie voor een maagbandje als sprake is van secundaire of additionele risicofactoren.
RZA 2003, 42 CVZ 24-02-2003	Zolang geen zorgvuldige indicatiestelling heeft plaatsgevonden en niet is vastgesteld dat verzekerde voldoende gemotiveerd is om ook deel te nemen aan het voor- en natraject, staat niet vast dat verzekerde vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op de maagbandoperatie is aangewezen.
RZA 2003, 16 Rb 's Gravenhage 28-11-2002	Bij de beoordeling van de aanvraag voor een maagbandoperatie dient op zorgvuldige wijze te worden onderzocht of de behandeling in het specifieke geval bij deze verzekerde voldoende effectief is, waarbij kan worden gelet op aspecten als het plaatsvinden van een zorgvuldige multidisciplinaire toetsing en een adequate regeling van de nazorg.
RZA 2002, 45 CVZ 22-02-2002	Een laserbehandeling bij wratten kan worden beschouwd als gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten. Omdat deze behandeling aanzienlijk duurder is dan de traditionele behandelmethode is, uit het oogpunt van een doelmatige zorgverlening, een laserbehandeling alleen aangewezen indien deze behandeling een geobjectiveerde meerwaarde heeft.
RZA 2000, 142 CVZ 27-09-2000	Negatieve lensimplantatie is een in de kring der beroepsgenoten gebruikelijke behandeling. Per geval moet worden beoordeeld of een verzekerde, uit het oogpunt van een doelmatige zorgverlening, op deze behandeling is aangewezen.
RZA 1998, 174 CRvB, 27-08-1998	Niet meer kan onvoorwaardelijk worden gesteld dat de excimer laserbehandeling niet gebruikelijk is in de kring der beroepsgenoten. De Commissie Verstrekkingengeschillen heeft deze uitspraak (in BZ-00-1978) als volgt begrepen: uitgaande van het feit dat de behandeling als zodanig inmiddels als gebruikelijk kan worden aangemerkt, moet per geval worden bezien of de excimer laserbehandeling redelijkerwijs is aangewezen in de zin van artikel 2, derde (thans 2a, eerste) lid van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. In dit concrete geval is de laserbehandeling een onnodig kostbaar alternatief voor een bril, waarmee verzekerde ook goed kan functioneren.

Jurisprudentieoverzicht gebruikelijke en niet gebruikelijke behandelingen

Ter afsluiting van de informatie over de omvang van medisch specialistische zorg volgt hier een selectie uit jurisprudentie (RZA) over (inmiddels) gebruikelijke behandelingen en van (nog) niet gebruikelijke behandelingen, die eerder in dit kennisdocument nog niet aan de orde zijn gekomen.

Gebruikelijk

Geen zaaknummer	Sacrale zenuwstimulatie bij functiestoornissen van de urinewegen (neurostimulatie of - modulatie).
Zaaknummer 25137850	Tensor tenotomie en bursectomie bij bursitis trochanterica.

Zaaknummer 26049191	Brainstemimplantatie bij patiënten ouder dan 12 jaar bij gehoorzenuwbeschadiging door een tumor.
RZA 2006, 103	Botulinetoxine- behandeling bij hyperhidrosis.
RZA 2006, 76	DREZ (Dorsal Root Entry Zone) coagulatie bij anderszins onbehandelbare pijn.
RZA 2005, 169	LITT (Laser-induced Interstitial Thermotherapy) bij geïsoleerde levermetastasen van bepaalde carcinomen.
RZA 2005, 168	TACE (Trans Arteriële Chemo Embolisatie) bij geïsoleerde levermetastasen van bepaalde carcinomen.
RZA 2005, 104 CVZ 23-06-2005	Intra-articulaire injecties in knie met hyaluronzuur wel gebruikelijk, maar in casu niet doelmatig.
RZA 2003, 208 CVZ 22-10-2003	Behandeling met Visudyne® (fotodynamische therapie) is gebruikelijk.
RZA 2003, 170 CVZ 02-07-2003	Botox behandeling onder bepaalde omstandigheden gebruikelijk.
RZA 2003, 169 CVZ 02-07-2003	Spinal Cord Stimulation is een gebruikelijke behandeling in de kring der beroepsgenoten.
RZA 2002, 188 CVZ 23-09-2002	Endoscopisch hernia operatie bij nog niet eerder geopereerde patiënten met een lumbale hernia is gebruikelijk.
RZA 2002, 46 CVZ 22-02-2002	Tatoeage ofwel dermatografie bij normale huid is gebruikelijk, maar depigmentatie van de lip is geen verminking ten gevolge van een ongeval.
RZA 2002, 45 CVZ 22-02-2002	Laserbehandeling bij wratten is gebruikelijk, maar doorgaans onnodig kostbaar.
RZA 2001, 86 CVZ 27-07-2001	Somnoplastiebehandeling tegen snurken is gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.

Niet gebruikelijk

RZA 2004, 150 Rb Den Bosch 03-06-2004	Begeleiding in een astmacentrum (in casu Heideheuvel in Hilversum) in verband met obesitas is niet gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.
---	---

RZA 2004, 140 Rb Den Haag 23-07-2004	Chemo-embolisatie bij een lokaal recidief van een endeldarmcarcinoom in het kleine bekken is een in de kring der beroepsgenoten niet-gebruikelijke behandeling.
RZA 2004, 12 Rb Maastricht 10-12-2003	Implantatie van een torische Artisan-lens niet gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten. Uitgegaan moet worden van de stand van de wetenschap ten tijde van het bestreden besluit.
RZA 2003, 11 Rb Arnhem 01-11-02	Regionale chemotherapie in de longen kan niet worden beschouwd als gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten, nu geen gepubliceerde resultaten over de meerwaarde ervan bekend zijn. Niet relevant is of er voor de behandeling überhaupt gebruikelijke behandelingen zijn en of de behandeling in Duitsland wordt vergoed.
RZA 2002, 196 CRvB 10-09-02	Intra-arteriële inspuitingen polikliniek Terwolde. De behandeling is omstreden en kan niet worden aangemerkt als gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.

Diverse zorgvormen, die onder het begrip "medisch specialistische zorg" vallen

Gecombineerde zorgvormen

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering waren de volgende aanspraken apart geregeld: erfelijkheidsadviesing, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing en de hulp door een trombosedienst. In de Zvw zijn deze zorgvormen niet expliciet genoemd, omdat het zorgvormen zijn zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

De toelichting bij artikel 2.4 Bzv²⁸ geeft hierover het volgende aan: "Onder de medisch-specialistische zorg valt ook de erfelijkheidsadviesing, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing en de hulp door een trombosedienst, die geregeld waren in de artikelen 20, 21, 22 en 24 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Dit zijn allemaal zorgvormen die vallen onder de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voor de afbakening van de erfelijkheidsadviesing is het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen van belang. De omschrijving in het kader van de ziekenfondsverzekering ging ook daarvan uit.

De voor de niet-klinische haemodialyse en de chronische intermitterende beademing benodigde apparatuur valt op grond van dit besluit onder de hulpmiddelenzorg."

N.B. Het is gewenst dat wordt gesproken van 'dialyse-apparatuur' in plaats van 'hemodialyse-apparatuur'. Dit omdat er twee soorten dialyse(apparatuur) zijn, via het bloed (hemo-) en via het buikvlies (peritoneaal-). Het voldoet anders niet aan hetgeen hierover bij of krachtens Zvw is geregeld.

In sommige polissen zijn deze zorgvormen wel weer terug te vinden. De meest voorkomende zorgvormen zijn daarom in aparte hoofdstukken opgenomen.

Erfelijkheidsadviesing

De nadere invulling van de aanspraak op erfelijkheidsadviesing is begin jaren tachtig bewust aan de betrokken partijen overgelaten. Een gedetailleerde regeling werd onnodig verstarrend geacht. Door de Koepelorganisatie Stichtingen Klinische Genetica en

²⁸ Stb. 2005, 389

Zorgverzekeraars Nederland zijn in 1984 voor het eerst afspraken gemaakt omtrent een nadere omschrijving van de inhoud van de verstrekking, met name ten aanzien van de indicaties. Deze standaard, die mede gebaseerd is op de stand der wetenschap, geeft de grenzen aan van wat een verzekerde in redelijkheid van zijn verzekeraar en van een klinisch genetisch centrum kan verlangen. In oktober 1995 is deze Overeenkomst aangepast in verband met een aantal belangrijke ontwikkelingen, die sindsdien hadden plaatsgevonden. Na 1995 is de Overeenkomst tussen partijen in het geheel niet meer aangepast ondanks de vele snelle technische ontwikkelingen. Deze overeenkomst bood dan ook slechts nog houvast doordat erin bepaald was dat het "de algemeen aanvaarde standaard" als uitgangspunt neemt. De Overeenkomst zelf is daarom nu niet goed meer hanteerbaar. De algemeen aanvaarde standaard is inmiddels in diverse standaarden en richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen neergelegd. Deze standaarden en richtlijnen kunnen thans dan ook als een geobjectiveerde normering van de omvang van de te verzekeren prestatie in ogenschouw genomen worden. Ze geven in ieder geval weer op welke manier medisch specialisten de zorg plegen te bieden.

Met betrekking tot de zorg die onder de noemer "erfelijkheidsadviesing en klinisch genetisch onderzoek" wordt verleend heeft het CVZ in het kader van pakketbeheer zich de vraag gesteld welke zorg onder welke voorwaarden onder de dekking van de zorgverzekering valt, uitgaande van de wet- en regelgeving. Een toetspunt daarbij is het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het CVZ zal voor de toetsing de richtlijnen van de beroepsgroepen als uitgangspunt nemen. Hiertoe heeft het CVZ de Vereniging Klinische Genetica Nederland uitgenodigd haar visie op of mening over genoemd onderwerp kenbaar te maken.

Trombosediensten

In verband met de intrekking van de ZFW is op grond van het Aanpassingsbesluit zorgverzekeringswet (Stb. 2005, nr. 690) het Besluit hulpverlening door trombose-diensten ziekenfondsverzekering ingetrokken. Uit de toelichting op artikel 2.4 Bzv (zie hierboven) blijkt dat de hulp door een trombosedient beschouwd moet worden als een zorgvorm die valt onder de zorg zoals medisch- specialisten die plegen te bieden.

Hulpmiddel als onderdeel van de medisch-specialistische zorg

Ook hulpmiddelen kunnen onder de verstrekking medisch-specialistische zorg vallen. Hierbij gaat het erom of het betreffende hulpmiddel als een noodzakelijk, onmisbaar onderdeel van de medisch-specialistische behandeling moet worden beschouwd.

In de toelichting op artikel 2.4 Bzv is aandacht besteed aan dit onderwerp:

"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. 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.

Verder valt onder de geneeskundige zorg ook het daarbij behorende laboratorium-onderzoek.”

Vragen over vergoeding van verbandmiddelen en DBC's

Wanneer dienen verbandmiddelen bekostigd te worden uit het DBC-tarief (geneeskundige zorg) en wanneer worden zij aangemerkt als een te verzekeren prestatie (hulpmiddelenzorg) zoals vermeld in de Rzv?

Het CVZ is van mening dat voor verbruiksmiddelen (zoals verbandmiddelen) geldt dat de verbruiksmiddelen die tijdens opname/behandeling in het ziekenhuis/de instelling gebruikt worden, bekostigd dienen te worden uit DBC's. Het betreft dan geneeskundige zorg. Indien de patiënt na opname of behandeling het ziekenhuis/de instelling verlaat, dienen de verbandmiddelen verstrekt of vergoed te worden op grond van de Rzv.

In de Rzv is als indicatie opgenomen dat er alleen sprake is van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg 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.

Daarnaast heeft het CVZ een rapport uitgebracht 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.²⁹ Hierin is een splitsing gemaakt tussen de hoofdunit (geneeskundige zorg) en de toebehoren (hulpmiddelenzorg). Dit leidt tot uitvoeringsproblemen in de praktijk.

Er is een stroomschema tot stand gekomen om dit te verduidelijken. Er bestond behoefte aan deze afbakening omdat er bij partijen regelmatig onduidelijkheid bestond wie (zorgverzekeraar of ziekenhuis) het hulpmiddel moest betalen:

<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/afbakening-hulpmiddelenzorg-mei2012-v2.pdf>

Het CVZ legt de laatste hand aan een vervolgrapport over dit onderwerp, het 'afbakeningsrapport 2'. Het CVZ is van plan enkele hulpmiddelen over te hevelen van de 'hulpmiddelenzorg' naar de 'medisch-specialistische zorg'. Op basis van het stroomschema zoals opgenomen in het rapport uit 2009 is het CVZ tot de conclusie gekomen dat er bij enkele hulpmiddelen sprake is van medisch-specialistische zorg. Het gaat om hulpmiddelen die op dit moment in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' zijn opgenomen en op termijn (dit is afhankelijk van het definitieve standpunt) mogelijk onder de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg' gaan vallen. Het betreft de hulpmiddelen voor thuisdialyse, de insulinepomp en in een deel van de gevallen de voedingspomp.

Daarnaast besteedt het CVZ aandacht aan de knip in de aanspraak en bekostiging die sinds het afbakeningsrapport in 2009 is ontstaan als een hulpmiddel bestaat uit een 'hoofdunit' en toebehoren. Het CVZ heeft geconstateerd dat deze knip in de praktijk leidt tot perverse prikkels. Daarom is het CVZ van mening dat de toebehoren ook moeten gaan vallen onder dezelfde te verzekeren prestatie als de hoofdunit.

²⁹ Publicatienummer 280

http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2009/rpt0908+afbakening+hulpmiddelenzorg.pdf.

Voorbeelden van dergelijke hulpmiddelen zijn:

- hulpmiddelen voor negatieve druktherapie,
- de insulinepomp,
- hulpmiddelen voor thuisdialyse en
- de voedingspomp.

Op basis van dit tweede afbakeningsrapport is het stroomschema uit 2009 aangescherpt.

Om partijen voldoende tijd te geven om de zaken goed te regelen zal een eventuele overheveling en verwijdering van de knip niet voor 1 januari 2014 worden doorgevoerd. Zodra het rapport is vastgesteld, is duidelijk op welke termijn eventuele veranderingen zullen worden doorgevoerd.

Zie de volgende voorbeelden:

CVZ 6-12-2006 Zaaknummer 26085512	UV-B lichttherapie in de thuissituatie bij de indicaties vitiligo en psoriasis behoort tot de te verzekeren prestaties. Indien de lichttherapie in de thuissituatie wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist, kan dit worden aangemerkt als geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
RZA 2002, 190 CVZ 18-10-2002	Een kniebandage die pre-operatief, ter overbrugging van de wachttijd tot een operatie, door de specialist wordt voorgeschreven, dient ter vervanging van spalk- of verbandmateriaal en moet als intrinsiek onderdeel van de medisch-specialistische behandeling aangemerkt worden.
RZA 2001, 45 CVZ 20-03-2001	Een kniebrace, voorgeschreven door de orthopedisch chirurg als benodigd ondersteuningsmateriaal tijdens de overbruggingsperiode tussen eerste poliklinische behandeling en noodzakelijke operatie, is een intrinsiek onderdeel van de hulp door of vanwege het ziekenhuis. Verzekerde heeft aanspraak op de kniebrace in het kader van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Er hoeft geen aparte aanvraag te worden ingediend bij het ziekenfonds.
RZA 2001, 21	UV-B lichttherapie, voorgeschreven door de dermatoloog en uitgevoerd in het ziekenhuis, vormt onderdeel van een medisch specialistische behandeling. Adequate protectie is een noodzakelijk onderdeel van deze behandeling. Nu de behandeling van verzekerde ook de oogleden betreft, zijn de aangevraagde contactlenzen met UV-blok een integraal onderdeel van deze behandeling.
RZA 2000, 140 CVZ 27-09-2000	Vervanging van het uitwendige deel van een blaasstimulator na 10 jaar. Omdat het hulpmiddel bestaat uit een geïmplanteerd deel en een uitwendig deel wordt de vervanging van het uitwendige deel gezien als een onderdeel van de verstrekking medisch specialistische zorg.

Het feit dat een hulpmiddel, bijvoorbeeld ingeval van ziekenhuisverplaatste verpleging ten huize van verzekerde (en niet in het ziekenhuis) wordt gebruikt betekent nog niet dat een hulpmiddel niet als een onderdeel van de medisch-specialistische behandeling kan worden aangemerkt.

RZA 2000, 143 CVZ 24-10-2000	Gebruik van een desktopsteun is een noodzakelijk onderdeel van de (na)behandeling bij een vitrectomie en daarmee onderdeel van de desbetreffende medisch specialistische zorg. Het feit dat het hulpmiddel niet in het ziekenhuis maar thuis wordt gebruikt, is hierbij niet van belang.
------------------------------------	--

De second opinion

De second opinion³⁰ is een tweede of zoveelste medische beoordeling of onderzoek door een medisch specialist bij twijfel over de diagnose of behandeling. Een second opinion die aan onderstaande voorwaarden voldoet, wordt aangemerkt als een te verzekeren prestatie (zoals een huisarts of medisch specialist die pleegt te bieden):

- Er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion;
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar;
- De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, deze houdt de regie over de behandeling;

RZA 1997, 163 CRvB 01-06-07	Een medische second opinion ten behoeve van een civiele procedure is niet voor ziekenfondsrekening. Hetgeen appellant nastreeft valt buiten de reikwijdte van de Ziekenfondswet, die immers het oog heeft op de actuele medische situatie en de in verband daarmee noodzakelijke geneeskundige verzorging.
RZA 2002, 79 Rb Maastricht 10-01-02	De second opinion is slechts gericht op de bewijsvoering in een civiele procedure en niet op enige geneeskundige behandeling van de klachten. De zorgverzekeraar komt terecht niet toe aan de vraag of toestemming dient te worden verleend.

Een verzekerde kan herhaaldelijk om een nieuwe opinie vragen. Dit houdt natuurlijk ergens op, maar waar is niet in het algemeen te zeggen. Het hangt af van de omstandigheden van het geval.

Afbakening met andere verzekerde prestaties

Er is sprake van geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, wanneer deze zorg feitelijk door of onder verantwoordelijkheid van degene, die op grond van de polis medisch-specialistische zorg mag leveren, wordt verleend. Het is niet altijd vereist dat deze zorg intramuraal wordt geleverd. Ook transmurale zorg (in de thuissituatie) kan deel uitmaken van medisch-specialistische zorg.

RZA 2003, 116 CVZ 20-5-2003	Postoperatief spoelen van de knie is een noodzakelijk en gebruikelijk onderdeel van de behandeling en kan thuis geschieden. Nu er geen sprake is van ontslag uit het ziekenhuis en de behandeling niet is overgedragen aan de huisarts vallen de kosten van handschoenen en spoelapparatuur onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg vanwege het ziekenhuis.
-----------------------------------	--

³⁰ Zaaknummer 2010022496, te vinden op de CVZ-website onder "standpunten".

RZA 2003, 38 CVZ 24-1-2003	Indien een medisch-specialistische behandeling niet intra-, maar transmuraal (thuis) plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de specialist, is sprake van medisch-specialistische zorg door of vanwege het ziekenhuis. De behandeling komt dan ten laste van het ziekenhuisbudget. Een behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de specialist als er geen ontslag uit ziekenhuis of poliklinische controle heeft plaatsgevonden en de verantwoordelijkheid voor de behandeling niet is overgedragen aan de huisarts.
RZA 2002, 155 CVZ 20-06-2002	Op zich zelf staande (niet in ziekenhuisverband plaatsvindende) diëtbegeleiding en diëtadvisering maakt geen onderdeel uit van medisch-specialistische zorg en is geen verstrekking in de zin van de Ziekenfondswet.
CVZ 17-01-2002 Zaaknummer 21044626	Neuropsychologisch onderzoek en neuropsychologische training maken onderdeel uit van medisch specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. Als het ziekenhuis deze functie niet zelf in huis heeft geldt de systematiek van wederzijdse declaratie die door ziekenhuizen wordt gehanteerd. Het ziekenfonds dient verzekerde te vrijwaren van de kosten van genoemde behandelingen.

Geriatrische revalidatie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a en g Zvw
- Artikelen 2.1, 2.4, 2.5c en 2.10 Bzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Geneeskundige zorg omvat geriatrische revalidatie (artikel 2.4, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 1 Bzv).
- Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
 2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
 - b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
 3. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan. (artikel 2.5c Bzv).
- Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, of paramedische zorg (artikel 2.10, lid 1 Bzv).

Per 1 januari 2013 wordt de geriatrische revalidatie onder de te verzekeren prestaties Zvw gebracht en uit de aanspraken op grond van de AWBZ verwijderd. Het gaat hier om een maatregel die door vorige kabinetten in gang is gezet. Ook het CVZ heeft in zijn pakketadvies 2007 geadviseerd de geriatrische revalidatie uit de AWBZ over te hevelen naar de Zvw. Doel van de overheveling naar de Zvw is het verbeteren van de geriatrische revalidatie door een betere aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en geriatrische revalidatie.

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven participeren. Deze zorg wordt thans vrijwel uitsluitend intramuraal geleverd door instellingen die zorg verlenen op het terrein van de verpleging en persoonlijke verzorging, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Geriatrische revalidatie onderscheidt zich in zorginhoud en cliëntgroep van de medisch-specialistische revalidatie, die al onderdeel uitmaakt van de Zvw-prestaties. Die revalidatie vindt plaats onder leiding van een revalidatiearts in gespecialiseerde centra en ziekenhuizen.

De gemiddelde duur van een geriatrische revalidatiebehandeling was in 2011 42 dagen.

Net als in de andere in het Besluit zorgverzekering omschreven zorg is de formulering «plegen te bieden» gebruikt. Bij de geriatrische revalidatie gaat het om integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. Zoals in de nota van toelichting op het Besluit zorgverzekering is aangegeven, betekent het noemen van deze beroepsbeoefenaren niet dat deze zorg ook door hen geleverd moet worden. Het opnemen van een beroepsgroep kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Wie de zorg voor rekening van de zorgverzekering levert, is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en verzekerde. Zij maken daar samen afspraken over in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere, ook niet in het Besluit zorgverzekering genoemde beroepsbeoefenaren zijn. Dat zijn ook vaak instellingen. Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Overigens bestaat dit specialisme pas sinds 1 januari 2009 en is dit specialisme in de plaats gekomen van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialisten ouderengeneeskunde genoemd.

In het eerste lid zijn de termen kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit gebruikt. Er is sprake van kwetsbaarheid indien er een gelijktijdige afname is op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk (bron: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010). Er is sprake van complexe multimorbiditeit indien de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps leidt tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht (Bron: Rapport van de Gezondheidsraad van 22 januari 2008 «Ouderdom komt het gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit», publicatienummer 2008/01).

Voorts regelt het eerste lid dat de zorg gericht moet zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Onder de thuissituatie valt ook wonen in een verzorgingshuis, maar niet in een instelling zoals een verpleeghuis. Dat volgt uit het tweede lid, onderdeel a.

In het tweede lid zijn de cumulatieve voorwaarden voor de geriatrische revalidatie geregeld. Deze zijn dat de geriatrische zorg moet aansluiten op het verblijf in het ziekenhuis en dat de verzekerde vóór de ziekenhuis-opname niet in een verpleeghuis verbleef (onderdeel a). Bovendien moet de geriatrische revalidatie bij aanvang gepaard gaan met verblijf (onderdeel b). Deze laatste voorwaarde kan mogelijk op termijn komen te vervallen indien de zorg op basis van cliëntenkenmerken en zorgpaden geleverd kan worden. Voor de terminologie met betrekking tot het ziekenhuisverblijf is aangesloten bij hetgeen in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering is geregeld.

Voor de terminologie met betrekking tot het verblijven in een verpleeghuis is aangesloten bij artikel 15 van het Besluit zorgafspraken AWBZ, namelijk dat er sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling.

Als de geriatrische revalidatie start, is er geen indicatie meer voor het verblijf in een ziekenhuis. De cliënt kan nog wel onder controle van de medisch-specialist zijn en de dbc voor de ziekenhuiszorg hoeft dus nog niet te zijn afgesloten. Wel is de behandeling

voor de aandoening waarvoor geriatrische revalidatie is aangewezen aan de specialist ouderengeneeskunde overgedragen.

In het derde lid is geregeld dat de duur van de zorg beperkt is tot maximaal zes maanden. Het kan daarbij gaan om een klinische of poliklinische behandeling of een dagbehandeling. Bij uitzondering kan de geriatrische revalidatie meer tijd in beslag nemen. In dat geval kan de zorgverzekeraar een periode langer dan zes maanden toestaan.

Voor cliënten die op 1 januari 2013 geriatrische revalidatie ontvangen die al in 2012 gestart was, geldt eveneens dat de geriatrische revalidatie met ingang van 1 januari 2013 voor rekening van de zorgverzekering komt. De maatregel heeft dus onmiddellijke werking.

Veel gestelde vragen met antwoorden

Is proefverlof mogelijk als de cliënt geriatrische revalidatiezorg ontvangt? Waar ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg tijdens proefverlof?

De zorgaanbieder kan een afwezigheidsdag registreren als een cliënt met proefverlof gaat.

De definitie van afwezigheidsdag is als volgt: de dag, niet zijnde de ontslagdag, voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in het ziekenhuis dan wel verpleeghuis verblijft, wordt niet als verpleegdag maar als afwezigheidsdag aangemerkt. Het betreft een - veelal geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen. Verzekerde blijft tijdens het proefverlof onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde, de zorg wordt geregeld en betaald vanuit de instelling.

Indien er sprake is van een indicatie voor GRZ, maar verzekerde tegen advies in zelf besluit om naar huis te gaan, kan GRZ dan in een latere fase nog ingaan?

Een essentieel kenmerk van de aanspraak op GRZ is de noodzaak tot intramurale GRZ. Als een cliënt tegen het advies in zelf besluit om naar huis te gaan is er geen aanspraak meer op GRZ. De geriatrische revalidatiezorg vindt dan immers niet aansluitend aan ziekenhuisopname plaats. In deze bijzondere gevallen kan de verzekerde contact opnemen met de zorgverzekeraar om mogelijke oplossingen te vinden.

Is opname in het verpleeghuis voor het instellen van medicatie onder verantwoordelijkheid van de neuroloog, bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson, geriatrische revalidatiezorg?

Het instellen op medicatie bij de ziekte van Parkinson valt niet onder de GRZ. Verzekerde voldoet niet aan de cumulatieve voorwaarden van de aanspraak op GRZ. De verantwoordelijkheid voor het instellen van Parkinson medicatie ligt bij de neuroloog en vindt veelal ambulant plaats. Al of niet in combinatie met extramurale fysiotherapie en/of ergotherapie. Ook is dagbehandeling binnen de AWBZ mogelijk.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Geneeskundige GGZ omvat eerstelijnspsychologische zorg en specialistische GGZ.

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a en g Zvw
- Artikelen 2.1, 2.4, 2.10 en 2.16 Bzv
- Artikelen 2.1 en 2.30 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 1 Bzv).
- Eerstelijnspsychologische zorg omvat ten hoogste vijf zittingen per kalenderjaar (artikel 2.4, lid 1, sub d Bzv).
- Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, of paramedische zorg (artikel 2.10, lid 1 Bzv).

Geneeskundige GGZ is zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis. Het gaat hierbij om eerstelijns- en specialistische GGZ en opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ). De zorgpolis geeft aan bij welke zorgverlener iemand terecht kan. Voor de in rekening gebrachte kosten geldt het verplichte eigen risico. Een deel van de GGZ (zorg die niet geneeskundig van aard is) valt onder de AWBZ.

Geneeskundige GGZ is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening).

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

Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar.

Geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding

29124129 CVZ 14-12-2009	Het CVZ verduidelijkt wat onder geneeskundige GGZ valt. Met dit standpunt geeft het CVZ de grens aan tussen geneeskundige GGZ onder de Zvw en begeleiding onder de AWBZ. Geneeskundige GGZ omvat zorg, die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis, waaronder begrepen het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel.
-------------------------------	---

	Het CVZ geeft aan, mede aan de hand van voorbeelden, wanneer begeleidingsactiviteiten onderdeel zijn van geneeskundige zorg (Zvw) en wanneer naast een ambulante psychische behandeling begeleiding in het kader van de AWBZ aan de orde is.
--	--

Tot het pakket van de Zvw behoort in beginsel alle geneeskundige GGZ, als onderdeel van de prestatie geneeskundige zorg. Wel kan de omvang van de zorg wettelijk beperkt zijn. Te verzekeren prestaties zijn:

- geneeskundige GGZ zonder verblijf;
- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige GGZ.

Zorg kan tot het te verzekeren pakket van de Zvw behoren als het zorg betreft 'zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen plegen te bieden' en als deze zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

29131764 CVZ 16-11-2009	<p>Neurofeedback bij de behandeling van kinderen met ADHD is geen te verzekeren prestatie (herbeoordeling)</p> <p>In 2008 heeft het College in zijn Pakketadvies 2008 geadviseerd dat het toepassen van neurofeedback bij de behandeling van ADHD en epilepsie niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hetzelfde geldt volgens dit Pakketadvies voor de toepassing van neurofeedback bij angststoornissen, autisme/autistiforme stoornissen, tinnitus en psychische of fysieke problematiek.</p> <p>Het Nederlands Instituut van Psychologen heeft een drietal aanvullende studies ter beoordeling voorgelegd. Deze studies betreffen de behandeling van kinderen met ADHD middels neurofeedback. Het College heeft deze studies bestudeerd alsmede een aanvullende literatuursearch verricht naar dit onderwerp. Op basis hiervan concludeert het College dat de toepassing van neurofeedback bij de behandeling van ADHD bij kinderen niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet.</p>
2010043894 CVZ 23-03-2010	<p>Psychoanalyse behoort niet en langdurige psychoanalytische psychotherapie behoort wel tot een te verzekeren prestatie Zvw</p> <p>Mede op basis van de resultaten van een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het CVZ, neemt het CVZ een standpunt in over psychoanalyse (PA) en langdurige psychoanalytische psychotherapie (LPPT). Beoordeling van deze twee zorgvormen vindt plaats aan de hand van de wettelijke criteria: 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Op grond van de toetsing aan de twee wettelijke criteria komt het CVZ tot de conclusie dat PA niet en LPPT wel behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.</p> <p>Dit betekent dat de behandeling psychoanalyse geen onderdeel meer is van het basispakket. Nieuwe behandelingen kunnen niet ten laste van de Zvw starten. Lopende psychoanalyses kunnen wel voor rekening van de Zvw voortgezet en afgerond worden.</p>

Binnen de geneeskundige GGZ is onderscheid tussen eerstelijnspsychologische zorg en tweedelijnsGGZ (ook genoemd gespecialiseerde of specialistische GGZ). Psychosociale hulp valt niet onder de geneeskundige GGZ. Bij deze hulp is namelijk geen sprake van een stoornis (ziekte), waarvoor geneeskundige zorg nodig is.

Uitdrukkelijk is geregeld dat behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen geen onderdeel is van de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.1 Rzv). Dit geldt dus zowel voor de eerstelijnspsychologische zorg als voor de specialistische GGZ.

Het gaat om de zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die de arts of andere hulpverlener gebruikt bij het verlenen van geneeskundige zorg. Bijvoorbeeld genees-, verband- en hulpmiddelen. Het gaat dan om het gebruik van die middelen in de praktijk van de hulpverlener of in de instelling waaraan de hulpverlener is verbonden als onderdeel van geneeskundige zorg. Krijgt de verzekerde een voorschrift mee voor bijvoorbeeld een geneesmiddel, dan valt deze zorg onder farmaceutische zorg. Onderdeel van geneeskundige zorg is ook het daarbij behorende laboratorium- en ander onderzoek, zoals een ECG. Alle onderzoek waarvoor de behandelaar opdracht geeft, is onderdeel van zijn behandeling.

<p>Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1) <i>Wat is nu verzekerde zorg en wat niet</i> 06-04-2012</p>	<p>Niet te verzekeren geneeskundige GGZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hulp bij werk- en relatieproblemen; • de behandeling van aanpassingsstoornissen; • psychosociale hulp; • zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie; behandeling van ernstige dyslexie is wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ; • zorg bij verstandelijke beperking; wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ, daarnaast is AWBZ-zorg mogelijk; • zelfhulp; • het toeleiden naar zorg; • preventie en dienstverlening; • bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation); onvoldoende bewijs voor effectiviteit van de interventie; • psychologische hulp in verband met somatische aandoeningen. <p>De geneeskundige GGZ die wel onder de Zvw valt, omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • huisartsgeneeskundige zorg, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische klachten en psychische stoornissen, geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en bij problematisch alcoholgebruik; • eerstelijnspsychologische zorg, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische stoornissen (enkelvoudig, niet complex), geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en bij problematisch alcoholgebruik; • specialistische GGZ, inclusief diagnostiek. Dit betreft psychische stoornissen (complex); farmaceutische zorg.
---	--

Eerstelijns psychologische zorg

Bij eerstelijns psychologische zorg is sprake van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische stoornissen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Preventie is te onderscheiden in universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele preventie en selectieve preventie behoren niet tot het basispakket. Zorggerelateerde preventie kan onderdeel zijn van een behandeling en behoort dan tot het verzekerde pakket. Tot de eerstelijnspsychologische zorg (en ook tot de huisartsenzorg) behoort geïndiceerde preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van een paniekstoornis. Preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van een paniekstoornis voor een bepaalde hoog risicogroep is een onderdeel van de geneeskundige GGZ en is te verzekeren zorg in de Zvw. Hoog risicogroep voor geïndiceerde preventie van depressie is omschreven als personen met een subklinische depressie (één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen) en voor geïndiceerde preventie van problematisch alcoholgebruik als personen die meer drinken dan verantwoord is, maar daarbij nog niet voldoen aan de criteria van een stoornis in alcoholgebruik. Voor geïndiceerde preventie van een paniekstoornis zijn dit personen met een subklinische paniekstoornis. Geïndiceerde preventie van andere psychische stoornissen is geen verzekerde zorg. Programma's voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en voor mantelzorgers zijn geen geïndiceerde maar selectieve preventie, en zijn dus geen verzekerde zorg.

28043947 CVZ 22-09-2008	Rapport Preventie van depressie: verzekerde zorg?
28012202 CVZ 29-06-2009	Rapport Preventie van problematisch alcoholgebruik
29093564 CVZ 25-08-2009	Preventie van angststoornissen Het CVZ heeft beoordeeld of en welke interventies ter voorkoming van angststoornissen behoren tot het te verzekeren basispakket. Uit de achtergrondrapportage "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk: Preventie van angststoornissen" blijkt dat er onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Hiermee voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op grond hiervan concludeert het CVZ dat preventieve interventies ter voorkoming van angststoornissen niet behoren tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.
2011049112 CVZ 27-06-2011	Preventie van angststoornissen (paniekstoornis) Het CVZ heeft het standpunt over preventie van angststoornissen uit 2009 herbeoordeeld. Uit de achtergrondrapportage blijkt dat er voor paniekstoornissen voldoende wetenschappelijk bewijs is

	<p>voor de effectiviteit van preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De preventieve interventie voor paniekstoornissen voldoet daarmee aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor de preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek van voldoende niveau.</p> <p>Het CVZ concludeert dan ook dat preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.</p>
--	--

Een verzekerde heeft recht op een vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg tot maximaal 5 zittingen per kalenderjaar. De tarieven voor eerstelijnspsychologische zorg zijn vrij.

Per zitting betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 20. Voor een internetbehandeltraject geldt een eigen bijdrage van € 50.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische stoornissen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Voor ernstigere psychische problemen kan een verzekerde terecht bij specialistische GGZ-aanbieders, zoals psychiaters, psychotherapeuten en GGZ-instellingen (psychiatrisch ziekenhuis/RIAGG). Een behandelvorm is bijvoorbeeld psychotherapie. De financiering van de tweedelijns geneeskundige GGZ gebeurt op basis van DBC's GGZ. Ook chronische psychische zorg kan onderdeel zijn van geneeskundige zorg.

Als een behandelaar naast zijn behandeling ook begeleiding nodig acht op het niveau van een behandelaar dan dient multidisciplinaire zorg te worden ingezet. Begeleiding vanuit de AWBZ behoort dan niet tot de mogelijkheden.

Verblijf in een GGZ-instelling

Soms is opname in een GGZ-instelling medisch gezien noodzakelijk voor de geneeskundige zorg die een verzekerde nodig heeft. Bijvoorbeeld opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een verslavingsinstelling of een PAAZ. Zolang de opname korter duurt dan één jaar (365 dagen), vallen de kosten volledig onder de dekking van de zorgverzekering. Duurt een opname langer dan 365 dagen, dan komen de kosten vanaf de 366e dag ten laste van de AWBZ-verzekering.

Verblijf in een GGZ-instelling omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waarin ook begeleiding zit. Verblijf omvat daarnaast het eten en drinken en het schoonmaken van de kamer. Verzekerden die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruikmaken. Deze daginvulling valt ook onder het verblijf ten laste van de Zvw. Tijdens het verblijf (ten laste van de Zvw) is AWBZ-zorg niet mogelijk.

Het verblijf in combinatie met geneeskundige GGZ kan ook verpleging, verzorging of paramedische zorg omvatten. Verpleging en verzorging in verband met een somatische aandoening valt hier ook onder. De paramedische zorg bij het verblijf is beperkt tot de

zorg die nodig is in het kader van de behandeling waarvoor het verblijf medisch noodzakelijk is, in dit geval in verband met een psychische stoornis. Tijdens verblijf heeft de verzekerde aanspraak op geneeskundige zorg, zoals algemeen geneeskundige zorg (huisartsenzorg), maar ook genees-, verband- en hulpmiddelen. De verstrekte medicijnen maken dus onderdeel uit van de geneeskundige zorg die de instelling levert. Dat geldt ook voor medicijnen die worden toegediend in verband met een andere aandoening dan waarvoor het verblijf is aangewezen.

Voor de bepaling van de 365 dagen tellen de dagen mee die een verzekerde doorbrengt in bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis en in een psychiatrisch ziekenhuis. Het verblijf is bepalend en niet de reden van opname (diagnose). Als er tussen twee opnames minder dan 31 dagen ligt, dan worden de opnameperiodes samengeteld voor het bepalen van de 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Als een verzekerde vanuit een AWBZ-instelling (waar geen behandeling voor een psychische stoornis plaats vond) wordt overgeplaatst naar bv. een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ voor behandeling van een psychische stoornis dan is vanaf de dag van opname in dit psychiatrische ziekenhuis of PAAZ het verblijf ten laste van de Zvw.

Aanspraak op geneeskundige GGZ en AWBZ-zorg

Een verzekerde kan recht hebben op geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw- en ook op AWBZ-zorg. Een persoon kan bijvoorbeeld begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening (ten laste van de AWBZ) ontvangen en gelijktijdig een psychiatrische behandeling (geneeskundige GGZ) nodig hebben.

Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig.

Activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist, moeten worden gerekend tot de functie begeleiding in de AWBZ. Als voorbeeld geldt het oefenen en inslijpen van gedrag dat tijdens een behandeling is aangeleerd. Het aanleren van bepaald gedrag is onderdeel van de psychiatrische behandeling (Zvw), het oefenen en inslijpen is AWBZ-begeleiding. Voor AWBZ-begeleiding is géén specifieke deskundigheid vereist op het niveau van de behandelaar, er ligt geen medisch behandelplan aan ten grondslag en er is ook geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig. Het gaat dan om begeleiding die gericht is op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde.

<p>29124129 CVZ 14-12-2009</p>	<p>Geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding Het CVZ verduidelijkt wat onder geneeskundige GGZ valt. Met dit standpunt geeft het CVZ de grens aan tussen geneeskundige GGZ onder de Zvw en begeleiding onder de AWBZ. Geneeskundige GGZ omvat zorg, die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis, waaronder begrepen het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel.</p>
--	--

	Het CVZ geeft aan, mede aan de hand van voorbeelden, wanneer begeleidingsactiviteiten onderdeel zijn van geneeskundige zorg (Zvw) en wanneer naast een ambulante psychische behandeling begeleiding in het kader van de AWBZ aan de orde is.
--	--

Ook is denkbaar dat iemand die verblijft in een instelling (ten laste van de AWBZ) is aangewezen op een ambulante psychiatrische behandeling. Bijvoorbeeld iemand die in verband met een somatische aandoening in een verpleeghuis of in verband met een psychiatrische aandoening beschermd woont. De ambulante psychiatrische behandeling komt dan ten laste van de Zvw.

Verpleging

Let op: dit hoofdstuk bevat de gewijzigde regelgeving per 1 januari 2009. De regelgeving tot 1 januari 2009 is terug te vinden in de Kennisbundel september 2007, versie 9, via www.cvz.nl.

Relevante regelgeving:

Verpleging en 'de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' zijn in de Zvw beschreven in de artikelen 2.4 Bzv, 2.10 Bzv en 2.11 Bzv.

Artikel 2.4 Bzv

Artikel 2.4 Bzv definieert de geneeskundige zorg binnen de Zvw. Verpleging wordt in dit artikel niet expliciet genoemd, maar is vervat in de activiteiten die verpleegkundigen (van oudsher) doen in het kader van een geneeskundige behandeling. Denk bijvoorbeeld aan het wegen van een patiënt, het opnemen van de bloeddruk of het injecteren van een medicijn. Daarnaast kunnen verpleegkundigen taken overnemen van beroepsbeoefenaren die expliciet genoemd worden in artikel 2.4 Bzv, zoals huisartsen en medisch-specialisten. Praktijkverpleegkundigen of nurse-practioners nemen immers gaandeweg zowel taken van de huisarts als van de medisch specialist over. In de huisartsenpraktijk begeleiden en behandelen ze bijvoorbeeld specifieke groepen voor onder andere diabetes, astma of hartfalen.

Artikel 2.10 en 2.11 Bzv

Indien er sprake is van verpleging in verband met medisch-specialistische zorg, valt deze onder de Zvw. Dit geldt indien er sprake is van verblijf (artikel 2.10 Bzv) en indien verblijf niet aan de orde is (artikel 2.11 Bzv).

Artikel 2.10 Bzv

In artikel 2.10 Bzv is de verpleging geregeld *die aangewezen is bij verblijf in een instelling*.

Artikel 2.11 Bzv

Artikel 2.11 Bzv luidt als volgt :

1. *Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.*
2. *Zorg bedoeld in lid 1 omvat niet verpleging, noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatief terminale zorg.*

Artikel 2.11, lid 1 Bzv

Artikel 2.11 Bzv regelt de verpleging aanvullend op de verpleging in artikel 2.10 Bzv. Op grond van artikel 2.11, lid 1 Bzv behoort de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, *zonder dat sprake is van verblijf*, tot de zorg die valt onder de Zvw. Artikel 2.11 Bzv omschrijft deze zorg als de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Artikel 2.11 Lid 2 Bzv -Thuisbeademing en palliatief terminale zorg

Lid 2 van artikel 2.11 Bzv is per 1 januari 2009 opgenomen op advies van het CVZ. Verpleging in verband met thuisbeademing en palliatief terminale zorg valt weliswaar onder de omschrijving van lid 1, maar komt toch ten laste van de AWBZ. Uit de uitvoeringspraktijk kwam namelijk een aantal problemen naar voren. De doelgroep waar het om gaat, regelde verpleging in verband met thuisbeademing en palliatief terminale zorg meestal met behulp van een persoonsgebonden budget (PGB) ten laste van de AWBZ. Bij thuisbeademing is de verpleging niet planbaar, is er naast de verpleging bij deze groep mensen altijd sprake van een omvangrijke vraag naar andere AWBZ-zorg en

betreft het steeds langdurige zorg. Na invoering van de Zvw viel verpleging in verband met thuisbeademing onder de dekking van de Zvw en kon daardoor niet ten laste van de AWBZ komen, en dus ook niet geregeld worden via een PGB.

Bij palliatief terminale zorg is vaak sprake van complexe zorgsituaties. De verzekerde is in veel gevallen objectief aangewezen op verblijf in het ziekenhuis, maar wordt op grond van de heersende maatschappelijke overtuiging de mogelijkheid geboden zijn laatste dagen thuis door te brengen. Ook hier speelt dat de verzekerde soms deels aangewezen is op verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld in verband met epidurale pijnbestrijding), en deels op veel AWBZ-zorg. Het splitsen van de zorg in een deel dat bekostigd wordt uit de Zvw en een deel dat bekostigd wordt uit de AWBZ brengt veel regelwerk met zich mee en bemoeilijkt integrale zorgverlening aanzienlijk. Zeker voor deze doelgroep is dat een ongewenste situatie.

Deze overwegingen hebben geleid tot lid 2 in artikel 2.11 Bzv.

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

In dit rapport is het CVZ ingegaan op de inhoud en omvang van het begrip verpleging en heeft het aangegeven hoe de afbakening loopt tussen Zvw- en AWBZ-verpleging. Verpleging komt in beide wetten voor en het is niet volstrekt duidelijk of er inhoudelijke verschillen zijn, afhankelijk van de wet waarin het begrip gebezigd wordt. Dit geldt vooral voor de 'verpleging in de eigen omgeving'. Ook is de regelgeving niet volledig helder over de afbakening. Inhoudelijk en op basis van de systematiek van de Zvw zou verpleging in de eigen omgeving volledig onder de Zvw kunnen vallen. Daarbij speelt ook dat sinds 1 januari 2006 de Zvw voorliggend is aan de AWBZ. De afbakening loopt nu als volgt (hierbij speelt ook de historische plaatsbepaling van de verpleging in de eigen omgeving binnen de AWBZ een rol):

- verpleging in de eigen omgeving in verband met medisch-specialistische zorg valt onder de Zvw (artikel 2.11 Bzv);
- verpleging in de eigen omgeving in verband met huisartsenzorg valt onder de AWBZ.

'In verband met medisch-specialistisch zorg', zoals verwoord in artikel 2.11 Bzv, interpreteert het CVZ als volgt :

- de medisch-specialist is de enige behandelaar (alle zorg vindt plaats onder zijn/haar verantwoordelijkheid) en/of
- de medisch-specialist is de enige die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen en/of
- het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch-specialist behoren en waarvoor de medisch-specialist dan ook in de regel opdracht geeft.

Voorbeelden:

- Nazorg, zoals de eerste wondcontrole na een operatie, valt onder de AWBZ.
- Voor persoonlijke verzorging thuis bestaat geen aanspraak op de Zvw; deze komt ten laste van de AWBZ.
- De zorg en begeleiding die als integraal onderdeel van een revalidatietraject vanuit een revalidatiecentrum nodig is valt ook onder de Zvw. Het maakt onderdeel uit van de integrale behandeling door de revalidatiearts (RZA 2005, 11).

Haemodialyse

Haemodialyse behoort tot de medisch specialistische zorg.

De verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met deze zorg, behoort op grond van artikel 2.11 Bzv tot de Zvw.

Relevante jurisprudentie

CVZ 21-09-2006 Zaaknummer 26003647	Ondersteunende begeleiding en verpleging bij chronische beademing tijdens vervoer.
RZA 2004, 100 CVZ, 26-4-2004	De assistentie bij thuisdialyse vormt een integraal onderdeel van de totale behandeling in het kader van de verstrekking niet-klinische haemodialyse. Deze assistentie valt dus niet onder de functie verpleging, noch onder de andere AWBZ-zorg.

Mechanische beademing

Let op: dit hoofdstuk bevat de gewijzigde regelgeving per 1 januari 2009. De regelgeving tot 1 januari 2009 is terug te vinden in de Kennisbundel september 2007, versie 9, via www.cvz.nl.

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a Zvw
- Artikel 2.1 en 2.4 Bzv

De eerder op de Ziekenfondswet en het daarbij behorende Verstrekkingenbesluit gebaseerde verstrekking 'chronisch intermitterende beademing' valt thans onder de te verzekeren prestatie "geneeskundige zorg" en is niet afzonderlijk als verzekerde prestatie in wet of besluit geregeld. In de goedgekeurde modelpolissen wordt hier wel expliciet melding van gemaakt onder de aanduiding 'mechanische beademing'.

Omschrijving te verzekeren prestatie:

De verzekerde heeft recht op (kostenvergoeding van) noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit

- a) het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b) de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Indien een verzekerde in een elektrische rolstoel zit is een ophangbeugel voor beademingsapparatuur en het monteren daarvan op de rolstoel noodzakelijk. De vraag doet zich dan voor wiens rekening de kosten hiervan komen. Het CVZ heeft hierover het standpunt ingenomen (zie ook www.cvz.nl) dat zowel de ophangbeugel als de montage daarvan behoren tot het gebruiksklaar maken van de beademingsapparatuur. De kosten behoren dan ook toegerekend te worden aan het budget van het beademingscentrum dat de geneeskundige zorg (in de vorm van beademingsapparatuur) levert.

Pakketadvies 2008

Het CVZ heeft in het Pakketadvies 2008 de aanbeveling aan de minister gedaan om verpleging die noodzakelijk is in verband met de thuisbeademing of met palliatief terminale zorg uit te sluiten van artikel 2.11 Bzv. Naar aanleiding hiervan is per 1 januari 2009 een lid 2 aan artikel 2.11 Bzv toegevoegd; hierin is specifiek bepaald dat zorg bedoeld in lid 1 niet omvat verpleging, noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatief terminale zorg. Deze zorg valt onder de AWBZ-aanspraak. Meer hierover staat in het hoofdstuk "Verpleging".

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door

hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Overzicht eerdere relevante jurisprudentie:

RZA 2006, 1 CVZ 20-12-2005	Hoestmachine valt onder aanspraak op chronisch intermitterende beademing. Beademing is het kunstmatig ventileren van de longen. Ook bij toepassing van een hoestapparaat worden de longen met extra kracht geventileerd om het sputum te mobiliseren, hetgeen nodig is voor een goede ademhaling. De hoestmachine kan aangemerkt worden als apparatuur, die voor de chronisch intermitterende beademing nodig is, met name wanneer de ademhaling wat betreft het hoesten onvoldoende is.
RZA 2001, 47 CVZ 26-04-2001	Stroomkosten maken deel uit van de verstrekking chronische intermitterende beademing thuis.
RZA 1998, 161 ZFR, 16-10-1998	Aanspraak op BiPAP apparatuur als onderdeel van de verstrekking chronische intermitterende beademing.

Revalidatiezorg

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a Zvw
- Artikel 2.1 en 2.4 Bzv
- Artikel 2.1 Rzv
- Artikel 2, eerste lid, onder I AWBZ
- Artikel 14 BZA

De eerder op de Ziekenfondswet en het daarbij behorende Verstrekkingenbesluit gebaseerde verstrekking 'Revalidatiezorg' valt in de nieuwe Zvw onder het recht op "geneeskundige zorg" en is niet afzonderlijk als te verzekeren prestatie in wet of besluit geregeld.

Omschrijving te verzekeren prestatie

Onder revalidatiezorg wordt verstaan:

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Revalidatie vindt plaats:

1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname (tot een maximum van 365 verpleegdagen), mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
2. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarden voor verzekerde prestatie; indicatievereisten:

Recht op revalidatie bestaat, uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- en de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, derde lid Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen is. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerste lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Oncologische revalidatie

Oncologische revalidatie is onderdeel van oncologische zorg en daarmee van geneeskundige zorg. Het is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Oncologische revalidatie is daarmee

aan te merken als te verzekeren zorg Zvw. Oncologische revalidatieprogramma's als Herstel en Balans zijn niet aan te merken als te verzekeren zorg. Er is nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit van programma's die een fysiek deel combineren met een psychosociaal deel en zich beperken tot één bepaalde fase van kanker.

Relevante jurisprudentie:

<p>CVZ 19 mei 2010</p>	<p>Het betreft een aanvraag voor intramurale revalidatiebehandeling in Villa Cento Passi na een electieve heupoperatie in het Jan Palfijnziekenhuis te Gent (België). Het geschil spitst zich toe op de vraag naar vergoeding van de "revalidatie" zoals dat in België postoperatief (vanaf de derde dag) wordt aangeboden in plaats van in Nederland gebruikelijke postoperatieve revalidatie van gemiddeld vijf tot zeven dagen in het ziekenhuis.</p> <p>Er is sprake van internationale evidence dat patiënten bij electieve heupoperaties gemiddeld na vijf dagen (bij groepsgewijze behandeling) op de been zijn en naar huis kunnen worden ontslagen. Hierop zijn zorgketens electieve orthopedie ook gebaseerd. Aansluitend kan worden volstaan met extramurale fysiotherapie.</p> <p>De zorg die verzoeker heeft gekregen in Villa Cento Passi kan beschouwd worden als onderdeel van reguliere postoperatieve zorg welke onlosmakelijk is verbonden aan een electieve heupoperatie inclusief de fysiotherapie en orthopedische postoperatieve wondzorg. Het kader is het Nederlandse DBC tarief electieve heupoperatie waarbinnen dit als een geheel wordt vergoed.</p> <p><i>Conclusie</i> Er is geen sprake van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of de polisvoorwaarden. De zorg welke verzoeker heeft gekregen hoort onlosmakelijk bij de operatieve orthopedische ingreep electieve heupprothese en is daarmee te beschouwen als onderdeel van de medisch specialistische orthopedische zorg welke binnen de reguliere DBC electieve heupprothese valt.</p>
<p>CVZ 10 mei 2008</p>	<p>Er is nader onderzoek nodig naar de specifieke omstandigheden van verzekerde om te kunnen beoordelen of verzekerde redelijkerwijs op klinische revalidatie is aangewezen. Voor de beoordeling of verzekerde redelijkerwijze is aangewezen op revalidatiezorg in de klinische setting kunnen de criteria van de WPN en de VRA als leidraad dienen.</p>

<p>CVZ standpunt 27-11-2007</p> <p>Zaaknummer 27056606 (CVZ-website onder "standpunten")</p>	<p>Revalidatiezorg valt onder het recht op geneeskundige zorg. Hieronder wordt verstaan: onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een toegelaten instelling voor revalidatie.</p> <p>De toepassing van de Zorgverzekeringswet is niet beperkt tot zorg binnen de grenzen van Nederland. Tevens is het onderscheid tussen intra- en extramurale zorg binnen de Europese Unie verdwenen. Een verzekerde kan dus in principe in aanmerking komen voor zorg in het buitenland, mits de behandeling voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.</p> <p>Behandeling in het Adeli revalidatiecentrum in Slowakije voldoet niet aan dit criterium en kan niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie.</p>
<p>RZA 2005/39 CRvB 01-12-2004, 03/171 ZFW</p>	<p>Kuurprogramma is geen vorm van revalidatie.</p> <p>Het kuurprogramma in Oostenrijk kan niet als een vorm van revalidatie beschouwd worden, omdat er geen sprake is van onderzoek, behandeling en advisering door een aan het kuurcentrum verbonden multidisciplinair team van deskundigen.</p> <p>Eveneens kan het ondergane kuurprogramma niet worden aangemerkt als medisch-specialistische zorg. (<i>Red.</i> Dit is het hoger beroep van RZA 2003, 48).</p>
<p>RZA 2004, 174 CVZ 24-09-2004</p>	<p>Voorop staat dat afvallen, ook bij ernstige obesitas, op zichzelf geen indicatie oplevert voor revalidatiezorg. In gevallen als die van verzekerde is een geïntegreerde multidisciplinaire behandeling aangewezen. Deze kan gerealiseerd worden doordat de behandelend specialist zijn (poliklinische) behandeling laat ondersteunen door bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een psycholoog en een diëtist.</p> <p>In het kader van de revalidatiegeneeskunde is het algemeen aanvaard om bepaalde behandelingen in een klinische setting te laten plaatsvinden, omdat alleen dan pathologische psychosociale gedragspatronen doorbroken kunnen worden en nieuw gedrag kan worden aangeleerd. In gevallen als die van verzekerde kan op basis van een toetsbaar behandelplan voor een klinische setting worden gekozen.</p> <p>Zonder dat een toetsbaar voorstel voor de behandeling van verzekerde is voorgelegd, kan nog geen beslissing worden genomen.</p>
<p>RZA 2004/135 CRvB 20-07-2004</p>	<p>Gebruikelijkheidsvereiste geldt ook voor revalidatietherapie.</p> <p>Bij een behandeling in het kader van revalidatie kan slechts van een verstrekking sprake zijn, indien die behandeling gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten is. Eerst dan kan een behandeling immers aangemerkt worden als doelmatig.</p> <p>Intensieve neurostimulatietherapie is door internationale medische wetenschap niet voldoende beproefd en deugdelijk bevonden (vervolg op RZA 1999, 108, RZA 2001, 115 en RZA 2002, 15).</p>

<p>RZA 1999/92 Cie. Beroepszaken Zfr. 19-4-1999</p>	<p>Orshof Revalidatie Centrum; geen ziekenfondsverstrekking en evenmin AWBZ-zorgaanspraak.</p> <p>Het programma van Orshof Revalidatie is blijkens de 'Informatie voor zorgverzekeraars' gebaseerd op het doorbreken van chronisch disfunctioneren. Het gaat daarbij kennelijk in het bijzonder om geestelijke revalidatie.</p> <p>De hulp behoort niet tot de revalidatiezorg van de AWBZ en evenmin tot de voor ziekenfondsrekening te verlenen aanspraak op revalidatiezorg gedurende het eerste jaar.</p>
<p>RZA 1997/98 CRvB 14-3-1997</p>	<p>Kosten in verband met BIBIC-therapie ter behandeling van het syndroom van Little.</p> <p>De rechtsvoorganger van het ziekenfonds heeft geweigerd de kosten of een gedeelte daarvan ten laste van de ZFW dan wel van de AWBZ te brengen. De rechtbank te Breda is tot de conclusie gekomen dat de BIBIC-therapie geen verstrekking is in de zin van de ZFW en evenmin een zorgaanspraak als bedoeld in de AWBZ.</p> <p>De Raad kan zich geheel verenigen met het in de uitspraak weergegeven oordeel van de rechtbank.</p>

Audiologische zorg

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.4 Bzv

De eerder op de Ziekenfondswet en het daarbij behorende Verstrekkingenbesluit gebaseerde verstrekking "Hulp door een audiologische centrum" valt in de nieuwe Zvw onder het recht op "geneeskundige zorg" en is niet afzonderlijk als verzekerde prestatie in wet of besluit geregeld

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Onder Audiologische zorg wordt in de ZN-polis verstaan:

- onderzoek van de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen

In een audiologisch centrum wordt de zorg verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. Onderzoek van de gehoorfunctie is zeer breed. Dit kan zowel audiologisch als medisch van aard zijn. Aan een audiologisch centrum zijn onder andere medisch-specialisten (kno-artsen), akoepedisten en audiologen verbonden. Daarnaast wordt er zorg verleend door deskundigen op het gebied van de logopedie, maatschappelijk werk, psychologie en techniek. Soms ook door een psycholinguïst of een spraak-/ taal-patholoog.

Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar viel in 2005 nog niet onder de aanspraak op zorg in een audiologisch centrum, maar onder de Regeling subsidies. Per 1 januari 2006 maakt deze zorg deel uit van de aanspraak op geneeskundige zorg (brief van VWS van 29 april 2005, Z/VU-2581473).

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Er bestaat alleen recht op audiologische zorg op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Verloskundige zorg en kraamzorg

Relevante regelgeving

- Artikel 10 sub f Zvw
- Artikel 2.4 Bzv
- Artikel 2.10 Bzv
- Artikel 2.12 Bzv
- Artikel 2.37 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestaties

Artikel 2.4 Bzv

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen, huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden.

Artikel 2.4, lid 1 onderdeel a, sub 2° Bzv

Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen is als een uitsluiting geformuleerd: de verzekerde heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan als het gaat om prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.

De regeling rond de prenatale screening is als volgt:

- alle zwangere vrouwen hebben aanspraak op counseling. In de counseling krijgen zij informatie over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen of zij al of niet deze screening willen ondergaan. Dan gaat het met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; 2e trimester) en om de combinatietest;
- alle zwangere vrouwen hebben aanspraak op structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap;
- alle vrouwen van 36 jaar en ouder hebben aanspraak op de combinatietest (nekplooi-meting en serumonderzoek);
- alle vrouwen onder de 36 jaar met een medische indicatie hebben aanspraak op de combinatietest.

De counseling, het SEO en de combinatietest vallen onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek voor zover zij aangeboden worden aan zwangere vrouwen, zonder dat er sprake is van een hulpvraag (medische indicatie). Omdat het gaat om onderzoek naar afwijkingen, waarvoor geen behandeling bestaat (abortus wordt niet tot de behandelingen gerekend) zijn de onderzoeken in deze gevallen vergunningplichtig. Zodra er sprake is van een 'aanbod' mogen zij alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een regionaal centrum dat een vergunning heeft. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er vanzelfsprekend geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Artikel 2.12 Bzv

Moeder en kind hebben recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

Eigen bijdrage

Bij de prestaties verloskundige zorg en kraamzorg kan de plaats waar de prestatie plaatsvindt van belang zijn met het oog op de eigen bijdrage.

1. Bevalling in het ziekenhuis: medisch noodzakelijk

Er is sprake van een bevalling in het ziekenhuis en het verblijf in dat ziekenhuis is medisch noodzakelijk in verband met de verloskundige of medisch-specialistische zorg aldaar.

De volgende prestaties zijn aan de orde:

- verblijf als bedoeld in artikel 2.10 Bzv, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg;
- verblijf vindt plaats in verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 Bzv;
- kraamzorg gedurende ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

In deze situatie wordt geen eigen bijdrage in rekening gebracht aan verzekerde.

Als de verzekerde, aansluitend aan het verblijf in het ziekenhuis, kraamzorg geleverd krijgt thuis, worden de dagen kraamzorg in het ziekenhuis verrekend met het maximale aantal beschikbare dagen.

2. Bevalling in het ziekenhuis: niet medisch noodzakelijk (poliklinische bevalling)

Er is sprake van een bevalling in het ziekenhuis en het verblijf is niet medisch noodzakelijk. De volgende prestaties zijn aan de orde:

- zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden;
- kraamzorg gedurende ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

De eigen-bijdrageregeling uit *artikel 2.37 lid 2 Rzv* is van toepassing:

Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekering, verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, betaalt zowel de moeder als het kind een eigen bijdrage van € 16 per dag die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 114,50 te boven gaat.³¹

Deze eigen bijdrage is in de regelgeving opgehangen aan de prestatie kraamzorg. De bijdrage wordt in feite geheven voor het gebruik van de verloskamer en infrastructuur in het ziekenhuis.

Deze eigen-bijdrage regeling geldt ook als de bevalling zonder medische noodzaak in een andere instelling dan het ziekenhuis plaatsvindt, bijvoorbeeld geboortecentrum. (zie *onder 4.*)

3. Bevalling en kraamzorg thuis

De volgende prestaties zijn aan de orde:

- zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden;
- kraamzorg gedurende ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

De eigen-bijdrageregeling uit *artikel 2.37 lid 1 Rzv* is van toepassing:

Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering ten huize van de verzekerde betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 4 per uur.

³¹ Alle bedragen d.d. 2012

4. Bevalling en kraamzorg in geboortecentrum – kraamcentrum – kraamhotel: niet medisch-noodzakelijk

Voor bevalling en kraamzorg gaan steeds vaker locaties als geboortecentrum, kraamcentrum en kraamhotel een rol spelen. Daarbij gaat het om situaties waarin geen indicatie bestaat voor verblijf in een ziekenhuis (artikel 2.10 Bzv). De vraag is of de eigen bijdrage uit artikel 2.37 lid 2 Rzv van toepassing is. Er is immers sprake van kraamzorg, een instelling en het ontbreken van medische noodzaak. Anderzijds geeft de functionele systematiek van de Zvw de zorgverzekeraar de vrijheid om de locatie te bepalen waar de zorg geleverd wordt. Hij kan ervoor kiezen deze instellingen te zien als alternatief voor de bevalling en kraamzorg thuis.

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat voor een bevalling zonder medische noodzaak in een geboortecentrum, kraamzorgcentrum of kraamhotel de eigen-bijdrageregeling uit artikel 2.37 lid 2 Rzv van toepassing is. De kraamzorg die aansluitend genoten wordt op één van deze locaties, beschouwt het CVZ als een alternatief voor kraamzorg thuis. Daarbij geldt de eigen-bijdrageregeling uit artikel 2.37 lid 1 Rzv. Daarnaast komen de verblijfskosten en eventuele kosten in verband met materiaal en dergelijke voor rekening van de verzekerde.

5. Eigen risico bij verloskunde en kraamzorg

De regelgever kan op grond van artikel 20 Zvw zorg of overige diensten uitsluiten van het eigen risico dat geldt binnen de Zvw. Dit is uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Dit artikel zondert onder andere verloskundige zorg en kraamzorg uit van het eigen risico. Onder verloskundige zorg en kraamzorg verstaat de regelgever alle kosten die direct door verloskundige en kraamverzorgende in rekening worden gebracht. Kosten in verband met aanvullende diagnostiek, vervoer en dergelijke vallen wel onder het eigen risico.

Artikel 2.4 lid 1 Bzv, onder a, sub 2 geeft aan in hoeverre prenatale screening onder de Zvw valt. Ook deze prenatale screening blijft buiten de berekening van het eigen risico. Het gaat immers om gebruikelijke verloskundige zorg die aan alle zwangere verzekerden wordt aangeboden.

6. Zieke moeder – gezonde zuigeling

Een indicatie voor verblijf in het ziekenhuis voor de moeder kan leiden tot een opname-indicatie voor de zuigeling. Er kunnen immers situaties zijn waarin het onwenselijk is dat moeder en kind gescheiden worden. Het CVZ heeft aangegeven dat een opnameindicatie voor het kind aan de orde kan zijn, wanneer de zuigeling borstvoeding krijgt (tot een leeftijd van circa 3 maanden).

Plastische chirurgie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a Zvw
- Artikelen 2.1 en 2.4, lid 1 Bzv
- Artikel 2.1, sub a, b, c en d Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Plastische chirurgie is een vorm van medisch specialistische zorg.
- Medisch-specialistische zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 1 Bzv).

Werkwijzer plastische chirurgie	<p>Bij de plastische chirurgie en overige behandelingen van het uiterlijk gaat het dan met name om de aanwezigheid van een verminking of aantoonbare lichamelijke functie stoornissen. In de praktijk van alle dag blijken zulke vragen niet altijd gemakkelijk en eenduidig te beantwoorden.</p> <p>Daarom heeft een VAGZ-werkgroep (VAGZ, ZN en CVZ) een werkwijzer samengesteld. De groep heeft daartoe beschikbare literatuur bestudeerd en de betreffende wetenschappelijke verenigingen daarbij zo veel mogelijk betrokken.</p> <p>http://www.vagz.nl/docs/publicaties/WerkwijzerPCnovember2010.pdf</p>
CVZ 27-2-2012 Zaaknummer 2012019018	Littekencorrectie tepelhof na gynaecomastie door middel van lipofilling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
CVZ 23-1-2012 Zaaknummer 2012001525	Lipofilling van de buikwand vanwege asymmetrische vetverdeling van de bovenbuik na een open cholecystectomie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
CVZ 9-11-2011 Zaaknummer 2011110280	Lipofilling ter behandeling van pijnklachten door atrofie in de 4 ^e webspace van de linkerhand voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
CVZ 20-05-2011 Zaaknummer 2011049085	Lipofilling ter herstel van onderhuids vetweefsel in het gebied rond het staartbeen in verband met pijnklachten, die niet reageren op behandeling in een pijnteam (corticosteroïd injecties, medicatie), voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

<p>CVZ 18-8-2010 Zaaknummer 2010091607</p>	<p>Lipofilling van de wangen (faciale lipatrofie) in verband met bestraling vanwege non-Hodgkin lymfoom Lipofilling met (semi)permanente vullers bij HIV-patiënten met lipatrofie door medicatie (behandeling van faciale lipoatrofie bij HIV-geïnfecteerde patiënten met New fill/Sculptra) is verzekerde zorg als de ernst van de faciale lipoatrofie valt onder gradatie 3 of 4 van het internationale systeem (J. James et al, 2002) of graad 3 van het 'Prinsengrachtmodel'. Deze graderingsmethodes kunnen ook toegepast worden bij de beoordeling van de ernst van faciale lipatrofie door andere oorzaken.</p>
<p>CVZ 16-12-2009 Zaaknummer 29128834</p>	<p>Lipofilling van de mondhoeken in verband met smetplekken voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.</p>
<p>CVZ 24-07-2009 zaaknummer 29071906</p>	<p>Autologe lipofilling bij contour-defecten Coleman vettransplantatie / lipostructure voor behandeling van deformiteiten in de heup-/bilregio voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.</p>
<p>CVZ 17-03-2009 Zaaknummer 28122696</p>	<p>Autologe lipofilling ter correctie van contourdefecten van de borst is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.</p>
<p>CVZ 18-7-2008 Zaaknummer 28062204</p>	<p>Lipofilling van de wangen met autoloog vettransplantaat in verband met ernstige lipodystrofie in het hoofd/halsgebied ten gevolge van een antivirale therapie Lipofilling met (semi)permanente vullers bij HIV-patiënten met lipatrofie door medicatie (behandeling van faciale lipoatrofie bij HIV-geïnfecteerde patiënten met New fill/Sculptra) is verzekerde zorg als de ernst van de faciale lipoatrofie valt onder gradatie 3 of 4 van het internationale systeem (J. James et al, 2002) of graad 3 van het 'Prinsengrachtmodel'. Deze graderingsmethodes kunnen ook toegepast worden bij de beoordeling van de ernst van faciale lipatrofie door andere oorzaken.</p>

<p>CVZ Zaaknummer 28118258</p>	<p>De Lower Body Lift is een methode die tegenwoordig wordt toegepast in de plastische chirurgie. Naast correctie van de buik wordt er door middel van een circumferentiële snede tegelijkertijd een laterale dijlift, rug- en billenlift uitgevoerd.</p> <p>Het College concludeert dat plastische chirurgie ter verbetering van de lichaamscontour - zoals de Lower body lift - bij patiënten na extreem gewichtsverlies (MWL), postbariatrisch of met behulp van dieet en oefeningen, is te beschouwen als een behandelmethode conform de stand van de wetenschap en praktijk, onder voorwaarde dat voldaan wordt aan onderstaande criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voltooid gewichtsverlies en gestabiliseerd gewicht (gedurende tenminste 12 maanden); • BMI ≤ 35; bij een BMI boven 35 alleen als dit medisch noodzakelijk is (functiestoornissen, herniatioe); • Goede voedingstoestand (eiwit, vitamines, ijzer); • Gestopt met roken (tenminste 2 weken voor de ingreep) <p>http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2009/sp0911+plastische+chirurgie+bij+gewichtsverlies.pdf</p>
<p>CVZ 09-07-2008 Zaaknummer 28019036</p>	<p>Autologe lipofilling voor een borstaugmentatie is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.</p>

CVZ	<p>Faciale lipofilling bij hiv -geïnfecteerde patiënten</p> <p>De medische beoordeling van de permanente vullers leidt tot de conclusie dat New fill/Sculptra (poly-L-lactic acid) voldoet aan de eisen van de stand van de wetenschap en praktijk. De overige beoordeelde middelen (Bio-alcamid/poly-alkyl-imide; Dermalive/hyaluronzuur & acrylhydrogel; Aquamid/polyacrylamide; PMS-PMS350-Biopolymer/siliconenolie) voldoen niet aan de eisen van de stand van de wetenschap en praktijk.</p> <p>De behandeling van faciale lipoatrofie bij Hiv-geïnfecteerde patiënten met New fill/Sculptra behoort tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw, als de ernst van de faciale lipoatrofie valt onder gradatie 3 of 4 van het internationale systeem (J.James et al., 2002) of graad 3 van het 'Prinsengrachtmodel'.</p> <p>In 2004 heeft het CVZ ook al een beoordeling gedaan van permanente vullers. Toentertijd is het middel Artecoll gekwalificeerd als 'gebruikelijk'. Een 'gebruikelijke behandeling' was de terminologie onder de Zfw, om aan te geven dat de behandeling tot de verstrekkingen onder de Zfw behoorde. Er waren nu geen redenen om het middel opnieuw te beoordelen, dat wil zeggen dat ook een behandeling met Artecoll tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw behoort, als het toegepast wordt bij een HIV-geïnfecteerde met faciale lipoatrofie die qua ernst voldoet aan de criteria voor 'verminking' in de zin van de regelgeving.</p> <p>Zie hiervoor: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2008/rpt0804+pakketadvies+2008.pdf, bladzijde 164 van het pdf-bestand.</p>
-----	---

<p>CVZ 2008</p>	<p>Behandeling van varices (spataderen)</p> <p>Voor de behandeling van varices worden verschillende (nieuwe) technieken gebruikt. Het CVZ heeft beoordeeld of de volgende technieken tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zorgverzekeringswet behoren: Endoveneuze laserbehandeling (EVLB), Radiofrequente obliteratie (RFO), Foamsclerosering van de varices van de stamvene in het bovenbeen onder duplexcontrole en Transilluminated powered phlebectomy (Tipp).</p> <p>De conclusie van het CVZ is dat de genoemde technieken, behoudens Foamsclerosering van de varices van de stamvene in het bovenbeen onder duplexcontrole, onder de dekking van de Zvw vallen. Voor EVLB is dat pas het geval vanaf 15 februari 2008.</p> <p>Het CVZ is verder van opvatting dat de behandeling van varices een medisch noodzakelijke behandeling is en niet primair cosmetisch van aard is, als er een aangetoonde hemodynamische stoornis of een ernstige complicatie is. Dit geldt voor de varices die in de CEAP-classificatie - die voor de indeling van varices wordt gebruik - met C2, C3, C4, C5 en C6 worden aangeduid.</p> <p>Dit ligt anders voor de behandeling van varices die als C0 en C1 worden aangeduid. De behandeling van deze varices behoort in de regel <u>niet</u> tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw, omdat het daarbij veelal om louter cosmetische ingrepen gaat.</p> <p>Zie hiervoor: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2008/sp0802+behandeling+spataders.pdf</p>
<p>CVZ 25 maart 2011 Zaaknummer 2010024825</p>	<p>Het CVZ heeft op basis van richtlijnen en medische literatuur de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen opnieuw beoordeeld en vastgesteld. Het standpunt van het CVZ luidt als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invasieve behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Bij die indicaties staat de medische noodzaak voor invasieve behandeling niet ter discussie; • Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Van een medische noodzaak voor behandeling is niet (C0, C1) resp. onvoldoende (C2) gebleken. C0, C1 en C2 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices vanuit de basisverzekering. Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices valt niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet en krijgt in het kader van die wet het predicaat 'cosmetisch'. <p>Het standpunt dat het CVZ ten aanzien van C0-C1 en C3-C6 varices inneemt, komt overeen met de conclusie uit 2008. De afbakening in dit rapport wijkt af op het punt van C2 varices. Het CVZ stelt nu buiten twijfel dat behandeling van C2 varices niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.</p>
<p>Kennis Gebundeld, November 2012, versie 14.0</p>	<p>Zie hiervoor: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2011/rpt1103-varices.pdf</p> <p style="text-align: right;">85</p>

Jurisprudentie

CVZ 20-8-2010 Zaaknr. 29081481	Haarstamceltransplantatie in verband met Alopetic Androgenetica is geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk.
RZA 2003, 74 CVZ, 24-03-2003	Liposuctie bij lipodystrofie (lipo-oedeem volgens Allen Hines) niet gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.
RZA 2002, 46 CVZ, 22-02-2002	Tatoeage behandeling bij normale huid is gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.
RZA 2001, 91 CVZ, 17-08-2001	Laserbehandeling en epilichtbehandeling bij overbehaarung zijn inmiddels gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten.
RZA 1999, 34 ZFR, 26-01-1999	Haartransplantatie moet inmiddels gerekend worden tot de gebruikelijke hulp in de kring der beroepsgenoten.

In verband met het cosmetische karakter van sommige behandelingen worden deze behandelingen als behandelingen van plastisch chirurgische aard aangemerkt.

RZA 1999, 34 ZFR, 26-01-1999	In verband met het cosmetische karakter van de haartransplantatie moet de indicatie getoetst worden aan de beperkende regelgeving voor plastische chirurgie.
------------------------------------	---

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Artikel 2.4, lid 1, sub b, Besluit zorgverzekering

In het Bzv zijn in artikel 2.4, lid 1, sub b de voorwaarden geformuleerd waaronder een behandeling van plastisch chirurgische aard voor verstrekking in aanmerking komt. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen slechts onder de zorg, die medisch-specialisten plegen te bieden, indien de behandeling strekt tot correctie van:

- a) afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c) verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d) de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van de urineweg- en geslachtsorganen;
- e) uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Deze uitzonderingsgronden zijn voor een deel dezelfde uitzonderingsgronden als geldend in de Ziekenfondswet. Voor een uitleg van deze uitzonderingsgronden wordt verwezen naar de toelichtingen bij de regelgeving op grond van de ZFW.

Ad a aantoonbare, lichamelijke functiestoornissen

In de toelichting op de regelgeving op grond van de ZFW werd aangegeven dat de functiestoornissen objectief aantoonbaar moeten zijn. Getoetst moet worden of het aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiebeperkingen veroorzaakt worden door de te corrigeren lichamelijke afwijking en of correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. En of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van lichamelijke functiestoornissen in de zin van de regelgeving.

RZA 2007, 105 Rb. Middelburg 01-05-2007	Dijbeenplastiek en dermoliplectomie na aanzienlijke gewichtsreductie. Sprake van huid/veloverschot maar geen hangzakken. Huidoverschot is geen verminking. Geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis nu geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking.
RZA 2007, 43 SKGZ 18-01-2007	Een aanvraag voor het verkleinen van een borst wordt afgewezen omdat de borst qua vorm en grootte binnen de normale variatiebreedte valt en daarom niet als afwijkend kan worden beoordeeld. De pijnklachten zijn als stoornissen niet objectiveerbaar, waardoor geen sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Ook de geconstateerde asymmetrie valt binnen de normale variatiebreedte, zodat geen sprake is van een afwijking in het uiterlijk. Pas bij een ernstige misvorming van een lichaamsdeel is sprake van het begrip verminking.
RZA 2005,73 Rb Den Bosch 08-02-2005	Er is pas sprake van een gezichtsveldbeperking als de pupil geheel of gedeeltelijk door de bovenoogleden wordt bedekt bij recht vooruit kijken.
RZA 2005, 41 CRvB 22-12-2004	Uit het onderzoek van de deskundige kan niet worden afgeleid dat door een borstverkleinende operatie de schouder, nek en rugklachten zullen verminderen. De overweging dat de kans op succes van een revalidatietherapie beter is als een borstverkleinende operatie wordt uitgevoerd, rechtvaardigt niet de gevolg trekking dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
RZA 2004, 66 CRvB 17-03-2004	Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen , vormen geen indicatie voor plastisch-chirurgische behandeling.
RZA 2001, 65 Rb Rotterdam, 22-03-2001	Voor verstrekking van een plastisch chirurgische ingreep moet het gaan om lichamelijke functiestoornissen van vrij ernstige aard gepaard gaande met een ernstige bewegingsbeperking.
RZA 2001, 91 CVZ, 17-08-2001	Geen aanspraak op laserbehandeling en epilichtbehandeling bij overbeharing in het kader van plastische chirurgie, omdat geen sprake is van één van de correctiegronden.

Ad b verminking

In de toelichting op de regelgeving op grond van de ZFW is aangegeven dat met het begrip verminking bedoeld wordt op verworven aandoeningen, zoals misvormingen van de handen door reumatoïde arthritis, misvormingen door verlammingen van de

aangezichtsenuw, misvormingen door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of geamputeerde mammae. Er is een definitie van het begrip verminking geformuleerd in de professionele richtlijn van de adviserende geneeskundigen: een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Met name het camouflageaspect is een doelmatigheidstoets gebaseerd op artikel 2.1, lid 3 Bzv.

RZA 2007, 105 Rb. Middelburg 1-5-2007	Aanvraag vergoeding kosten dijbeenplastiek en dermoliplectomie na aanzienlijke gewichtsreductie. Sprake van huid/veloverschot maar geen hangzakken. Huidoverschot is geen verminking. Geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis nu geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking: verzekerde kan kleine afstanden lopen en fietsen en ook langere tijd lopen.
RZA 2007, 43 SKGZ 18-1-2007	Een aanvraag voor het verkleinen van een borst wordt afgewezen omdat de borst qua vorm en grootte binnen de normale variatiebreedte valt en daarom niet als afwijkend kan worden beoordeeld. De pijnklachten zijn als stoornissen niet objectiveerbaar, waardoor geen sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Ook de geconstateerde asymmetrie valt binnen de normale variatiebreedte, zodat geen sprake is van een afwijking in het uiterlijk. Pas bij een ernstige misvorming van een lichaamsdeel is sprake van het begrip verminking.
RZA 2007, 37 SKGZ 3-11-2006	De labiacorrectie behoort niet tot de vermelde aandoeningen. Er zijn geen aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, er is geen sprake van verminking, noch van een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen.
RZA 2007, 35 SKGZ 27-9--2006	Een aanvraag voor reductie van de labia minora is terecht afgewezen. Er is pas sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als deze van vrij ernstige aard zijn met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van ernstige bewegingsbeperkingen. Voor pijnklachten geldt dat deze ernstig en objectiveerbaar moeten zijn. Van een verminking is pas sprake ingeval van een aandoening van zeer ernstige aard.
RZA 2006, 3 CRvB 05-10-2006	Littekens, resterend na een operatie ter correctie van een ongeval , op de kin en onder het recheroog zijn niet dermate ernstig dat zij te beschouwen zijn als een verminking in de zin van de toepasselijke regelgeving.
RZA 2005/175 CRvB 07-09-2006	De aanvraag voor een plastisch chirurgische behandeling van gelaatsdefecten die resteren als gevolg van een aangezichtsverlamming is terecht geweigerd, nu niet is voldaan aan de daarvoor geldende criteria, waarbij in het bijzonder geldt dat uit de medische stukken niet blijkt van een afwijking in het gelaat die als een ernstige misvorming moet worden gekwalificeerd.

RZA 2005, 6 CRvB 08-12-2004	De stelling van het ziekenfonds dat een (wegens pijnklachten: medisch noodzakelijke) verwijdering van borstprothesen nimmer kan leiden tot een "verminking" in de zin van de Regeling medisch-specialistische zorg ZFW en dus nimmer tot een aanspraak op vervanging van de prothesen, moet worden verworpen. In casu moet het er voor worden gehouden dat ten tijde in geding sprake was van verminking. Verder is door het ziekenfonds ondeugdelijk gemotiveerd waarom in dit geval, en niet in andere gevallen, de eis werd gesteld dat de verminking niet op een andere wijze zou kunnen worden gecamoufleerd.
RZA 2002, 46 CVZ, 22-02-2002	Kleine depigmentatie van de lip is geen verminking; Tatoeage behandeling geen verzekerde zorg.
RZA 1999, 188 CRvB, 09-10-1999	De Raad heeft gesteld dat het enkele feit dat zich ten gevolge van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting een zichtbare verandering in (een deel van) het lichaam heeft voorgedaan, onvoldoende is voor het aannemen van een verminking . Van een verminking is volgens de Raad, conform de regelgeving, niet eerder sprake dan ingeval van <i>een ernstige misvorming</i> van een lichaamsdeel.
RZA 1998,135 RB Den Bosch 24-11-1997	Bij de beoordeling of een tatoeage een verminking is , wordt in aanmerking genomen dat de tatoeages zich bevinden op lichaamsdelen, welke ook bij normale kleding niet vaak bedekt zullen zijn.

Ad c verlamde of verslapte bovenoogleden

Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden voor rekening van de Zvw kan alleen nog plaatsvinden indien deze bovenoogleden verslapt of verlamd zijn als gevolg van een aangeboren afwijking of chronische aandoening. Voorbeeld van een dergelijke aangeboren afwijking is het BPES-syndroom, die een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg kan hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtbeperking maar krijgen die wel door de afwijking.

Ad d aangeboren misvormingen

De opsomming van aandoeningen is limitatief van aard. Behandeling voor correctie van de oorstand is per 1 januari 2005 uit de opsomming gehaald.

CVZ 9-2-2007 26103611	Adviesaanvraag uitleg geboortevlek . De term geboortevlek wordt in het algemeen gebruikt voor zichtbare onregelmatigheden van de huid, die al vanaf de geboorte aanwezig zijn of in de kinderjaren zijn ontstaan. Om aanspraak te kunnen maken op plastische chirurgie moet een verzekerde redelijkerwijs aangewezen zijn op zorg. Hiervan is geen sprake als de geboortevlek niet zit op lichaamsdelen die in het dagelijks maatschappelijk verkeer zichtbaar zijn, of als de geboortevlek behalve de kleur geen andere kenmerken vertoont die anders zijn dan de overige huid. Bij deze beoordeling spelen in ieder geval plaats van de geboortevlek, grootte van de geboortevlek en camouflage een rol.
-----------------------------	---

Ad e uiterlijke geslachtskenmerken

Onder de uitzonderingsgrond uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit vallen alleen de primaire geslachtskenmerken.

CVZ
22-03-2010
29029185

Aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen zijn onder voorwaarden te verzekeren prestaties Zvw.
Foniatrie en logopedie bij transseksuelen vallen onder de dekking van de Zvw.
Op psychische zorg aan transseksuelen is in beginsel het regiem van de Zvw of de AWBZ van toepassing.
Psychosociale hulp aan transseksuelen behoort in beginsel niet tot het terrein van de Zvw en de AWBZ, maar tot het terrein van de Wmo.

Artikel 2.1 Regeling zorgverzekering

In de Rzv zijn in artikel 2.1 een aantal behandelingen van plastisch-chirurgische aard specifiek uitgesloten.

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie.

Uit die toelichting blijkt dat uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten omdat anders op grond van het eerste lid een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen. Om onbedoelde vergoeding te voorkomen zijn deze in het tweede lid expliciet van vergoeding uitgesloten. Dit heeft onder andere tot gevolg dat het plaatsen van borstimplantaten in het kader van een behandeling van transseksualiteit niet meer vergoed wordt en dat het vervangen (operatief verwijderen en plaatsen) van een borstprothese uitsluitend wordt vergoed indien de eerdere borstprothese operatief was geplaatst na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

ad b liposuctie van de buik

Liposuctie van de buik is uitgesloten, maar in andere gevallen zal beoordeeld moeten worden of er sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van verminking.

CVZ 2-5-2012 Zaaknummer 2012051858	Liposculpture/liposuctie van beide benen ter behandeling van lipoedeem (Allen/Hines 1940) is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, zoals al in eerdere adviezen van het College is aangegeven. Het is dan ook geen verzekerde zorg
---	--

¹ Zie eerdere CVZ adviezen zaaknr's 2010147384, 29060359, 28036228, 28033916, 27010347, 26019990, 22051062

RZA 2007/72 Cvz 23-4-2007	Op basis van de evidence moet worden geconcludeerd dat de gecombineerde behandeling van liposuctie en compressietherapie alleen als een 'in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijke' behandeling kan worden aangemerkt bij patiënten met secundair lymfoedeem van de arm na behandeling voor mammacarcinoom, en alleen bij die patiënten bij wie conservatieve behandeling faalt.
RZA 2007/50 Rb. Den Bosch 18-12-2006	Het wetenschappelijk onderzoek naar liposuctie bij lipoedeem was ten tijde in geding nog niet zo ver gevorderd dat kon worden gezegd dat zij door de internationale wetenschap voldoende was beproefd en deugdelijk bevonden. Steun voor dit oordeel vindt de rechtbank in het advies van het College en het feit dat er geen nieuwe relevante studies via PubMed zijn gevonden.
RZA 2006/169 Cvz 18-4-2006	Uit een gebruikelijkheidsbeoordeling van 21 maart 2006 blijkt dat Pure Tumescente liposculpture bij mammahypertrofie nog niet tot de te verzekeren prestatie behoort.

Ad c operatief plaatsen van borstprothesen

RZA 2007/42 SKGZ 10 -1-2007	Verzekerde heeft geen aanspraak op de aangevraagde borstcorrectie (mamma-augmentatie) omdat de verzekeringsvoorwaarden alleen aanspraak daarop geven na een borstamputatie. Verzekerde heeft weliswaar als gevolg van een trauma een belemmerde borstontwikkeling, maar die belemmering valt niet aan te merken als een amputatie nu onder amputatie medisch slechts een operatief verwijderen van borstklierweefsel pleegt te worden verstaan.
RZA 2007/41 SKGZ 10-1-2007 + Noot prof. Mr. G.R.J. de Groot	De aanvraag voor het plaatsen van een borstprothese is in dit geval onterecht afgewezen, omdat het niet ontwikkeld zijn van de linkerborst te beschouwen is als een ontwikkelingsstoornis. Dit is te vergelijken met een status na borstamputatie, aangezien het resultaat van een borstamputatie in zijn meest vergaande vorm daaruit bestaat dat er geheel geen klierweefsel meer aanwezig is. Slechts de oorzaak is anders. Het verschil in oorzaak kan evenwel niet ertoe leiden dat verzekerde de aangevraagde behandeling wordt onthouden.
RZA 2007/40 SKGZ 17-1-2007	Een aanvraag voor het plaatsen van een borstprothese wordt afgewezen. Nu er geen sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, behoeft de vraag of al dan niet gesproken kan worden van een misvorming geen beantwoording. De expliciete uitsluiting voor het plaatsen van een borstprothese geldt in alle gevallen, ongeacht de indicatie.

Ad d aangeboren misvormingen

De opsomming van aandoeningen is limitatief van aard. Behandeling voor correctie van de oorstand is per 1 januari 2005 uit de opsomming gehaald.

Cvz 9-2-2007 26103611	Adviesaanvraag uitleg geboortevlek . De term geboortevlek wordt in het algemeen gebruikt voor zichtbare onregelmatigheden van de huid, die al vanaf de geboorte aanwezig zijn of in de kinderjaren zijn ontstaan. Om aanspraak te kunnen maken op plastische chirurgie moet een verzekerde redelijkerwijs aangewezen zijn op zorg. Hiervan is geen sprake als de geboortevlek niet zit op lichaamsdelen die in het dagelijks maatschappelijk verkeer zichtbaar zijn, of als de geboortevlek behalve de kleur geen andere kenmerken vertoont die anders zijn dan de overige huid. Bij deze beoordeling spelen in ieder geval plaats van de geboortevlek, grootte van de geboortevlek en camouflage een rol.
-----------------------------	---

Ad f behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan

Per 1 juni 2004 vallen behandelingen gericht op sterilisatie niet meer onder medisch-specialistische zorg. Bij het schrappen van de sterilisaties uit het pakket is geen onderscheid gemaakt naar gronden voor de sterilisaties en zijn ook geen uitzonderingen gemaakt voor verzekerden met bepaalde aandoeningen of handicaps. Hiervoor is onder meer gekozen met het oog op de gelijke behandeling van alle verzekerden en om de maatregel zo eenvoudig mogelijk uitvoerbaar te houden.

Per 1 januari 2005 behoren hersteloperaties na sterilisaties niet tot de medisch noodzakelijke zorg en worden daarmee volledig tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger gerekend.

Zorgvuldig onderzoek

Bij de beoordeling of sprake is van één van de in de regelgeving genoemde correctiegronden is zorgvuldig onderzoek noodzakelijk.

RZA 2006/8 Rb Leeuwarden 25-10-2006	Onafhankelijkheid medisch adviseur niet in twijfel door loondienstverband.
RZA 2004, 183 Rb Den Bosch 21-09-2004	Een aanvraag voor een plastisch chirurgische ingreep voor excisie plooi-vorming linkerbil is afgewezen. De plastisch chirurg geeft aan te verwachten dat de uitstralende pijn naar het been door de behandeling zal verdwijnen. De medisch adviseur stelt dat hij niet verwacht dat dit zal gebeuren, maar onderbouwt deze mening op geen enkele wijze. De rechtbank is derhalve van oordeel dat het onderzoek onvolledig en onzorgvuldig is geweest.
RZA 2002, 125 Rb Den Bosch 15-04-2002	De gedingstukken kunnen de conclusie niet dragen dat bij eiseres geen sprake is geweest van een lichamelijke functiestoornis of verminking op grond waarvan een plastisch chirurgische operatie (vetschortoperatie) voor ziekenfondsrekening kon worden geweigerd. Het ziekenfonds heeft ten onrechte nagelaten verzekerde zelf medisch te onderzoeken, zodat het besluit onzorgvuldig is voorbereid.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Een eventueel noodzakelijk gebleken tweede operatie is niet als een op zichzelf staande plastisch chirurgische behandeling te beschouwen, maar als een voortgezette behandeling, indien de nadere correctie ertoe strekt om alsnog het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare operatieresultaat te bereiken.

RZA 2006, 138 CRvB 26-04-2006	Vetschortreductie is geen voorgezette behandeling van een maagverkleining.
RZA 2005,6 CRvB 08-12-2004	Door het ziekenfonds is ondeugdelijk gemotiveerd waarom in dit geval, en niet in andere gevallen, de eis werd gesteld dat de verminking niet op een andere wijze zou kunnen worden gecamoufleerd.
RZA 2004,20 Rb Den Bosch 29-09-2003	Littekencorrectie door middel van abdominoplastiek in casu niet doelmatig vanwege aanzienlijk overgewicht.
CVZ 22010911 02-05-2002	Vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is het in het algemeen aangewezen kaalheid en haaruitval door middel van een pruik of een haarstukje te corrigeren.
RZA 1987, 79 CRvB, 05-03-1987	Indien de tweede operatie strekt tot het alsnog bewerkstelligen van het beoogde en naar medisch-deskundig oordeel haalbare operatieresultaat , dient gesproken te worden van een voortgezette behandeling. Er is dan geen sprake van een op zich zelfstaande plastisch chirurgische behandeling.
CVZ BZ-00-3234 29-09-2000	Uit oogpunt van doelmatigheid en adequate zorg is correctie van adamsappel en/of kaak (secundaire geslachtskenmerken) pas dan geïndiceerd als de operatieve (geslachtsveranderende) behandeling van de primaire geslachtsdelen is uitgevoerd. De geslachtsverandering kan in dit stadium als definitief beschouwd worden. Alleen in extreme gevallen kan vergoeding verleend worden, naar analogie van het criterium verminking. Deze aanvragen dienen individueel beoordeeld te worden.

Mondzorg

Relevante Regelgeving:

- Artikel 10, sub b Zvw
- Artikel 2.1, artikel 2.7 en artikel 2.16a Bzv
- Artikel 2.31 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Mondzorg omvat limitatief omschreven zorg zoals tandartsen die plegen te bieden gedifferentieerd naar leeftijd (artikel 2.7, lid 1, aanhef Bzv). Bij tandartsen gaat het om tandartsen algemeen practicus en tandarts-specialisten (kaakchirurgen en orthodontisten). De functiegerichte omschrijving van de Zvw maakt het echter mogelijk dat ook andere beroepsbeoefenaren bij de mondzorg worden ingeschakeld. Te denken valt aan tandprotheticen en mondhygiënisten.
- In artikel 2.7, lid 1, 2 en 3 Bzv wordt de bijzondere tandheelkundige hulp omschreven. In artikel 2.7, lid 4 Bzv wordt de zorg voor jeugdige verzekerden omschreven en in artikel 2.7, lid 5 Bzv de zorg voor volwassenen verzekerden. Hieronder valt ook de uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak (onder de tot 1 januari 2006 geldende Ziekenfondswet en aanverwante regelgeving, werd dit nog aangemerkt als een hulpmiddel). In artikel 2.16a staat dat de verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage betaalt voor mondzorg, bedoeld in artikel 2.7, eerste en vijfde lid, onderdeel b. Deze eigen bijdrage is geregeld in artikel 2.31 Rzv.
- De inhoud en omvang van de aanspraak wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Door de invoering van de Zvw en aanverwante regelgeving is het algemene indicatievereiste, inhoudende dat de zorg niet onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of ondoelmatig mag zijn, zoals opgenomen in artikel 2 van de tot 1 januari 2006 geldende Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering, vervallen. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts op een vorm van zorg of een dienst recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening' zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Per soort mondzorg zijn per artikellid van artikel 2.7 Bzv nadere voorwaarden gesteld. Het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden en volwassenen verzekerden is gebonden aan de leeftijd op het moment van behandeling. Er wordt onderscheid gemaakt tussen jeugdige verzekerden (tot 18 jaar) en volwassen verzekerden (18 jaar en ouder).

Leeftijdsonderscheid geldt niet voor bijzondere tandheelkundige hulp.

Artikel 2.7, lid 1 Bzv

Het recht op bijzondere tandheelkundige hulp bestaat alleen indien verzekerde aan de nader omschreven indicatiecriteria voldoet. Zorgverzekeraars hebben met instellingen voor bijzondere tandheelkunde uitvoeringsrichtlijnen opgesteld voor praktische uitwerking van het recht op mondzorg.

Artikel 2.7, lid 2 Bzv

In dit artikel is de het recht op implantaten beperkt tot het nader genoemde indicatiecriterium. Het moet gaan om een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat moet dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Voor bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen valt de aanspraak op implantaten onder artikel 2.7, lid 1 Bzv.

Artikel 2.7 lid 3 Bzv

Bij het beperkte recht op orthodontie gaat het om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking en bij verzekerden met vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. Het College van Adviserend Tandartsen heeft in samenspraak met de Nederlandse hoogleraren orthodontie een indicatieve lijst opgesteld die het recht op orthodontische hulp nader invult.

Artikel 2.7, lid 4 Bzv

Jeugdige verzekerden: tot de leeftijd van 18 jaar. De omvang van het recht op mondzorg is limitatief omschreven. Zo is bijvoorbeeld aangegeven dat tandvervanging met niet-plastische materialen (kroon- en brugwerk) bij **fronttanden** die afwezig zijn ten gevolge van agenesie of ongeval, wordt vergoed. Indien geïndiceerd hebben verzekerden ook recht op implantaten. In andere situaties hebben verzekerden geen recht op kroon- en brugwerk. Een ander voorbeeld is orthodontie. Orthodontie wordt niet genoemd bij dit lid, verzekerden hebben hierop dus geen recht, tenzij het valt onder bijzondere tandheelkunde.

Per 1 januari 2013 is het recht op fluorideapplicatie gewijzigd. Per die datum komt de leeftijdsgrens van zes jaar te vervallen en hebben jeugdige verzekerden recht op fluorideapplicatie vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.

Artikel 2.7, lid 5 Bzv

Volwassen verzekerden: vanaf 18 jaar. De omvang van het recht op mondzorg is limitatief omschreven. Zij hebben recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. Onder chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie. Parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties (per 1 januari 2011) zijn uitgezonderd van deze hulp. Daarnaast bestaat recht op röntgenonderzoek ten behoeve van de hierboven genoemde chirurgische tandheelkundige hulp.

In sub b van dit lid zijn de prothetische voorzieningen voor de onder- of bovenkaak geregeld. De prothetische voorzieningen waarop recht bestaat zijn:

1. de uitneembare immediaatprothese voor boven- of de onderkaak;
2. de uitneembare vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak; en
3. de volledige overkappingsprothese voor de boven- of onderkaak op natuurlijke elementen. (nb: een overkappingsprothese op implantaten valt onder bijzondere tandheelkunde)

Artikel 2.7, lid 6 Bzv

Per 1 januari 2013 vervallen.

In dit artikel was omschreven dat bij ministeriële regeling kon worden bepaald dat de verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste en vijfde lid, onderdeel b. Per 1 januari 2013 is dit geregeld in artikel 2.16a Bzv.

Artikel 2.16a Bzv

In dit artikel is per 1 januari 2013 geregeld dat verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste en vijfde lid, onderdeel b. Bzv.

Eigen bijdrage

Artikel 2.31 Rvz

Tot 2013 werd de eigen bijdrage voor de mondzorg geregeld in artikel 2.4 Rvz. Per 1 januari 2013 is de eigen bijdrage geregeld in artikel 2.31 Rvz.

Overzicht relevante jurisprudentie:

CVZ Zaaknummer 28039421 22-05-2008	<p>Een verzekerde met een chroomkobaltallergie heeft een indicatie voor bijzondere tandheelkunde indien en voor zover er sprake is van een rechtstreeks verband tussen de allergie en de orale conditie. In een dergelijk geval komen de meerkosten van de bijzondere verrichting (bijvoorbeeld een bijzondere frameprothese in de vorm van een titaniumframe) voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering, indien de verzekerde door de allergie geen normaal frame kan dragen, waardoor haar orale conditie slechter dreigt te worden dan die van een ander met dezelfde mondsituatie als zij, maar zonder allergie. De verzekerde heeft dan namelijk een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening, zoals omschreven in artikel 2.7, eerste lid, onder b van het Bzv, die extra hulp nodig maakt (extra laboratoriumkosten en materialen) om verzekerde in een orale conditie te brengen die vergelijkbaar is met die van iemand zonder deze aandoening. Een indicatie voor vergoeding van de meerkosten is dan aanwezig op grond van voornoemd artikel.</p> <p>In casu moest bij verzekerde nader onderzocht worden of zij daadwerkelijk een chroomkobaltallergie heeft.</p>
CRvB 28-12-2007 06/6049 ZFW	<p>De rechtbank is van oordeel dat verzekerde geen aanspraak kan maken op een frameprothese en 6 kronen in de bovenkaak en een conventionele prothese in de onderkaak. Verzekerde heeft geen indicatie in de zin van artikel 8 RTHZ (per 1 januari 2006: artikel 2.7, eerste lid Bzv). De rechtbank is van oordeel dat voldoende aannemelijk kan worden gemaakt dat een uitneembare (partiële danwel volledige prothese) - waarvan de zorgverzekeraar heeft erkend dat eiseres daarvoor in aanmerking komt - een adequate tandheelkundige voorziening is. Dat mogelijkerwijs, indien voor een partiële gebitsprothese in de bovenkaak wordt gekozen, het syndroom van Kelly zou kunnen optreden, is een toekomstige onzekere gebeurtenis waarmee de rechtbank in het kader van de voorliggende procedure geen rekening kan houden.</p>

<p>CVZ Zaaknummers</p> <p>26007236 05-04-2006</p> <p>26011172 12-04-2006</p> <p>26030695 02-06-2006</p>	<p>In deze zaken kwamen nota's voor tandheelkundige behandelingen (extractie onder narcose en plaatsen van een prothese) in een CDC kliniek niet voor vergoeding in aanmerking. Uit de nota's bleek niet duidelijk of de behandeling was uitgevoerd door een tandarts, een tandprotheticus of andere zorgverlener. Tevens was er sprake van een twijfelachtige indicatie en hadden de niet nader gespecificeerde techniekkosten altijd een dusdanige hoogte dat het totaalbedrag van de rekening op een rond bedrag uitkwam.</p>
<p>CVZ Zaaknummer</p> <p>25040336 01-09-2005</p>	<p>Verzekerde heeft als gevolg van een CVA een mondopeningsbeperking en vraagt een Therabite aan. Dit is een instrument dat gebruikt wordt bij patiënten met temporomandibulaire dysfunctie. Het mandibulaire mondstuk beweegt caudaal in een anatomisch correct bewegingstraject als de handel wordt ingedrukt.</p> <p>Bij de indicatie van verzekerde is de Therabite een voorziening waarvan de doelmatigheid onvoldoende is aangetoond. Uit ervaringsgegevens en een pilotstudie is niet gebleken dat het gevraagde voldoet aan de criteria voor noodzaak, effectiviteit en doelmatigheid die worden gesteld aan verstrekkingen. Uit een recent literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat onvoldoende bewijs bestaat om de doelmatigheid van het gevraagde te kunnen aannemen.</p>
<p>RZA 2004, 63 CVZ</p> <p>23-03-2004</p>	<p>De casus betreft een aanspraak op een kroon ter vervanging van een door een trauma verloren frontelement.</p> <p>Het College is van oordeel dat onder het begrip vervanging artikel 4, lid 4 RTHZ (per 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 4, sub I Bzv) ook valt vervanging van een door een ongeval verloren gegaan element door verplaatsing middels orthodontie van het buurelement naar de positie van het verloren gegane element.</p> <p>Het functioneel aanpassen van het buurelement met een kroon op het gerepositioneerde buurelement behoort dan ook tot de aanspraak.</p>
<p>RZA 2004,13 AWB</p> <p>20-11-2003</p>	<p>De rechtbank is van oordeel dat verzekerde aanspraak heeft op tandheelkundige hulp in de vorm van implantaten met kronen nu verzekerde een niet tandheelkundige aandoening heeft (syndroom van Sjögren) en verzekerde zonder hulp geen tandheelkundige functie kan behouden gelijkwaardig aan die welke verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich zou hebben voorgedaan. Gelijkwaardige alternatieven zijn niet aanwezig. Dat het syndroom van Sjögren de oorzaak is van de gebitschade wordt niet erg aannemelijk geacht maar de rechtbank maakt uit het bepaalde in artikel 8, lid 2 RTHZ (per 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 1, sub b Bzv) niet op dat dit oorzakelijk verband tussen de aandoening en de gebitsschade als vereiste is gesteld voor de verstrekking van implantaten.</p>

RZA 2002, 187 CVZ 25-10-2002	Het College is van oordeel dat verzekerde op grond van artikel 8 lid 2 RTHZ (per 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 1, sub b Bzv) aanspraak heeft op een gouden frameprothese. Er is bij deze verzekerde sprake van een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening Het standpunt van het ziekenfonds dat een frameprothese geen verstrekking is en dat in geen enkele vorm ooit zou kunnen zijn, vindt geen steun in de regelgeving.
RZA 2002,186 CVZ 24-09-2002	De adviserend tandarts van het ziekenfonds stelt dat de kaak bij jongeren doorgroeit tot de leeftijd van ongeveer 22 jaar. Omdat het implantaat vergroeit met het bot, bestaat volgens hem een reële kans dat het implantaat naar boven groeit. Als gevolg daarvan zal een lengteverschil ontstaan tussen de op het implantaat verankerde kroon en de natuurlijke dentitie. In de beschikbare tandheelkundige informatie is volgens de tandheelkundig adviseur van het College geen aanwijzingen te vinden waarom in een dergelijk geval de verstrekking niet doelmatig zou zijn. Verzekerde komt in aanmerking op grond van artikel 4, eerste lid, sub I, juncto de leden 4 en 5 RTHZ en artikel 2 RTHZ. (per 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 4, sub I jo. artikel 2.1, lid 3 Bzv).
RZA 2002, 10 CVZ 22-11-2001	Geen aanspraak op een intra-orale splint bij lichte slaapapneu en snurken. Er zijn verschillende typen opbeetplaatjes ontwikkeld, die wel worden aanbevolen bij slaapapneu. In de wetenschappelijke literatuur zijn echter geen effectiviteitsstudies van voldoende kwalitatief niveau bekend waaruit blijkt dat een opbeetplaatje objectief aantoonbaar klinisch relevant therapeutisch effect heeft bij behandeling van apneu- of snurkstoornissen. Deze opbeetplaatjes vallen eveneens niet onder de Regeling hulpmiddelen 1996.
RZA 2000, 29 CVZ 22-02-2000	Op grond van redelijkheid dient de nazorgfase van een met de bijzondere tandheelkundige hulp gelijkstaande behandeling uit de periode dat verzekerde particulier was, voor ziekenfondsrekening te komen. Geval kan niet als nieuw geval beschouwd worden.
RZA 1999, 97 ZFR 21-05-1999	Alleen aanspraak op orthodontie bij zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornissen (artikel 9, lid 2 RTHZ, vanaf 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 3 Bzv). Indicatieve lijst van het College van adviserend tandartsen is aan te merken als bestendig beleid. (NB. geldt ook bij in artikel 8, lid 1 RTHZ (vanaf 1 januari 2006: artikel 2.7, lid 1 Bzv) genoemde indicaties).
RZA 1999, 109 Rb Zwolle 17-05-1999	Bijzondere tandheelkunde (brug) na extractie i.v.m. hartoperatie onnodig kostbaar. Frameprothese geeft goed herstel van kauwfunctie en is meest doelmatig.
RZA 1998, 9 ZFR 23-12-1997	Bijzondere tandheelkunde voor extreem angstige patiënt alleen indien conform uitvoeringsrichtlijnen wordt gehandeld (screeningsprotocol).

RZA 1998, 158 ZFR 16-10-1998	Nu de chirurgische voorbehandeling, verhogen van de kaakwal, alleen is aangewezen voor het plaatsen van implantaten en verzekerde niet in aanmerking komt voor verstrekking van implantaten, dient de voorbehandeling geen zelfstandig doel en is daarmee onnodig kostbaar in de zin van artikel 2 RTHZ (vanaf 1 januari 2006: artikel 2.1, lid 3 Bzv). (NB. dit geldt ook bij andere gecombineerde chirurgisch orthodontische behandelingen).
RZA 1998, 154 ZFR 23-09-1998	Bijzondere tandheelkunde wegens ernstige gewrichtsklachten als gevolg van beet- en articulatiestoornissen omvat niet restauratie van gebitselementen die wegens andere redenen dan de beet- en articulatiestoornis gerestaureerd moeten worden (maatmanbeginsel).

Paramedische zorg

Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie.

Fysiotherapie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a, Zvw;
- Artikel 11 Zvw;
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv;
- Artikel 2.6, eerste, tweede, derde en vierde lid Bzv;
- Artikel 108, derde lid van de Wet op de beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG);

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Tot het deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut als bepaald in artikel 29 **Wet BIG** wordt gerekend:

1. Het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de fysiotherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst
2. Het verrichten van handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken, welke overeenkomen met de krachtens het eerste lid omschreven handelingen, doch niet liggende op het gebied van de geneeskunst.

Zie ook artikelen 2 en artikel 5 van het **Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut**.

De tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut te rekenen handelingen, bedoeld in artikel 29, eerste lid, van de wet, bestaan uit het:

- a. onderzoeken van de patiënt op de aanwezigheid van een belemmering of bedreiging van diens bewegend functioneren en de mate waarin daarvan sprake is, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
- b. behandelen van de patiënt door het toepassen van fysiotherapeutische methoden, strekkende tot het opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen van het steun- en bewegingsapparaat en de daarbij betrokken organen en regelsystemen, alsmede het normaliseren van het houdings- en bewegingsvermogen;
- c. geven van advies aan de betrokken patiënt.

De fysiotherapeutische methoden, bedoeld onder *b*, omvatten:

- a. bewegingstherapie, waaronder wordt verstaan het door de fysiotherapeut uitvoeren van bewegingen aan de patiënt of doen uitvoeren van bewegingen door de patiënt;
- b. massagetherapie, waaronder wordt verstaan het methodisch toepassen van specifieke handgrepen aan het lichaam van de patiënt;
- c. fysische therapie in engere zin, waaronder wordt verstaan het aan de patiënt toedienen van fysische prikkels, niet zijnde ioniserende stralen.

Uit het vorenstaande blijkt dat fysiotherapie zich richt op het *steun- en bewegingsapparaat*. De vraag doet zich regelmatig voor of een bepaalde behandeling aangemerkt kan worden als fysiotherapie. Hierna volgen een aantal voorbeelden.

Targeted training therapy:

Advies aan SKGZ CVZ 23-11-2010 Zaaknr: 2010106692	Targeted training therapy bij cerebrale parese voldoet niet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk en behoort daarmee niet tot de te verzekeren prestatie fysio- en oefentherapie.
--	---

UV-B therapie:

M0502177 CVZ 07-02-2000	UV-B behandeling door een fysiotherapeut voor een huidziekte als psoriasis kan <i>niet</i> worden aangemerkt als fysiotherapie zoals bedoeld in de Regeling paramedisch hulp.
-------------------------------	---

Cranio-sacraaltherapie:

UB/20027162 CVZ 05-12-2000	Cranio-sacraal therapie maakt geen onderdeel uit van de opleiding of bijscholing van fysiotherapeuten en kan derhalve niet beschouwd worden als een onderdeel van fysiotherapie. In dit geval heeft ook geen verwijzing door de huisarts plaatsgevonden en is een bedrag in rekening gebracht dat niet conform het goedgekeurde tarief voor fysiotherapie is.
----------------------------------	---

Haptonomie of haptotherapie:

22028080 CVZ 29-08-2002	Haptonomie of haptotherapie is gericht op bewustmaking van gevoelens door aanraking. Het is niet duidelijk gericht op het bewegings-apparaat, noch maakt het als zodanig gebruik van de erkende vormen van fysiotherapeutisch handelen. Haptonomie kan wel in de fysiotherapie gebruikt worden <i>als onderdeel van</i> een fysiotherapeutische behandeling.
-------------------------------	--

Manuele therapie:

Rb. Assen 29-6-2006 06/43 ZFW RZA 2006/148	Geen aanspraak op verlenging manuele therapie De aanvraag voor verlenging van de machtiging voor het ondergaan van manuele therapie vanwege een whiplash is terecht geweigerd gelet op de geldende regelgeving. Het feit dat verdere behandeling nog effect heeft en er daarmee nog winst is te behalen doet hieraan niet af.
22044054 CVZ 18-09-2002	Manuele therapie is geen ziekenfondsverstrekking. Wel kan de aanspraak op zorg door een fysiotherapeut ook manueel therapeutische technieken omvatten. De behandelaar moet dan wel als fysiotherapeut geregistreerd zijn en bekwaam zijn in het geven van manuele therapie en daarnaast ook een overeenkomst met de zorgverzekeraar hebben afgesloten.

<p>Standpunt CVZ 23-3-2009 27070321 (29031646) (CVZ-website)</p>	<p>Manuele fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Of manuele fysiotherapie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk kan het CVZ geen algemene uitspraak doen. Het CVZ zal op basis van nader onderzoek in het kader van een update van de zgn. chronische lijst over een aantal indicaties aangeven of manuele fysiotherapie effectief is en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Of manuele fysiotherapie bij die aandoeningen een te verzekeren prestatie als bedoeld in de Zvw betreft, zal het CVZ eerst dan kunnen beoordelen.</p>
--	---

Medische fitness

Medische fitness en vergelijkbare activiteiten, zoals b.v. fysio-fitness, Slender You, groepszwemmen vallen niet onder het recht op oefentherapie of fysiotherapie.

Medische fitness is geen eenduidig omschreven behandeling of activiteit. Fitness is dan het werken aan het verbeteren of het behoud van de conditie, meestal in groepsverband en soms met behulp van apparatuur. Het werken aan verbetering of het behoud van de conditie behoort tot algemeen gezond gedrag, ook als dat plaatsvindt in groepsverband onder (deskundige) begeleiding. Dit laat onverlet dat inhoudelijke aspecten van wat medische fitness wordt genoemd vaak professioneel verantwoorde componenten kunnen zijn van oefentherapeutische of fysiotherapeutische behandeling.

<p>RZA 2001, 49 CVZ, 26-04-2001</p>	<p>Als behandelingsmethode voor fysiotherapie worden aangemerkt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bewegingstherapie, waaronder wordt verstaan het door de fysiotherapeut uitvoeren van bewegingen aan de patiënt of het doen uitvoeren van bewegingen door de patiënt; b. Massagetherapie, waaronder wordt verstaan het methodisch toepassen van specifieke handgrepen aan het lichaam van de patiënt; c. Fysische therapie in engere zin, waaronder wordt verstaan het aan de patiënt toedienen van fysische prikkels, niet zijnde ioniserende stralen. <p>De Commissie Lijst, de deskundigen Commissie van het CVZ die de minister adviseert over eventuele bijstellingen van de lijst, heeft in januari 2000 op verzoek van de minister een advies uitgebracht over medische fitness. Volgens de Commissie Lijst kan medische fitness in zijn algemeenheid niet beschouwd worden als een vorm van fysiotherapie of van oefentherapie. Het werken aan de verbetering of het behoud van de conditie kan gerekend worden tot algemeen gezond gedrag, ook als dat plaatsvindt in groepsverband onder (deskundige) begeleiding.</p>
<p>UB/22052573 CVZ 06-11-2002</p>	<p>Over fysiofitness kan hetzelfde gezegd worden als hetgeen de Commissie Lijst zegt over zogeheten medische fitness: geen eenduidig omschreven activiteit, maar globaal bestaand uit conditieverbetering onder leiding van een fysiotherapeut. Het werken aan de verbetering of het behoud van de conditie kan gerekend worden tot algemeen gezond gedrag, ook als dat plaatsvindt in groepsverband onder (deskundige) begeleiding. Overigens bestaat binnen de verstrekking fysiotherapie de mogelijkheid tot groepsbehandeling, maar daaraan heeft de minister</p>

	duidelijke voorwaarden gesteld, waaronder afspraken hierover met de zorgverzekeraar.
20008785 CVZ 02-03-2000	Slender behandeling is niet te beschouwen als een vorm van fysiotherapie in de zin van de Zorgverzekeringswet of als een andere verzekerde prestatie.

Groepsbehandeling

Binnen de verstrekking fysiotherapie bestaat de mogelijkheid tot groepsbehandeling door fysiotherapeuten. Voor deze vorm van fysiotherapie gelden duidelijke voorwaarden, waaraan medische fitness en vergelijkbare activiteiten niet voldoen.

RZA 2002, 127 Rb Haarlem, 26-04-2002	De verzekerde volgt een duurtraining bij een sport- en gezondheids-instituut onder leiding van een fysiotherapeut. De training is geen fysiotherapie of oefentherapie waarop aanspraak bestaat.
21030691 CVZ 07-10-2001	Oefentherapie in verwarmd water onder individuele begeleiding van een fysiotherapeut kan onder bepaalde voorwaarden beschouwd worden als fysiotherapie (hydrotherapie) Ook kan er bij oefentherapie (zwemtherapie) in verwarmd water onder leiding van een fysiotherapeut sprake zijn van een vorm van groepsbehandeling, indien de zorgverzekeraar daarover met een behandelaar afspraken heeft gemaakt middels een aanvullende overeenkomst.

Omvang van de hulp

Het recht op fysiotherapie (en oefentherapie) voor verzekerden van achttien jaar en ouder is beperkt tot de behandeling van aandoeningen die langdurige of chronische behandeling vereisen (artikel 2.6, lid 2 Bzv). De eerste twintig behandelingen zijn hierbij van de aanspraak uitgesloten.

Voor verzekerden van achttien jaar of ouder omvat fysiotherapie tevens ten hoogste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie (artikel 2.6, lid 3 Bzv).

Het recht op fysiotherapie voor verzekerden onder de achttien jaar is geregeld in artikel 2.6, lid 4 Bzv: naast fysio- of oefentherapie ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv genoemde aandoeningen, bestaat tevens recht op fysio- en oefentherapie van niet-chronische aandoeningen. Er bestaat dan recht op maximaal negen behandelingen met verlenging van ten hoogste negen behandelingen bij ontoereikend resultaat.

Voorwaarden voor langdurige of chronische behandeling:

- Bijlage 1 van het Bzv somt een limitatieve lijst op voor langdurige of chronische behandeling. Deze lijst is met ingang van 2012 gewijzigd.
- In het Bzv wordt een beperking in tijdsduur aangegeven voor fysiotherapeutische behandeling die varieert al naar gelang de aandoening. Niet alle aandoeningen genoemd in het eerste lid van artikel 3 van de Regeling kennen een beperking in tijd.

Artikel 2.6, lid 1 Bzv

Voor wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst van aandoeningen waarvoor dergelijke paramedische hulp kan worden verstrekt limitatief en dwingend is.

<p>CVZ 02-04-2012 Zaaknr. 2010108581 Volgnr. 2012005854 (CVZ-website)</p>	<p>Het CVZ is van oordeel dat fysio- en oefentherapie (kortdurend en langdurend) voor patiënten met COPD met GOLD-klasse II, III of IV effectief is en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt ook voor de onderhoudsbehandeling na exacerbatie nadat een longrevalidatieprogramma is gevolgd.</p> <p>Het CVZ adviseert de minister van VWS de aandoening COPD te handhaven op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (de zogenoemde chronische lijst). Verder adviseert het CVZ de minister van VWS om de huidige, verouderde maat waarin de diagnose COPD op de chronische lijst wordt uitgedrukt (FEV1/VC kleiner dan 60%), te wijzigingen in GOLD-klasse II of hoger.</p> <p>De omschrijving op bijlage 1 van het Bzv komt dan te luiden: chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van GOLD-klasse II of hoger.</p> <p>De minister van VWS heft dit advies overgenomen. De nieuwe omschrijving op bijlage 1 geldt met ingang van 1 januari 2013.</p>
<p>CVZ 30-05-2011 Zaaknr. 27010216 Volgnr. 2011037337 (CVZ-website)</p>	<p>Het CVZ heeft de minister van VWS geadviseerd aan aantal aandoeningen van de zogenoemde chronische lijst te schrappen (bijlage 1 Bzv). Langdurige behandeling van deze aandoeningen door middel van fysio- en oefentherapie is niet bewezen effectief en kortdurende behandeling (ook als die in de loop der jaren herhaaldelijk aan de orde is) betreft geen noodzakelijk te verzekeren zorg.</p> <p>Op het terrein van het bewegingsapparaat betreft dit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wervelfractuur als gevolg van osteoporose; • reumatoïde artritis of chronische reuma; • chronische artriden; • spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew); • reactieve artritis; • juveniele (idiopatische) chronische artritis. <p>Op het terrein van de cardiale aandoeningen betreft dit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • myocard-infarct; • status na coronary artery bypass-operatie (CABG); • status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA); • status na hartklepoperatie; • status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen. <p>De minister van VWS heeft dit advies van het CVZ overgenomen en de hierboven genoemde aandoeningen met ingang van 1 januari 2012 van de zogenoemde chronische lijst geschrapt.</p>
<p>Standpunt CVZ 9-2-2010 2010017465 (2010023564) (CVZ-website)</p>	<p>Langdurige intermitterende fysiotherapie en oefentherapie bij fibromyalgie is nog geen behandeling die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.</p> <p>De fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling van mensen met fibromyalgie behoort daarmee niet tot de te verzekeren zorg van de Zorgverzekeringswet.</p>
<p>Rb. Breda 4-5-2005</p>	<p>Multidisciplinaire behandeling in Medisch centrum in Tessenderlo/België geen internationaal voldoende beproefde en deugdelijke behandeling.</p>

04/153 ZFW	In het extramuraal centrum behandelen fysiotherapeuten onder aanwijzing van een huisarts hardnekkige klachten. Medische adviezen en fysiotherapeutische behandelingen worden op elkaar afgestemd. Het behandelplan omvat fysieke technieken, aangevuld met aanwijzingen van een huisarts zoals pijnbestrijding, voedingsadviezen, houdingscorrecties, incidentele manuele manipulaties en afbouwen van de medicijnconsumptie.
RZA 2002,166 Rb Roermond 14-03-2002	Nu de aandoening van eiser niet in de opsomming van artikel 3 van de Regeling voorkomt, heeft eiser geen aanspraak op meer dan negen behandelingen. Beroep op artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten en artikel 10 van de Universele Verklaring van de rechten van de mens treft geen doel omdat deze bepalingen niet aangemerkt kunnen worden als ieder verbindende bepalingen als bedoeld in artikel 93 en 94 Grondwet.
96/36141 CVZ 24-01-1997	De aanvragende specialist vermeldt dat er sprake is van een neuropathie in de onderste sacrale segmenten, met name van de onderste sacrale wortels. Er is sprake van een radiculopathie. Deze aandoening wordt genoemd in de lijst aandoeningen, waarvoor langdurige fysiotherapie mogelijk is: artikel 3, eerste lid, onder a, nummer 10 van de Regeling paramedische zorg ziekenfondsverzekering. Bij deze aandoening geldt als beperkende voorwaarde dat er sprake moet zijn van motorische uitval. Dat is hier niet het geval. Geen recht op langdurige fysiotherapie.

Whiplash

In de medische literatuur wordt in het algemeen gesproken over enerzijds het whiplash-trauma of extensie-flexietrauma, een typisch verkeersongeval bij een autorijder, die van achteren wordt aangereden (Pinkhof Geneeskundig woordenboek 1992), en anderzijds het whiplash-syndroom, acuut of chronisch. Dit is het geheel van klachten dat na een dergelijk trauma kan ontstaan. Het acute whiplash-syndroom ontwikkelt zich binnen enkele uren tot een dag na het trauma. Indien na 6 maanden de klachten persisteren, wordt gesproken over een chronisch whiplash-syndroom.

21021117 CVZ, 28-06-2001	Verzekerde met een chronisch post-whiplash-syndroom heeft aanspraak op behandelingen gedurende een maximale periode. In de regelgeving is niet expliciet een koppeling gemaakt met het tijdstip van het whiplash-trauma. De aanspraak op langdurige fysiotherapie is eenmalig en gekoppeld aan het moment van het whiplash-trauma. In de toelichting op de wijziging van de regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. 247, 23-12-1997) staat hierover gemeld: "Na 6 tot 9 maanden treedt in het algemeen een stabilisatie van de klachten op en het niveau van functioneren en dan kan de behandeling beëindigd worden". De achterliggende gedachte is dus dat (extra) fysiotherapie gedurende een bepaalde periode effect kan hebben. Na die periode zal een eindtoestand bereikt zijn en is er geen indicatie meer voor intensieve fysiotherapie. Als de periode van 3 (+ 6) maanden steeds opnieuw zou kunnen ingaan zou een beperking in tijd logisch gezien ook niet zoveel zin hebben.
9903284 CVZ 28-06-1999	Verlenging van fysiotherapie voor de indicatie whiplash is alleen mogelijk als er sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen.

Duur van de fysiotherapeutische behandeling

RZA 2001, 128 Rb Amsterdam 15-10-2001	Een aanvraag voor chronische radiculopathie met motorische stoornis leidt wel tot machtiging voor drie maanden fysiotherapie en een aanvraag voor rugklachten na rugoperatie en spondylodese leidt niet tot een machtiging voor meer dan 18 behandelingen, ondanks het feit dat de lichamelijke constitutie van verzekerde geen veranderingen heeft ondergaan. De rechtbank acht de afwijzing terecht, omdat de woordkeuze met betrekking tot de beschrijving van klachten leidend is voor het verlenen van een machtiging voor langdurige fysiotherapie.
RZA 1998, 110 Rb Rotterdam 13-06-1997	Op grond van de Regeling heeft een verzekerde aanspraak op maximaal drie maanden fysiotherapeutische hulp wanneer er sprake is van een hernia en de aandoening gepaard gaat met motorische uitval of spasticiteit als gevolg van radiculopathie. Deze extra behandelingsperiode is bedoeld voor de periode volgend op het ontstaan van de aandoening. Die termijn is blijkens de toelichting bij de Regeling gerelateerd aan de periode waarin het (geheel of gedeeltelijk) herstel van de beperkingen in het algemeen plaatsvindt.
RZA 1997, 5 ZFR, 27-11-1996	Het ziekenfonds heeft geweigerd toestemming te geven voor meer dan negen behandelingen fysiotherapie. Uit de medische gegevens blijkt dat er sprake is van artrose ten gevolge van een congenitale heupdysplasie. Op grond van de aangeboren heupdysplasie bestaat aanspraak op het aantal noodzakelijke behandelingen per jaar. Dat aantal wordt door de verwijzer in overleg met de fysiotherapeut vastgesteld.

Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a, Zvw;
- Artikel 11 Zvw;
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv;
- Artikel 2.6, eerste, tweede, en vierde lid Bzv;

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Oefentherapie omvat zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden

Tot het deskundigheidsgebied van de oefentherapeut zoals neergelegd in artikel 21 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, behoort:

- onderzoeken van de patiënt op diens houdings- en bewegingsvermogens en -gewoonten en op de aanwezigheid van stoornissen en beperkingen van diens steun- en bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen volgens de oefentherapie, gebaseerd op de bewegingsleer Cesar dan wel de methode Mensendieck, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
- behandelen van de patiënt, strekkende tot het opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen van het steun- en bewegingsapparaat en de daarbij betrokken organen en regelsystemen en het normaliseren van het

houdings- en bewegingsvermogen, door middel van het doen uitvoeren van oefeningen, ontleend aan en gericht op dagelijkse functionele bewegingen en elementaire bewegingsvaardigheden, volgens de bewegingsprincipes en normen van de bewegingsleer Cesar, dan wel het door middel van informatie en begeleiding doen oefenen van vaardigheden, ontleend aan dagelijkse handelingen, volgens de methode Mensendieck;

- het onderzoeken van een persoon of het geven van advies, voorlichting en instructie op basis van de bewegingsleer Cesar dan wel van de methode Mensendieck, aan een persoon, met als doel het bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging in leef-, woon-, werk- en sportsituaties.

De hulp wordt verleend door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Volgens artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut is het recht tot het voeren van de titel van oefentherapeut voorbehouden aan degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding voor oefentherapie-Cesar onderscheidenlijk voor oefentherapie-Mensendieck die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs en die voldoet aan het in de artikelen 19 en 20 gestelde.

Omvang van de hulp

Het recht op oefentherapie voor verzekerden van achttien jaar en ouder is beperkt tot de behandeling van aandoeningen die langdurige of chronische behandeling vereisen (artikel 2.6, lid 2 Bzv). De eerste twintig behandelingen zijn hierbij van de aanspraak uitgesloten.

Het recht op oefentherapie blijft voor verzekerden onder de achttien jaar is geregeld in artikel 2.6, lid 4 Bzv: naast fysio- of oefentherapie ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv genoemde aandoeningen, bestaat tevens recht op fysio- en oefentherapie van niet-chronische aandoeningen. Er bestaat dan recht op maximaal negen behandelingen met verlenging van met ten hoogste negen behandelingen bij ontoereikend resultaat.

RZA 2000, 3 CVZ, 22-11-1999	De wettelijke bepalingen staan er niet aan in de weg, dat in voorkomende gevallen aanspraak bestaat op twee (gedeeltelijk) gelijklopende behandelingsseries door een fysiotherapeut en een oefentherapeut Cesar.
-----------------------------------	--

Ergotherapie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a, Zvw;
- Artikel 11 Zvw;
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv;
- Artikel 2.6, zesde lid Bzv;

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Ergotherapie: afgeleid van het Grieks = *Ergon* = *werk en therapie*: Systematische oefening om door ziekte of anderszins verzwakte of uitgevallen functies te herkrijgen of te stimuleren. Synoniemen zijn: *Arbeidstherapie of bezigheidstherapie*.

Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van 10 behandeluren per jaar.

Tot het deskundigheidsgebied van de ergotherapeut zoals neergelegd in artikel 9 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, behoort:

1°. het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een andere discipline gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar die andere discipline;

2°. onderzoeken van de patiënt of en in hoeverre de vermogens of vaardigheden aanwezig zijn om handelingen te verrichten, ontleend aan het dagelijkse leven of aan de arbeid, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;

3°. behandelen van de patiënt met als doel het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps door het doen verkrijgen of optimaliseren van vaardigheden vereist voor het verrichten van handelingen als bedoeld onder 1°, of door het geven van informatie, instructie en advies aan de patiënt en in daarvoor in aanmerking komende gevallen aan diens naaste betrekkingen, strekkende tot het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de patiënt in diens leef-, woon- of werksituatie;

4°. in daarvoor in aanmerking komende gevallen vervaardigen voor de patiënt van hulpmiddelen of adviseren van de patiënt over te treffen voorzieningen in of aanpassingen van diens leef-, woon- of werksituatie, in het kader van de behandeling als bedoeld onder 3°;

5°. het geven van advies, voorlichting en instructie aan een persoon, met als doel belemmeringen in het zelfstandig functioneren in leef-, woon- of werksituatie te voorkomen.

Het kan zijn dat de hulp *aan de verzekerde zelf* gegeven wordt. Het kan echter ook zijn dat het voor de verzekerde noodzakelijk is dat *mantelzorgers* in de directe omgeving van de verzekerde geadviseerd, geïnstrueerd of getraind moeten worden.

Voor de aanspraak maakt het niet uit of de behandeling plaatsvindt in de behandelruimte van de ergotherapeut of ten huize van de verzekerde.

Het is van belang ergotherapie te onderscheiden van fysiotherapie. Fysiotherapie heeft tot doel het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen aan het bewegingsapparaat. Fysiotherapie richt zich daarbij onder meer op pijnbestrijding en mobiliteitsverbetering. Zoals uit de oude omschrijving van de aanspraak blijkt, gaat het bij *ergotherapie om advisering, instructie, training of behandeling gericht op het bevorderen of herstellen van de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde*. Voor het juiste verwijzen is het van belang deze afbakening voor ogen te houden.

Logopedie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub a, Zvw;
- Artikel 11 Zvw;
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv;
- Artikel 2.6, vijfde lid Bzv;

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Logopedie: afgeleid van het Grieks = Logos = *het gesproken woord en paideia (opleiding)*: Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

De behandeling van dyslexie valt niet onder logopedische zorg, omdat het geen geneeskundig doel heeft. Het is een behandeling om het leesvermogen te verbeteren. Muziektherapie als een vorm van logopedie is geen verstreking.

Tot het gebied van deskundigheid van de logopedist wordt gerekend:

- 1°. het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een andere discipline gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar die andere discipline;
- 2°. uitwendig onderzoeken van de patiënt of en zo ja in hoeverre:
 - de vermogens tot het spreken, leren spreken en gebruiken van taal aanwezig zijn,
 - de vermogens tot veilig en efficiënt eten, drinken en slikken aanwezig zijn,
 - de gehoor-, stem- of spraakorganen functioneren, daaronder begrepen de invloed van de ademhaling op de stemgeving,
 - er mede aan de persoonlijkheid van de patiënt en diens relatie tot zijn omgeving gerelateerde stoornissen in het toepassen van taal of het spreken aanwezig zijn, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
- 3°. behandelen van de patiënt, gericht op:
 - het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van diens gehoor-, stem- of spraakorganen of het voor de stemgeving noodzakelijke reguleren van diens ademhaling;
 - het opheffen van bij de patiënt aanwezige stoornissen in het spreken of leren spreken of in het gebruiken van de taal of in het adequaat eten, drinken en slikken, al dan niet in samenhang met de daartoe noodzakelijke beïnvloeding van beweging of gedrag;
 - het in het kader van de behandeling begeleiden van de patiënt bij het aanwenden van hulpmiddelen die het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen bevorderen of die deze organen geheel of ten dele vervangen;
- 4°. het onderzoeken van een persoon of het geven van logopedisch advies aan een persoon, met als doel het voorkomen van stoornissen in het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen dan wel in het spreken of in het gebruiken van de taal.

22021015 CVZ 28-08-2002	Gelet op de door de logopedist omschreven expressieve afasie heeft verzekerde een ernstige spraakhandicap. Op grond van artikel 26, eerste lid, onder i van de Regeling hulpmiddelen vallen hieronder spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap. Een taalzakboek is een communicatiehulpmiddel in de vorm van een ringband met afbeeldingen en woordenlijsten van allerlei begrippen
-------------------------------	---

	uit het dagelijks levens. Een taalzakboek is te beschouwen als een letter- en symbolenset, zoals bedoeld in de Regeling.
20035729 CVZ 07-10-2000	Verzekerde met laryngectomie vanwege larynxcarcinoom. Daardoor sprake van een ernstig spraakprobleem. Er bestaat indicatie voor spraakuitvoerende apparatuur, zoals de VisiTolk, als verzekerden niet meer met behulp van spraak kunnen communiceren en conventionele communicatiehulpmiddelen niet (meer) voldoen. De Visitolk is een apparaat met een klein beeldscherm dat door een snoer aan een toetsenbord verbonden is. De gesprekspartner met het spraakprobleem kan teksten intoetsen, die de ander tegelijkertijd van het beeldscherm af kan lezen. Is voor directe communicatie. Teksttelefoon is voor telefonische communicatie. In dit geval geen aanspraak, omdat verzekerde voor de directe communicatie gebruik kon maken van pen en papier.
20021243 CVZ 04-11-2000	De ondergane dyslexietest behoort tot de aanspraak op logopedie en valt niet onder de uitzondering genoemd in artikel 2, eerste lid van de Regeling, welk artikel logopedische behandeling voor dyslexie uitsluit.
21025250 CVZ 09-11-2001	Muziektherapie als vorm van logopedie is geen verstrekking in de zin van de Regeling.

Dieetadvisering

Dieetadvisering binnen en buiten 'ketenzorg'

Vanaf 1 januari 2013 luidt artikel 2.6 lid 7:

Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar³².

De vraag is gerezen wat de verhouding is tussen dieetadvisering als zelfstandige te verzekeren prestatie en dieetadvisering als onderdeel van een Wmg-prestatie voor ketenzorg.

De concrete vraag is:

In hoeverre heeft een verzekerde aanspraak op de zelfstandige te verzekeren prestatie dieetadvisering als hij deze zorg ook ontvangt als onderdeel van ketenzorg voor een specifieke aandoening, gegeven het maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Hierna definiëren we eerst 'ketenzorg' en bakenen dan de dieetadvisering binnen en buiten deze zorg af.

1. Ketenzorg

Onder 'ketenzorg' wordt het volgende verstaan:

- gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor een specifieke aandoening op basis van de relevante zorgstandaard die of
 1. integraal wordt bekostigd met toepassing van de Wmg-beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (vooralnog zijn er beleidsregels voor DM 2, COPD en VRM)³³ ,
 - of
 2. waarbij de verschillende zorgaanbieders los worden gecontracteerd. De coördinatie- en organisatiekosten worden separaat bekostigd ('koptarief'/GEZ-module).

2. Dieetadvisering binnen en buiten de ketenzorg

Dieetadvisering binnen 'ketenzorg' wordt geschaard onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit heeft twee consequenties:

1. het maximum van drie uur per kalenderjaar voor dieetadvisering (artikel 2.6 lid 7 Bzv) is niet van toepassing. De verzekerde ontvangt 'dieetadvisering' als onderdeel van ketenzorg voorzover hij daarop 'redelijkerwijze is aangewezen'. Dit wordt bepaald aan de hand van de zorgstandaard en, waar deze niet volstaat, de individuele kenmerken van de verzekerde.
2. Dit geldt zowel voor de ketenzorg die integraal bekostigd wordt, als de ketenzorg die bekostigd wordt met behulp van 'koptarief'/GEZ-module
3. de zelfstandige te verzekeren prestatie 'dieetadvisering' is nog voor maximaal 3 uur per kalenderjaar beschikbaar **in verband met andere aandoeningen**.

De declaratiecodes kunnen inzichtelijk maken welke vorm van dieetadvisering aan de orde is. De volgende situaties worden onderscheiden:

- *integrale bekostiging:*
de declaratie voor dieetadvisering is in het integrale tarief opgenomen - 4xxxx-codes.
- *dieetadvisering als onderdeel van ketenzorg met behulp van 'koptarief'/GEZ-module:*
declaratie van dieetadvisering via de 63xx-codes.

³² Staatsblad 2012, 512

³³ De beleidsregel verwijst nog naar DM 2. De betreffende zorgstandaard omvat ook DM 1

- *dieetadviesering bij andere aandoeningen:*
declaratie van dieetadviesering via 6xxx-codes.

NB

In 2013 beperkt artikel 2.6 lid 7 Bzv 'dieetadviesering' niet meer tot 'gecoördineerde multidisciplinaire zorg' bij een aantal chronische aandoeningen, zoals in 2012. Het CVZ heeft in 2012 het standpunt ingenomen dat onder 'gecoördineerde multidisciplinaire zorg' in dit geval ook 'informele samenwerkingsverbanden' vallen. Deze uitleg geldt echter alleen in 2012 vanwege deze omschrijving in artikel 2.6 lid 7 Bzv. Dit betekent dat in 2013 'informele samenwerkingsverbanden' niet meer gelijkgesteld worden aan ketenzorg (hetzij integraal bekostigd, hetzij met behulp van 'koptarief'/GEZ-module). Voor de dieetadviesering is in deze gevallen het maximum van drie behandeluren per kalenderjaar van toepassing. Dit betekent ook dat de vigerende Wmg-prestaties gelden. De prestatie wordt geboekt op de 6xxx-codes.

3. Dieetadviesering en het verplicht eigen risico

Artikel 2.17 lid 1 sub c Bzv sluit 'ketenzorg' uit van het verplicht eigen risico, voorzover het gaat om ketenzorg die bekostigd wordt met toepassing van de Wmg-beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. VWS heeft bevestigd dat er inhoudelijk geen reden is om de andere bekostigingsvormen van ketenzorg (koptarief/GEZ-module) wél binnen het eigen risico te laten vallen. Dit betekent dat ook bij de niet-integrale vormen van bekostiging de ketenzorg buiten het verplicht eigen risico valt. Dit geldt echter alleen voor de 'formele' samenwerkingsverbanden. Voor de 'informele' samenwerkingsverbanden geldt het verplicht eigen risico wel (evenals in 2012).

Overigens kan ook een zorgverzekeraar zelf besluiten om zorg en overige diensten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico te laten vallen, als een verzekerde zich wendt tot een door hem aangewezen aanbieder of een specifiek preventieprogramma heeft gevolgd³⁴.

³⁴ Artikel 2.17 lid 2 sub b Bzv geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid om kosten voor zorg of overige diensten buiten het verplicht eigen risico te laten vallen indien :

- (...)
- a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder; of
 - b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd.

Farmaceutische Zorg

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub c Zvw
- Artikel 1, sub d, 2.1, 2.2 en artikel 2.8 Bzv
- Artikel 2.5, 2.39 tot en met 2.50 Rzv
- Bijlage 1, Bijlage 2, behorende bij artikel 2.5, tweede en derde lid Rzv
- Artikel 40, derde lid, sub a, c, e Gw

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Farmaceutische zorg omvat:

- terhandstelling van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
- het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.
- mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, sub a Gw – magistrale bereidingen (zie hieronder 16.1),
 - 2°. artikel 40, derde lid, sub c Gw, die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant, of
 - 3°. artikel 40, derde lid, sub c Gw, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land, en op verzoek van een arts binnen het grondgebied worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem, die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1: 150.000 inwoners.
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Volgens artikel 2.8, tweede lid Bzv omvat de farmaceutische zorg géén:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen,
- b. geneesmiddelen ingeval van ziekerisico bij reizen,
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid, sub b Gw,
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel,
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, sub f Gw.

Door de functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw bepaalt de wetgever de omvang van de zorg, maar regelt de zorgverzekeraar wie de zorg verleent en waar die wordt verleend. Ook regelt hij de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten³⁵.

De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar

Volgens artikel 1 sub d Bzv is een *geregistreerd geneesmiddel* een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is verleend krachtens de Gw³⁶ dan wel krachtens de Verordening (EG) nr. 726/2004³⁷.

Een verzekerde heeft op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a van het Bzv slechts *aanspraak* op terhandstelling van de - in bijlage 1 en/of 2 van de Rzv - aangewezen

³⁵ Nota van toelichting Bzv, p. 19 Stb. 2005, 389

³⁶ Het register, bedoeld in artikel 53 Gw

³⁷ Artikel 1, eerste lid, sub fff Gw

geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.

Als een geneesmiddel behoort tot een in bijlage 2 genoemde categorie van geneesmiddelen, moet voldaan worden aan de bij de betreffende categorie vermelde indicaties.

Bij de *aanwijzing van geregistreerde geneesmiddelen* ('preferentiebeleid') moet de zorgverzekeraar artikel 2.8, derde en vierde lid Bzv in acht nemen:

- De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
- Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

De verzekerde betaalt een *eigen bijdrage* voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd (artikel 2.8, zesde lid Bzv).

Gelet op het strikt limitatieve karakter van de toepasselijke regelgeving en het ontbreken van een hardheidsclausule, is een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen op Bijlage 1 geen zelfstandige verzekerde prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet. De regelgeving laat de zorgverzekeraar op dit punt geen beoordelings- of beleidsruimte. Opmerkelijk in dit licht is de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 september 2000 over mycofenolaatmofetil/**CellCept**® (zie RZA 2001, 30).

De CRvB oordeelde hier als volgt:

'Ook al bestaat gezien de wettelijke bepalingen geen aanspraak op verstrekking van een bepaald geneesmiddel (i.c. mycofenolaatmofetil (CellCept®), dan brengt een zorgvuldige en deugdelijke gemotiveerde afweging van de in aanmerking te nemen belangen met zich mee dat de vraag onder ogen moet worden gezien of sprake is van een levensbedreigende situatie, dan wel van een medisch ernstig bedreigende situatie, met mogelijk onherstelbare gevolgen, voor een of meer vitale organen van de betrokken verzekerde en dat het resultaat van die afweging in het besluit inzichtelijk gemaakt wordt. Een apotheker is geen belanghebbende in een verstrekkingengeschil.'

Bijlagen 1 en 2, behorende bij artikel 2.5, tweede en derde lid Rzv worden geregeld gewijzigd: er worden nieuwe geneesmiddelen aangewezen, andere geneesmiddelen worden van de bijlage gehaald. Het verdient aanbeveling om regelmatig te controleren of de bijlagen zijn gewijzigd. Raadpleeg hiervoor www.overheid.nl.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Als een geneesmiddel behoort tot een in **Bijlage 2** genoemde categorie van geneesmiddelen, moet voldaan worden aan de bij de betreffende categorie vermelde indicaties (artikel 2.5, tweede lid Rzv).

Per 1 januari 2012 zijn de geneesmiddelengroep TNF-alfaremmers en een drietal andere (vergelijkbare) geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) naar de verzekerde prestatie geneeskundige zorg.

Alle toepassingen ('indicaties') van de betreffende geneesmiddelen die nu via het GVS als verzekerde zorg zijn aangemerkt en door zorgverzekeraars worden vergoed, kunnen in de nieuwe situatie door instellingen als toevoeging bij de DOT-DBC gedeclareerd worden bij zorgverzekeraars. Het gaat dan o.a. om de geregistreerde indicaties bij inflammatoire aandoeningen (zoals reumatoïde artritis en colitis ulcerosa), maar ook om de niet-geregistreerde toepassingen als therapieresistente vormen van sarcoïdose en uveïtis. Voor meer informatie: zie de brief 'voorhang bekostiging dure geneesmiddelen (TNF-alfaremmers) d.d. 11 mei 2011 van de minister (kenmerk:GMT/VDG 3063577)

Het gaat om de volgende geneesmiddelen:

- adalimumab (Humira) – nr. 33
- etanercept (Enbrel) – nr. 22
- certolizumab (Cimzia) – nr. 62
- golimumab (Simponi) – nr. 63
- infliximab (Remicade) – nr. 48

Daarnaast heeft de maatregel ook betrekking op onderstaande geneesmiddelen:

- abatacept (Orencia) – nr. 69
- ustekinumab (Stelara) – nr. 60
- anakinra (Kineret) – nr. 27 (attentie: onder dit nummer staan diverse geneesmiddelen; de maatregel heeft alleen betrekking op anakinra).

Deze drie producten zijn, net als de TNF-alfaremmers, geneesmiddelen die uitsluitend door een medisch specialist worden voorgeschreven, en wel bij indicaties waarbij ook de TNF-alfaremmers worden toegepast.

De Beleidsregel medisch specialistische zorg (BR/CU 2035) van de NZa kan ook worden geraadpleegd: de twee lijsten met de TNF alfaremmers en de dure geneesmiddelen gaan samen in een lijst die als bijlage bij deze beleidsregel is opgenomen.

Per 1 januari 2013 worden een aantal oncolytica, fertiliteitshormonen en hormonen gebruikt bij groeistoornissen overgeheveld naar de verzekerde prestatie geneeskundige zorg. Hierdoor maken zij niet langer meer uit van het GVS.

Voor meer informatie: zie de brief 'voorhang medisch-specialistische geneesmiddelen in 2013 d.d. 24 mei 2011 van de minister (kenmerk:GMT-3116410).

Het gaat om de volgende geneesmiddelen:

Fertiliteitshormonen
CHORIONGONADOTROFINE (ATC G03GA01)
MENOPAUZEGONADOTROFINE (ATC G03GA02)
UROFOLLITROPINE (ATC G03GA04)
FOLLITROPINE (ALFA) (ATC G03GA05)
FOLLITROPINE (BETA) (ATC G03GA06)
CHORIOGONADOTROPINE ALFA (ATC G03GA08)
CORIFOLLITROPINE ALFA (ATC G03GA09)
CLOMIFEEN (ATC G03GB02)
GONADORELINE (ATC H01CA01)
NAFARELINE (ATC H01CA02)
GANIRELIX (ATC H01CC01)
CETRORELIX (ATC H01CC02)
Hormonen gebruikt bij groeistoornissen
SOMATROPINE (ATC H01AC01)
MECASERMINE (ATC H01AC03)

Oncolytica

IMATINIB (ATC L01XE01)

GEFITINIB (ATC L01XE02)

ERLOTINIB (ATC L01XE03)

SUNITINIB (ATC L01XE04)

SORAFENIB (ATC L01XE05)

DASATINIB (ATC L01XE06)

LAPATINIB (ATC L01XE07)

NILOTINIB (ATC L01XE08)

EVEROLIMUS (ATC L01XE10; alleen merknamen AFINITOR en VOTUBIA)

PAZOPANIB (ATC L01XE11)

MITOTAAN (ATC L01XX23)

BEXAROTEEN (ATC L01XX25)

LENALIDOMIDE (ATC L04AX04)

Ten slotte heeft de minister in de brief van 17 augustus 2012 (MC-U-3125851) besloten dat het geneesmiddel vemurafenib, voor de behandeling van melanoom, niet eerst wordt opgenomen in het GVS maar direct in de ziekenhuisbekostiging wordt opgenomen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen ?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Het bij de terhandstelling behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.

Farmaceutische zorg omvat meer activiteiten dan enkel de activiteiten die worden verricht bij de terhandstelling van een geneesmiddel. Farmaceutische zorgverleners geven advies en begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding voor middelen die voor rekening van de zorgverzekering komen zitten in het basispakket. Het advies en de begeleiding kunnen wel, maar hoeven niet tegelijkertijd met de terhandstelling van het geneesmiddel plaats te vinden. Om die reden is in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, het voegwoord 'of' gebruikt.

<p>28094232 CVZ 14-10-2008</p>	<p>Farmaceutisch consult</p> <p>Het farmaceutisch consult betreft een gestructureerde, kritische evaluatie van het medicijngebruik van patiënten die chronisch vier of meer medicijnen gebruiken. Doel is om overeenstemming te bereiken met de patiënt over zijn behandeling, optimalisering van het effect van medicijnen, minimaliseren van het aantal medicatiegerelateerde problemen en vermindering van medicijnverspilling. Naar het oordeel van het College kan het farmaceutisch consult beschouwd worden als farmaceutische zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet. Uit de NAN-normen van de KNMP over de behandelovereenkomst, farmaceutische zorg-en dienstverlening en de nazorg en evaluatie van de farmaceutische zorg-en dienst-verlening volgt dat de beroepsgroep medicatiebewaking rekent tot de zorg zoals apothekers die plegen te bieden. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de reguliere medicatiebewaking en de complexere vormen van medicatiebewaking.</p>
<p>2010069178 CVZ 31-5-2010</p>	<p>Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering</p> <p>De NZa heeft de farmaceutische zorg beschreven in 14 prestaties, elk met een aantal bijhorende activiteiten. Het gaat hierbij om zorg zoals een apotheker dat pleegt te bieden. In dit standpunt duidt het CVZ welke van deze prestaties en activiteiten verzekerde zorg zijn.</p>
<p>2011090631 CVZ 29-8-2011</p>	<p>Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg 2012 - duiding in het kader van de zorgverzekering</p> <p>Op 31 mei 2010 bracht het CVZ het rapport 'Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, duiding in het kader van de zorgverzekering' uit over de beleidsregel 'Prestatiebeposting farmaceutische zorg' (BR/CU-5045). De NZa heeft voor 2012 de nieuwe beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg' (BR/CU-5046) met 11 prestaties vastgesteld. In dit standpunt duidt het CVZ welke van deze prestaties en activiteiten verzekerde zorg zijn.</p>

Niet-geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, mits het rationele farmacotherapie betreft

Relevante regelgeving

Volgens artikel 2.8, eerste lid sub b Bzv gaat het hier om de volgende geneesmiddelen:

1°. artikel 40, derde lid, sub a Gw (I),

2°. artikel 40, derde lid, sub c Gw, die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant(I), of

3°. artikel 40, derde lid, sub c Gw, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land, en op verzoek van een arts binnen het grondgebied worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem, die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1: 150.000 inwoners (II).

Bij alle categorieën dient het te gaan om rationele therapie: een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering onderscheidenlijk de patiënt.

Magistrale bereidingen

Omschrijving te verzekeren prestatie

artikel 40, derde lid, sub a Gw

Voorwaarden voor verzekerde prestatie

- Sinds 1 juni 2002 wordt aan magistrale bereidingen de voorwaarde gesteld dat het moet gaan om rationele therapie. Deze voorwaarde heeft niet alleen betrekking op aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen maar ook aan ongeregistreerde geneesmiddelen, waaronder dus magistrale bereidingen.
- De CFH heeft in overleg met ZN een landelijk overzicht opgesteld van grondstoffen die bij gebruik van apotheekbereidingen als niet-rationeel zijn aan te merken. De lijst is opgenomen in het Farmacotherapeutisch Kompas (FK). Als niet-rationeel worden beschouwd bereidingen die overeenkomen met Warenwetproducten, bereidingen waarvan één van de te verwerken grondstoffen staat op de lijst van niet-rationele apotheekbereidingen, eigen bereidingen vervaardigd uit lichaamsmateriaal en bereidingen waarvan uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur geen rationaliteit blijkt (zie hoofdstuk Vergoeding niet geregistreerde indicaties, niet-geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen, paragraaf 3 Apotheekbereidingen van het FK).
- Ongeregistreerde geneesmiddelen - waaronder magistrale bereidingen - die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel behoren niet tot de verzekerde farmaceutische zorg.

Overzicht relevante jurisprudentie:

Voor een overzicht van CFH-rapporten zie <http://www.cvz.nl/publicaties/cfhrapporten>

RZA 2007/164 CVZ 23-10-2007 nr. 27026937	Thalidomine als apotheekbereiding bij myelofibrose kan niet worden beschouwd als rationele farmacotherapie en valt daarom niet onder de te verzekeren presentatie farmaceutische zorg.
Cvz 15-4-2008 27023547	Magistraal bereide oogdruppels met autoloog serum voor patiënten met het syndroom van Sjögren. De oogdruppels wordt bereid in de ziekenhuisapotheek van het ziekenhuis waar het bloed van de patiënt wordt opgewerkt tot serum. Uit de indicatiestelling blijkt dat het om meer gaat dan een simpele vervanging van traanvocht: deze traanvochtvervanger beoogt tevens effect te hebben op het voorkomen en eventueel genezen van erosies van het hoornvliesepitheel door de werking van diverse bestanddelen in het gebruikte autologe serum. Het serum is geen farmaceutische zorg omdat het gaat om een bereiding door de apotheker met lichaamseigen stoffen (bloed), maar wel geneeskundige zorg.
CRvB 06-06-2007 05/1233 ZFW, LJN: BA7203	Medicinale cannabis geen rationele farmacotherapie in verband met dwarslaesie; bestrijding chronische pijn en verminderen spierspasmen. Verwijzing naar CFH rapport 2-9-2003
CRvB 06-06-2007 05/7000 ZFW, LJN: BA7744	Medicinale cannabis (Cannabis flos Bedrocan) geen rationele farmacotherapie in verband met neuropathische pijn linker bovenkwadrant. Verwijzing naar CFH rapport 2-9-2003.
RZA 2007, 77 CRvB 14-03-2007	De aanvraag tot vergoeding van het middel Pao Pereira is terecht afgewezen, aangezien er geen sprake is van rationele farmacotherapie.
RZA 2006, 176 CVZ 28-09-2006	Voor de bepaling van het moment vanaf wanneer behandeling met de magistrale bereiding fumaarzuur bij de indicatie ernstige psoriasis kan worden aangemerkt als rationele farmacotherapie, kan niet zonder meer worden uitgegaan van de datum waarop de CFH geoordeeld heeft dat sprake is van rationele farmacotherapie. Conform recente jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep op het gebied van medisch-specialistische zorg is bij het bepalen van bovengenoemd moment van belang op welk moment de resultaten van het voor de omslag relevante wetenschappelijk onderzoek aan de beroepsgroep bekend zijn gemaakt.
RZA 2006, 141 Rb Maastricht 07-07-2006	Verstrekking van ketaminezalf als pijnmedicatie bij multifocale dystonie in het kader van reflex sympathische dystrofie, is terecht afgewezen nu niet gebleken is dat behandeling met deze zalf volgens de internationale medische wetenschap als werkzaam en effectief wordt beschouwd.
AWB 05/1885 ZFW Rb Maastricht 07-07-2006	Magistrale bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van rationele farmacotherapie. Daaronder wordt verstaan de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Vereist is dat uit de artikelen blijkt dat uit gerandomiseerde, gecontroleerde trials blijkt dat de betreffende behandeling effectief en werkzaam is.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

Omschrijving te verzekeren prestatie

In verband met Europese regelgeving, ten gevolge waarvan geneesmiddelen bestemd voor zeldzame aandoeningen meer en meer geregistreerd worden, zullen de termen *weesgeneesmiddelen* en *orphan drugs* alleen nog ter duiding van de als zodanig *geregistreerde* geneesmiddelen worden gebruikt. De groep *ongeregistreerde* geneesmiddelen die voorheen weesgeneesmiddel of orphandrug werden genoemd zullen voortaan als *ongeregistreerde geneesmiddelen die bestemd zijn voor een ziekte die in Nederland bijna niet voorkomt* worden aangemerkt.

De reden dat bepaalde geneesmiddelen niet ter registratie worden aangeboden is vaak om een zuiver financieel-economische reden. Bij een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan 1:150.000 inwoners is registratie van een geneesmiddel, dat bestemd is voor de behandeling van die aandoening, voor de fabrikant/importeur niet lonend. Door het geringe aantal patiënten in Nederland is de fabrikant/importeur niet in staat de kosten van het registratieproces terug te verdienen. Deze categorie ziet op ongeregistreerde geneesmiddelen die bestemd zijn voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Volgens artikel 40, eerste lid Gw is het in Nederland verboden ongeregistreerde geneesmiddelen te importeren, af te leveren, te bereiden en te verkopen. Niettemin kan de noodzaak bestaan een patiënt met een dergelijk middel te behandelen.

Bij de beoordeling of een ongeregistreerd geneesmiddel bij een bepaalde indicatie als rationeel kan worden aangemerkt worden de volgende criteria gehanteerd.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie

Een ongeregistreerd geneesmiddel wordt ten laste van de zorgverzekering verstrekt:

- Als het gaat om geneesmiddelen die overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht en die in een andere lidstaat of een derde land in de handel zijn en op zijn verzoek zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht;
- Bestemd is voor de behandeling van een aandoening die in Nederland minder voorkomt dan 1:150.000 inwoners (artikel 2.8, eerste lid, sub b, onderdeel 3 Bzv).
- De werkzaamheid bij de betreffende aandoening wetenschappelijk is onderbouwd; rationele farmacotherapie. Daarnaast mag er in Nederland voor die aandoening geen behandeling mogelijk zijn met enig in Nederland geregistreerd of magistraal (=door de apotheker bereid) te bereiden geneesmiddel.

Overzicht relevante jurisprudentie:

RZA 2007/165 CVZ 23-10-2007 nr. 27026936	Thalidomide bij Light chain deposition disease (LCDD) kan niet beschouwd worden als rationele farmacotherapie en valt daarom niet onder te verzekeren prestatie farmaceutische zorg.
---	--

RZA 2007/164 CVZ 23-10-2007 nr. 27026937 bij mag bereiding	Thalidomine als apotheekbereiding bij myelofibrose kan niet worden beschouwd als rationele farmacotherapie en valt daarom niet onder de te verzekeren presentatie farmaceutische zorg.
RZA 2007/162 CVZ 24-10-2007 nr. 27034957	De toepassing van het ongeregistreerde geneesmiddel tetrabenazine bij (tardieve) dyskinesie als gevolg van de ziekte van Huntington valt onder de verzekerde prestatie van de Zvw. Een ongeregistreerd geneesmiddel valt onder de verzekerde prestatie farmaceutische zorg als het is voorgeschreven ter behandeling van een zeldzame aandoening (het komt niet vaker voor dan bij 1 op de 150 000 inwoners) en als er sprake is van rationele farmacotherapie. De CFH heeft geconcludeerd dat het aantal therapieresistente patiënten met ernstige (tardieve) dyskinesie als gevolg van de ziekte van Huntington, dat is aangewezen op het gebruik van tetrabenazine, onder de grens van 1 op de 150 000 inwoners ligt. De toepassing van tetrabenazine in voornoemde omstandigheden is voldoende wetenschappelijk onderbouwd en kan worden beschouwd als rationele farmacotherapie.
RZA 2007, 104 Rb Arnhem 23-04-2007	Geneesmiddel Revlimid; een multipel myeloom van het recidief/refractair type is een in Nederland zelden voorkomende ziekte.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Voor een overzicht van CFH-rapporten zie
<http://www.cvz.nl/publicaties/cfhrapporten>

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Eerst dient te worden onderzocht of het aangevraagde een dieetpreparaat (gewijzigde fysische én chemische samenstelling) betreft en niet aangepaste voedingsmiddelen of dieetproducten (bijvoorbeeld glutenvrije producten of geitenmelk).

Vervolgens dient verzekerde een indicatie voor een dieetpreparaat te hebben. Dit dient de adviserend geneeskundige te beoordelen.

RZA 2006, 133 SKGZ 12-07-2006	Nutlis is een dieetproduct, en géén dieetpreparaat. Er is uitsluitend sprake van een dieetpreparaat indien, ten opzichte van normale voeding, zowel de fysische als de chemische samenstelling van het product is gewijzigd. Zulks is niet aan de orde; het betreft hier een verdikkingsmiddel.
RZA 1999, 67 ZFR 20-04-1999	Dieetpreparaten hebben ten opzichte van normale voeding zowel een gewijzigde chemische als een gewijzigde fysische samenstelling. MCT-margarine kan niet worden aangemerkt als fysisch gewijzigd ten opzichte van normale voeding. MCT-olie daarentegen is wel een dieetpreparaat, omdat deze niet alleen chemisch is gewijzigd maar ook fysisch is gezuiverd van alle restproducten.
RZA 1998, 45 Rb Alkmaar 03-02-1998	Verzekerde heeft ernstige stofwisselingsstoornis. De door hem gebruikte voedingsmiddelen (Loprofin en glutenvrij meel) behoren echter niet tot de dieetpreparaten als bedoeld in de regelgeving.
RZA 1995, 48 ZFR 03-03-1995	Dieetproducten zijn, ongeacht de hogere prijs, aangemerkt als 'normale voeding'. Er bestaat geen aanspraak op een dieetkostenvergoeding voor de dieetproducten.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Op grond van artikel 2.5, derde lid van de Rzv jo. bijlage 2, onderdeel 1, behoren dieetpreparaten *slechts* tot de farmaceutische zorg uitsluitend voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- b. lijdt aan een voedselallergie,
- c. lijdt aan een resorptiestoornis,
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Als een verzekerde in een AWBZ-instelling verblijft, omvat op grond van artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) de zorg als bedoeld in artikel 8 BZA (behandeling) en artikel 11 BZA (voortgezet verblijf) tevens farmaceutische zorg.

Overzicht relevante jurisprudentie:

RZA 2004, 181 Rb Utrecht 05-10-2004	Dwangstand van de nek ten gevolge van parkinsonisme is niet aan te merken als een ernstige slik- of passagestoornis.
RZA 2002, 53 Rb Almelo 29-01-2002	Verstrekking van Nutrilon Pepti bij 13-jarige afgewezen, omdat koemelkeiwit allergie uitsluitend is aan te merken als ernstig tijdens de periode dat verzekerde medisch gezien afhankelijk is van melk. Rechtbank acht de uitlooptermijn van twee maanden echter te kort gelet op de duur van de vergoeding waardoor er een volstrekt ander eetpatroon eigen moet worden gemaakt.
RZA 2002, 24 CVZ 20-12-2001	Ernstige decubitus is geen indicatiegebied op grond waarvan een dieetpreparaat als farmaceutische zorg ten laste van de ziekenfondsverzekering kan worden verstrekt. Verzekerde woont in verzorgingshuis zodat moet worden nagegaan of verzekerde aanspraak heeft op dieetpreparaat in het kader van de AWBZ (zie ook zaaknummer 21001826 hierboven)
RZA 2002, 1 CVZ 22-11-2001	Ernstige slik- en passagestoornissen als bedoeld in de regelgeving kunnen zowel somatisch als psychisch zijn (zie ook RZA 1998, 11 ³⁸). In casu kan de slikfobie van verzekerde als een ernstige slikstoornis worden beschouwd indien sprake is van een dreigende ernstige ondervoeding, die niet behandeld kan worden met een maximaal aangepaste voeding en geestelijke ondersteuning door een gedragstherapeut.
21001826 CVZ 17-05-2001	Verzekerde woont in een verzorgingshuis. Verzekerde heeft geen verstrekkingindicatie voor een dieetpreparaat. Bij verzorgingshuizen is steeds het principiële standpunt ingenomen dat dieetproducten onderdeel uitmaken van de voeding die door de instelling geleverd wordt. De voeding die bij verblijf in een verzorgingshuis wordt verstrekt omvat ook de benodigde dieetaanpassingen. Deze kunnen dan ook niet apart gedeclareerd worden. Verzekerde heeft aanspraak op het gevraagde in het kader van de AWBZ.
RZA 2001, 33 CVZ 22-12-2000	Verzekerde voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor een dieetpreparaat. Naar analogie van de dieetvoorziening in verzorgingshuizen, behoort de voeding die bij verblijf in een GVT wordt verstrekt, ook de benodigde dieetaanpassingen te omvatten. De kosten kunnen derhalve niet apart gedeclareerd worden en komen ten laste van het instellingsbudget.
RZA 2000, 32 CVZ 22-02-2000	Het ontbreken van toestemming voor aflevering van het dieetpreparaat kan, nu dit niet een in de regelgeving opgenomen verstrekkingvoorwaarde is maar voortvloeit uit een gemaakte afspraak met de medewerkers, niet aan verzekerde worden tegengeworpen, indien deze wel de vereiste indicatie heeft en ook aan de overige verstrekkingvoorwaarden voldoet.

³⁸ De rechtbank Haarlem benadrukt dat de formulering van de indicatiecriteria het ziekenfonds geen ruimte laat voor beleidsvrijheid. Het ziekenfonds had vergoeding van een dieetpreparaat geweigerd omdat een slikstoornis die geen organische oorzaak heeft, geen slikstoornis is in de zin van het Vb.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 BZV bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Overzicht relevante jurisprudentie:

23070149 CVZ 14-01-2005	Of verzekerde is aangewezen op een specifieke uitvoering van een bepaald middel (in casu Prosure) is afhankelijk van individuele factoren. In het algemeen kan gesteld worden dat wanneer er gedurende een periode klinisch relevante ongewenste gewichtsafname is terwijl optimaal gevoed wordt en onder dezelfde omstandigheden (behandeling en bijmedicatie/ beweging/ tumorprogressie) met behulp van een ander, duurder dieetpreparaat het gewicht stabiliseert of verbetert, verzekerde hiermee beter geholpen is. Verstrekking van het duurdere preparaat moet dan als doelmatige zorgverlening worden aangemerkt.
RZA 2002, 44 CVZ 24-01-2002	De aanspraak op dieetpreparaten geldt alleen wanneer het - uitgaande van de huidige medische inzichten - gaat om indicaties, waarbij de toediening van de dieetpreparaten een essentieel onderdeel uitmaakt van de adequate zorg en wanneer niet kan worden uitgekomen met normale aangepaste voeding of dieetproducten. In casu heeft verzekerde een indicatie (COPD), maar verzekerde is in zijn situatie niet aangewezen op een dieetpreparaat uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening. De verstrekking van Respifor in het onderhavige geval is derhalve niet doelmatig en verdraagt zich daarom niet met artikel 2a, eerste lid, Vb.

Ziekenvervoer

Vervoer in het Besluit zorgaanspraken AWBZ

Met ingang van 1 april 2003 bestaat op grond van het BZA ook aanspraak op vervoer.

Relevante regelgeving:

- Artikel 9a AWBZ
- Artikel 2 Zorgindicatiebesluit
- Artikelen 6, 8 en 10 BZA

Omschrijving te verzekeren prestatie

Indien een verzekerde gedurende een dagdeel in een instelling begeleiding als bedoeld in artikel 6 BZA ontvangt, of behandeling in de zin van artikel 8 BZA, dan omvat de zorg op grond van artikel 10 BZA tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

Volgens artikel 6 BZA omvat begeleiding activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid,
- b. het bewegen en verplaatsen,
- c. het psychisch functioneren,
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

Behandeling volgens artikel 8 BZA omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

Het vervoer wordt meegefinancierd als dat medisch noodzakelijk is. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening, dan wel in staat is gebruik te maken van het openbaar vervoer.

Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich meebrengen dat het CIZ oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is.

Aanbeveling:

Indien een verzekerde die zorg ontvangt als bedoeld in artikel 6 of 8 BZA en in dat kader een aanvraag om ziekenvervoer indient bij de zorgverzekeraar, adviseert het CVZ om de aanvraag door te sturen naar het CIZ.

RZA 2006, 87 CVZ 21-3-2006	Vervoer en begeleiding daarbij van kinderen bij AB-dag (tegenwoordig: begeleiding of behandeling in groepsverband) is geen zorgplicht ouders maar medische noodzaak. Bij verzekerde is gezien haar leeftijd en beperkingen sprake van een medische noodzaak voor vervoer. De stelling dat het vervoer valt onder de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen gaat niet op.
----------------------------------	---

RZA 2005, 83 CVZ 30-3-2005	Gemeentelijke regeling leerlingenvervoer is voorliggend op de AWBZ-functie "ondersteunende begeleiding". Omdat de moeder de kosten van aangepast vervoer van haar meervoudig gehandicapte 9-jarige dochter van en naar de Mytyschool vergoed kan krijgen van de gemeente op grond van de Wet gemeentelijke regelingen leerlingenvervoer, kan hiervoor geen ondersteunende begeleiding worden geïndiceerd.
----------------------------------	---

Ziekenvervoer in de Zorgverzekeringswet

Relevante regelgeving

- Artikel 10 sub h Zvw
- Artikel 11 Zvw
- Artikelen 2.13, 2.14, 2.15 en 2.16 Bzv
- Artikel 2.38 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Artikel 2.13 Bzv

Hier wordt het recht op ***ziekenvervoer per ambulance*** als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet Ambulancevervoer geregeld over een afstand van maximaal 200 kilometer.

Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Het gaat om vervoer:

- a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de AWBZ zal gaan verblijven;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b, en c.

Gaat het om vervoer naar een ***AWBZ-instelling***, dan bestaat in het kader van het Bzv alleen aanspraak op vervoer per auto, indien de verzekerde in de instelling wordt *opgenomen*. Voor dagbehandeling of voor de situatie dat een bepaalde behandeling in de inrichting gegeven wordt, na afloop waarvan verzekerde weer naar huis teruggaat, bestaat geen afzonderlijke aanspraak op vervoer.

Vervoer naar een ***herstellingsoord*** komt niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij het herstellingsoord deel uit maakt van een psychiatrische inrichting. Verblijf in een zelfstandig herstellingsoord is geen AWBZ-verstrekking.

Het recht op vervoer naar een persoon of instelling in verband met **het aanmeten van een prothese** is in het verleden ruim uitgelegd, in die zin dat hieronder ook een schoenmaker mag worden verstaan in verband met het vervaardigen van orthopedische schoenen, of een ander voor de verzekerde afzonderlijk vervaardigd hulpmiddel. Voorts kan de aanspraak ook het vervoer omvatten dat verband houdt met de noodzakelijke **reparatie** van een afzonderlijk voor een verzekerde vervaardigd hulpmiddel. Naar het oordeel van het College moet wel per individueel geval getoetst worden of het ziekenvervoer in verband met de reparatie van het hulpmiddel ten laste van de Zvw moet komen. Bij deze beoordeling speelt een rol dat het gaat om een voor verzekerde afzonderlijk vervaardigd hulpmiddel, dat de reparatie (medisch) noodzakelijk is, dat verzekerde afhankelijk is van het hulpmiddel in die zin dat hij zonder dit middel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden, en dat de aanwezigheid van verzekerde in verband met aanmeten en passen inderdaad noodzakelijk is. Indien van deze omstandigheden geen sprake is, kan het ziekenvervoer mede vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening niet ten laste van de Zvw komen.

RZA 1999, 69 Cie beroeps- zaken 20-3-1999	Taxivervoer in verband met reparatie van orthesen.
--	--

Artikel 2.14 Bzv

In het eerste lid wordt het recht op **ziekenvervoer per auto of openbaar middel van vervoer** geregeld van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 2.13, over een afstand van maximaal 200 kilometer. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Het gaat om het recht op vervoer voor zover:

- a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

Rolstoelgebruikers

In de artikelgewijze toelichting op de oude regelgeving was opgenomen dat rolstoelgebruikers die over een aangepaste auto beschikken, beschouwd moeten worden als patiënten met een eigen vervoermiddel. In de Zvw is dit voorbehoud niet gemaakt.

RZA 2004, 125 CVZ 25-8-2004 nr. 24065535	Scootmobiel is onder omstandigheden te beschouwen als rolstoel, tenzij persoon bij wie of de instelling waar de behandeling wordt ondergaan is gevestigd in de directe omgeving van de woning van verzekerde zodat deze per scootmobiel bereikbaar is, of indien verzekerde beschikt over een aangepaste auto. Dan is er geen reden om verzekerde anders te behandelen dan andere patiënten met een eigen vervoermiddel.
---	--

Hardheidsclausule

Op grond van artikel 2.14, derde lid Bzv omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen dan genoemde in het eerste lid, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet

verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

In de artikelgewijze toelichting bij de oude regelgeving werd aangegeven dat algemene regels voor de toepassing van de hardheidsclausule niet zijn te geven. Wel kunnen de ziekenfondsen in onderling overleg en in overleg met CVZ en ZN richtlijnen of beleidsregels hanteren om zo een uniforme uitvoering van de hardheidsclausule te bevorderen.

Op 26 mei 2004 heeft ZN toen het door ZN opgestelde *protocol met beslisboom en de toelichting voor de uitvoering van de hardheidsclausule* (kenmerk: ZN 2004 0046) verstuurd aan de directies van de zorgverzekeraars. Krachtens dit protocol kan een verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij gedurende tenminste vijf aansluitende maanden gebruik maakt van zittend ziekenvervoer, minstens tweemaal per week reist en de reisafstand enkele reis tenminste 25 kilometer of 1 uur autoreistijd bedraagt.

Met ingang van 1 januari 2006 is de hardheidsclausule aangepast. Vorenstaande formule komt te vervallen en is vervangen door de volgende formule:

$$5 \text{ (maanden)} * 2 \text{ (x per week)} * 4 \text{ (weken in een maand)} * \{25 \text{ (km)} * 0,25 \text{ (weging)}\} = 250 \text{ (op basis van enkele afstand)}$$

In deze weging zijn de verschillende aspecten van de criteria tegen elkaar afgezet, waarbij het afstandscriterium 'afgezwakt' is door deze maar voor een kwart te laten meetellen.

In deze weging kunnen de vetgedrukte getallen variabel worden ingevuld, dus het aantal maanden, het aantal keren per week en de afstand, om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Alle gevallen waarin sprake is van een gelijke of hogere waarde, zou de verzekerde aanspraak hebben op basis van de hardheidsclausule (bron: ZN BCZ 2005 0154).

<p>CRvB, 10-4 2007 04/6309 ZFW LJN: BA2781,</p> <p>Zie ook CRvB, 10-4-2007 05/4637 ZFW LJN: BA3677</p>	<p>Hardheidsclausule. Beleid. Toetsingsmaatstaf. Bijzondere omstandigheden. Aan zorgverzekeraar komt geen beleidsvrijheid of beoordelingsvrijheid toe. Voor de beoordeling of er sprake is van onbillijkheid van overwegende aard moeten een aantal factoren betrokken worden zoals de aard en de omvang van de ziektelast, de aard en de mate van ingrijpendheid van de behandeling, de duur van de periode waarvoor vervoer noodzakelijk is, de frequentie van het noodzakelijke vervoer, de afstand waarover dat vervoer dient plaats te vinden, eventueel beroep op mantelzorg, de vorm van het vervoer waarop de verzekerde is aangewezen als geen of onvoldoende mantelzorg beschikbaar is, en welke kosten daarmee zijn gemoeid, de financiële draagkracht van de verzekerde, de gevolgen van het niet vergoeden van het vervoer voor de gezondheid van de verzekerde. In casu zijn de kosten van het vervoer zijn door de frequentie hoog en in verhouding tot de financiële draagkracht van betrokkene substantieel, zodat aanspraak bestaat op ziekenvervoer.</p>
<p>CRvB, 10-4-2007 05/4664 ZFW LJN: BA3678,</p>	<p>Gelet op de factoren die in 04/6309 ZFW genoemd worden ziet in dit geval van appellant de Raad onvoldoende gronden om toepassing van de hardheidsclausule aangewezen te achten. De kosten van het noodzakelijke (eigen) vervoer op jaarbasis bedragen € 500,-. Niet kan worden gezegd dat verzekerde in zodanige financiële omstandigheden verkeert dat niet van hem kan worden geveerd dat hij dit bedrag voor eigen rekening neemt. Ook is niet gebleken dat verzekerde vanwege het niet vergoeden van het vervoer zijn - onbetwist - medisch</p>

	noodzakelijke behandelingen niet langer kan ondergaan.
SKGZ 31-10-2006 RZA 2007/38	Geen onbillijkheden van overwegende aard bij incidenteel taxivervoer over korte afstand.
RZA 2005, 151 Rb.Maastricht 11-7-2005	Toepassing hardheidsclausule ziekenvervoer; geen aanwezigheid van andere omstandigheden dan die genoemd in de beleidslijn voor rechtvaardiging van toepassing van de hardheidsclausule Nu betrokkene de afstanden niet heeft betwist en ook overigens niet heeft aangegeven welke bijzondere omstandigheid toepassing van de hardheidsclausule had kunnen rechtvaardigen, leidt het weigeren van toestemming niet tot een onbillijkheid van overwegende aard. Niet kan worden gezegd dat het ziekenfonds door het onverkort toepassen van de beleidslijn, uit het oog heeft verloren dat ook andere omstandigheden dan genoemd in de beleidslijn grond kunnen opleveren voor toepassing van de hardheidsclausule.
RZA 2005, 78 Rb. Arnhem 22-3-2005	Geen onbillijke hardheid omdat verzekerde door de beperktere opzet van Regeling ziekenvervoer zijn behandelingen in één ziekenhuis niet volledig kan voortzetten. Zelfs al zouden alle 114 jaarlijks te maken afspraken in één ziekenhuis moeten plaatsvinden, dan nog is het niet onredelijk dat het ziekenfonds een doelmatige planning van deze afspraken eist, waardoor een beroep op de hardheidsclausule terecht kan worden afgewezen. Uit de strekking van de nieuwe regeling blijkt dat de wetgever rekening heeft gehouden met gevallen, waarin voorzetting van behandelingen in één ziekenhuis niet kan worden voortgezet. Er is geen sprake van onbillijkheid van overwegende aard.
RZA 2004, 177 CVZ 28-8-2004	Eenmaal per week reizen naar een academisch ziekenhuis leidt niet tot onbillijkheid van overwegende aard. Gelet op de frequentie is het onredelijk te verwachten dat verzekerde het vervoer door middel van mantelzorg regelt; beperking van de frequentie door goede coördinatie en afstemming van de behandeling tussen regionale - en academisch ziekenhuis.
RZA 2004, 187 Rb. Den Haag 8-10-2004	Hardheidsclausule bij ziekenvervoer te beperkt toegepast. Het ziekenfonds kan niet volstaan met de vaststelling dat verzekerde niet voldoet aan de criteria van de hardheidsclausule. Ook in andere individuele omstandigheden, die evenzeer belastend voor de patiënt zijn, zal sprake kunnen zijn van onbillijkheden van overwegende aard. Het ziekenfonds dient aan de hand van alle door verzekerde naar voren gebrachte feiten en omstandigheden na te gaan of afwijzing van de aanvraag tot onevenredige hardheid leidt.

Hoogte kilometer vergoeding

Op grond van artikel 2.38, eerste lid Regeling zorgverzekering bedraagt de vergoeding voor vervoer met een particuliere auto € 0,31 per kilometer. In de toelichting op dit artikel staat dat niet meer bepaald wordt dat gereden moet worden volgens de kortst gebruikelijke route. Een dergelijke doelmatigheidsvoorwaarde is bij de Zvw aan de zorgverzekeraar en wordt niet meer bij wettelijk voorschrift bepaald.

Artikel 2.15 Bzv

1. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of openbaar middel van vervoer als bedoeld in artikel 2.14 Bzv niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.
2. Het ziekenvervoer omvat mede het vervoer van een begeleider indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het begeleiding van kinderen van beneden de 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vorm van vervoer

Bij het bepalen van de vorm van vervoer is de zorgverzekeraar vrij om onderscheid te maken tussen vervoer van huis naar de zorgaanbieder en het vervoer van de zorgaanbieder naar huis. Het is mogelijk om bijvoorbeeld de kosten van vervoer naar het ziekenhuis te vergoeden op grond van het openbaar vervoer en de kosten van vervoer na een behandeling te vergoeden op grond van de kosten van een taxi, al naar gelang de invloed van de behandeling op het welbevinden van de verzekerde.

RZA 2011/96 27-6-2011	Geen aanspraak op solovervoer. De rechter oordeelt dat de zorgverzekering niet het uitsluitend verstrekken van solovervoer dekt. Verzekerde is waarschijnlijk tot nu toe alleen vervoerd omdat de zorgverzekeraar weinig cliënten heeft die net als verzekerde woonachtig zijn in dezelfde woonplaats als verzekerde. Evenmin heeft verzekerde aannemelijk gemaakt dat door zijn gezondheidstoestand alleen vervoerd moet worden. Uit de brochure van de zorgverzekeraar volgt dat het gecombineerd vervoer hooguit 25% extra reistijd meebrengt. Uit de door verzekerde overgelegde medische verklaringen blijkt niet dat verzekerde hierdoor in bijzondere mate zal lijden.
RZA 2005, 2 CVZ 17-12-2004	Vervoer per eigen auto niet afdwingbaar. Indien verzekerde aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer kan niet van de ouders vereist worden dat zij daarvoor gebruik maken van hun eigen auto. Wel kan vereist worden dat de ouders een jonge verzekerde begeleiden waar dat gezien de leeftijd van verzekerde nodig is.

Begeleiders

Bij het bepalen van de hoogte van kilometervergoeding wordt geen rekening gehouden met personen die de verzekerde tijdens het vervoer per (particuliere) auto vergezellen. De kosten voor openbaar vervoer voor de begeleider komen wel voor vergoeding in aanmerking. Het ziekenvervoer omvat het vervoer mede het vervoer van de begeleider(s) als begeleiding noodzakelijk is of als het gaat om begeleiding van kinderen beneden 16 jaar.

RZA 2000, 39 Rb. Zutphen 19-1-2000	Reiskosten van ouders in verband met het bezoeken van hun zoontje tijdens zijn ziekenhuisopname komen niet voor vergoeding in aanmerking.
RZA 1996, 158 Cie beroepszaken 24-10-1996	Begeleiding; bij gebruik particuliere auto bestaat slechts éénmaal aanspraak op vergoeding. Terugreis begeleider komt wel voor vergoeding in aanmerking.

RZA 1996, 96 Cie beroepszaken 22-5-1996	Hoogte kostenvergoeding bij gebruik van railaktiefkaart en gedeeltelijk vervoer per auto.
---	---

Artikel 2.16 Bzv

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer een eigen bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum. De verzekerde is voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer, een bijdrage verschuldigd van € 95,- per *kalenderjaar*. Een eigen bijdrage is niet verschuldigd in de in artikel 2.37, derde lid van de Rzv gegeven situaties.

Hulpmiddelenzorg

Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg

In zijn brief van 16 april 2008 informeerde de voormalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Tweede Kamer over de ontwikkelingen in het hulpmiddelenbeleid³⁹. Naar aanleiding van eerder gestelde vragen, informeerde hij de Kamer over de mogelijkheden van een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet.

De minister constateerde dat de paragraaf 'Hulpmiddelenzorg' in de Regeling zorgverzekering (Rzv) op dat moment nog gedetailleerd was omschreven. Hij stelde dat een dergelijke gedetailleerde omschrijving van zorg niet overeenstemde met zijn streven naar minder centrale sturing. Door de definiëring ontstonden bovendien knelpunten in de toegang tot adequate zorg, omdat de 'aanbod' georiënteerde lijst van producten weinig flexibiliteit bood.

In zijn brief kondigde de minister verder aan dat hij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg zou gaan omvormen naar een regeling gebaseerd op functiebeperkingen. De inflexibiliteit van een op productniveau georiënteerde lijst zou daarmee worden losgelaten. In plaats daarvan zouden vraagsturing en keuzevrijheid meer ruimte krijgen, hetgeen de kwaliteit van zorg bevordert. Ook was de verwachting dat innovatie in de hulpmiddelensector bij een functiegericht omschreven hulpmiddelenzorg meer kans zou krijgen dan tot dan het geval was.

De minister gaf aan binnen zijn ambtstermijn te willen streven naar een zo volledig mogelijk op functiebeperkingen gericht omschreven hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet.

Vanaf 2008 heeft het CVZ in zijn pakketadviezen fasegewijs voorstellen gedaan om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. De Rzv is op dit moment voor het overgrote deel functiegericht omschreven en voor slechts enkele hulpmiddelen nog limitatief.

Functiegerichte omschrijving	Advies	Ingangsdatum	Rzv
• het bewegingssysteem (deels)	2008	1 januari 2009	Artikel 2.6, sub e en 2.12
• de visuele functie (deels)	2008	1 januari 2009	Artikel 2.6, sub f en 2.13
• ter vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam	2009	1 januari 2010	Artikel 2.6, sub a en 2.8
• het ademhalingsstelsel	2009	1 januari 2010	Artikel 2.6, sub b en 2.9
• urinelozing en defecatie	2010	1 januari 2011	Artikel 2.6, sub d en 2.11
• het hematologisch systeem	2010	1 januari 2011	Artikel 2.6, sub n
• de bloedsuikerspiegel	2010	1 januari 2011	Artikel 2.6, sub o
• de visuele functie (uitbreiding)	2011	1 januari 2012	
• het spreken	2011	1 januari 2012	Artikel 2.6, sub s
• de hoorfunctie	2010	1 januari 2013	Artikel 2.6, sub c en 2.10
• het bewegingssysteem (uitbreiding)	2012	1 januari 2013	Artikel 2.6, sub e en 2.12
• het spijsverteringsstelsel	2011	nog niet	Artikel 2.6, sub f en 2.13

³⁹ GMT/VDG 2836608

Algemene begrippen

Alvorens de diverse hulpmiddelen apart te bespreken volgt hier een aantal onderwerpen, die voor alle hulpmiddelen gelden.

Andere regelgeving van toepassing?

Voordat een hulpmiddel op grond van de Zvw wordt beoordeeld, moet eerst worden vastgesteld of het hulpmiddel op grond van een andere wettelijke regeling voor verstrekking in aanmerking kan komen. Hierbij kan gedacht worden aan de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) (regelt woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen) en de Wet Inkomen en Arbeid (WIA) (voorzieningen voor arbeidsgehandicapten). De hulpmiddelen die voorheen via de AWBZ-uitleen werden verstrekt zijn vanaf 1 januari 2013 overgeheveld naar de Zvw en aanverwante regelgeving. Deze hulpmiddelen hebben een plaats gekregen in de functiegerichte omschrijving van uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem (artikel 2.12 van de Rzv) en artikel 2.17, welke de hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed.

RZA 2002, 60 CVZ, 22-02-2002	Kinderstoel met standaard toebehoren en accessoires is geen individueel aangepaste stoel. Een dergelijke stoel is naar zijn aard bestemd voor algemeen gebruik en moet gezien worden als een outillage hulpmiddel, dat behoort tot de door een kinderdagverblijf te verlenen zorg.
RZA 1999,190 CVZ, 17-09-1999	Communicatiehulpmiddel (lightwriter) bij verblijf in zwakzinnigeninrichting. De zorg in een zwakzinnigeninrichting omvat tevens hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging. Verzekerde heeft de lightwriter nodig voor communicatie. De zorg voor communicatie is een wezenlijk onderdeel van het verblijf en de verzorging in de instelling. Nu verzekerde niet anders dan met dit hulpmiddel kan communiceren moet deze communicatieapparatuur beschouwd worden als een hulpmiddel dat voor verzekerde specifiek noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging. De communicatieapparatuur is begrepen onder de AWBZ-aanspraak. Het onderscheid persoonsgebonden hulpmiddel-standaardhulpmiddel is niet doorslaggevend voor de AWBZ-aanspraak.

Andere verzekerde prestatie van toepassing?

Vervolgens zal nog beoordeeld moeten worden of het hulpmiddel onderdeel is van een andere verzekerde prestatie op grond van de Zvw. Te denken valt bijvoorbeeld aan het recht op geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten plegen te bieden (orthese als ondersteuningsmateriaal). In de toelichting Bzv wordt daarover het volgende opgemerkt. "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.”

In 2009 hebben we het rapport ‘Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’ (rapportnummer 280). In dit rapport heeft het CVZ een stroomschema opgenomen op basis waarvan geoordeeld kan worden of sprake is van een hulpmiddel in het kader van de hulpmiddelenzorg of de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Kort samengevat valt een uitwendig hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg, wanneer:

- het gebruik van het hulpmiddel plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of een 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.
- het een verbruikshulpmiddel is dat in de thuissituatie wordt vervangen.

Daarnaast dient het hulpmiddel te vallen onder één van de functiegerichte omschrijvingen of categorieomschrijvingen uit de paragraaf Hulpmiddelenzorg van de Rzv en te voldoen aan het wettelijke criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten’. We leggen op dit moment de laatste hand aan een vervolgrapport. Op onze website staat al een update van dit stroomschema dat opgenomen zal worden in het vervolgrapport (op het moment van update van de kennisgebundeld nog concept).

RZA 2001,45 CVZ, 20-03-2001	Een door een orthopedisch chirurg voorgeschreven kniebrace - bedoeld als benodigd ondersteuningsmateriaal tijdens de overbruggingsperiode tussen de eerste poliklinische behandeling en de noodzakelijke operatie - is een intrinsiek onderdeel van de hulp door of vanwege het ziekenhuis. Omdat de levering van het materiaal een onmisbaar deel is van de medisch noodzakelijke behandeling heeft verzekerde aanspraak op verstrekking van de kniebrace in het kader van de aanspraak op medisch-specialistische zorg.
-----------------------------------	---

Functionerende hulpmiddelen (Artikel 2.9, eerste lid Bzv)

Op grond van artikel 2.9, eerste Bzv omvat hulpmiddelenzorg bij ministeriële regeling aangewezen, *functionerende* hulpmiddelen. Uit de toelichting op de Rzv blijkt het volgende:

De aanspraak op functionerende hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.9, eerste lid, Bzv omvat:

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

zodat de verzekerde – gezien zijn omstandigheden – voortdurend de beschikking heeft over een gepast of geschikt hulpmiddel.

Stand van de wetenschap en praktijk (Artikel 2.1, lid 2 Bzv)

Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als adequate zorg en diensten.

Dit criterium geldt voor alle te verzekeren prestaties, dus ook voor de hulpmiddelen, zoals opgenomen in de limitatieve lijst van artikel 2.6, lid Rzv. Dit betekent dat bij elke hulpmiddel de vraag moet worden beantwoord of dit kan worden aangemerkt als zijnde conform de (uiteraard internationale) stand van de wetenschap en praktijk. Indien blijkt dat een bepaald hulpmiddel *niet* kan worden aangemerkt als overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk, behoort het niet tot het verzekeringspakket.

Het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ valt uiteen in ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en ‘verantwoorde en adequate zorg en diensten’.

Stand van de wetenschap en praktijk

Het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is van toepassing op zorgvormen waarbij het gaat om handelingen en vormen van begeleiding die als direct doel hebben de gezondheid van een individu in de ruimste zin van het woord te bevorderen danwel achteruitgang daarin te beperken of te verzachten. Voor wat betreft de hulpmiddelenzorg spreekt men dan van gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen. Het gaat daarbij onder meer om hulpmiddelen die tot doel hebben een aandoening (deels) te genezen of verergering van de aandoening of van klachten te voorkomen (hulpmiddelen voor de behandeling). Ook hulpmiddelen die op of aan het lichaam worden gedragen ter correctie van een beperking vallen hieronder (bijvoorbeeld orthesen).

Gerechtshof Amsterdam 11-10-2007 Rolnummer 175/07 SKG	Het Gerechtshof bekrachtigt het vonnis van de rechtbank Amsterdam van 11 januari 2007 (rolnummer 358180/KG ZA 06-2237). Het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk is van toepassing op <i>alle</i> zorgvormen en geeft ook voor de Ness handmaster (orthese) het beoordelingskader aan.
CVZ 05-10-2007 Zaaknummer 27040371	De meerwaarde van toepassing van HFCWO met een apparaat voor luchtwegklaring als ‘the Vest’ (longvibrator) ten opzichte van andere apparatuur voor sputumklaring is niet aangetoond. Het toepassen van HFCWO is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en is daarom geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving.

<p>CVZ 01-11-2010 Zaaknummer 28118088</p>	<p>CGM valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden' en niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.</p> <p>Het CVZ concludeert dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (real-time) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt.</p> <p>Het betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kinderen met diabetes type 1; - volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol)); - zwangere vrouwen met bestaande diabetes.
---	---

Adequate zorg en diensten

Het criterium 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' slaat blijkens de nota van toelichting bij het Bzv op zorg of diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven. In zijn rapport van 7 december 2006 (zie ook het Rapport Ness Handmaster, publicatienummer 246, via www.cvz.nl) heeft het CVZ gesteld dat dit ook geldt voor de welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Welzijnsgerelateerde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen die de maatschappelijke participatie bevorderen, zoals hulpmiddelen voor de communicatie, inrichtingselementen van woningen en hulpmiddelen voor de mobiliteit. In het algemeen gaat het om hulpmiddelen die niet op of aan het lichaam worden gedragen. Voor deze hulpmiddelen is wetenschappelijke bewijsvoering weliswaar niet aan de orde, maar op enigerlei wijze zal wel nagegaan moeten (kunnen) worden of de zorg in staat is te doen wat deze beoogt te doen en of de veiligheid en het gebruiksgemak gewaarborgd zijn. Aan de hand van bijvoorbeeld een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek kan hierop een antwoord worden gegeven.

<p>CVZ 05-10-2007 (RZA 2008, 3) Zaaknummer 27040371</p>	<p>Een Ultra Cane blindengeleidestok is voorzien van een 'echolocatie' mechanisme. Met behulp van sonar wordt het wandelpad continu afgetast op objecten. Gebruikers kunnen daardoor objecten binnen een straal van drie meter waarnemen, ook op hoofdhoogte. Door middel van een aantal knoppen op het handvat krijgt de gebruiker feedback. De Ultra Cane kan worden aangemerkt als een blindentaststok in de zin van artikel 2.17 Rzv (hulpmiddelen voor de mobiliteit). Het CVZ beschouwt de Ultra Cane als een welzijnsgerelateerd hulpmiddel. Er dient dus onderzocht te worden of dit hulpmiddel 'in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Hierbij is het van belang dat uit een praktijkevaluatie of consumentenonderzoek blijkt dat het hulpmiddel in staat is te doen, wat het beoogt te doen (obstakels en gaten lokaliseren), veilig is en gebruiksvriendelijk. Ipso Facto heeft in 2004 in opdracht van het College een inventarisatie verricht naar elektronische oriënteringshulpmiddelen voor blinden en slechtzienden. Geconcludeerd kan worden dat de veiligheid in sommige situaties twijfelachtig is en in drukke situaties is de Ultra Cane moeilijk te interpreteren. Verder blijkt dat de elektronische blindentaststokken nog niet zijn uitontwikkeld. Om deze redenen is er bij de Ultra Cane geen sprake van een hulpmiddel dat voldoet aan het wettelijke criterium 'hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'.</p>
---	--

Doelmatige zorgverlening (Artikel 2.1, lid 3 Bzv)

In artikel 2.1, lid 3 Bzv staat:

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Dit artikel is als algemeen indicatievereiste van toepassing op alle verzekerde prestaties en dus ook op hulpmiddelen. In de toelichting Bzv wordt hierover het volgende opgemerkt.

“In het derde lid is het algemene wettelijke indicatievereiste neergelegd. Een dergelijke bepaling staat ook in de AWBZ (artikel 9b, derde lid) en het BZA (artikel 2, derde lid) en stond in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 2a, eerste lid). Anders dan in die bepalingen zijn in dit lid de woorden «uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening» weggelaten. Uitgangspunt bij de Zvw is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Dit geldt ook voor de doelmatige organisatie van de zorg. Het kan zijn dat bij bepaalde zorgvormen of onderdelen daarvan nog specifieke eisen bij of krachtens de artikelen 2.4 tot en met 2.15 gesteld zijn. Dan is er sprake van een cumulatie van de algemene met de bijzondere indicatie-eisen. Dat is tot uitdrukking gebracht in de eerste woorden van het derde lid. Bezien wordt of de verzekerde voldoet aan het bijzondere indicatievereiste en vervolgens of en in hoeverre de verzekerde ook dan nog redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.”

Onder het begrip “doelmatige zorgverlening” werd onder de ZFW het volgende verstaan. Het aanschaffen van een hulpmiddel is redelijkerwijs overbodig wanneer de verzekerde, afgezien van het noodzakelijke reserve-exemplaar, reeds over een goed bruikbaar hulpmiddel beschikt, dan wel het reeds aanwezige hulpmiddel door reparatie weer bruikbaar gemaakt kan worden. Onnodig kostbare of onnodig gecompliceerde middelen dienen niet te worden verstrekt. Wat in dit opzicht onnodig is, wordt in overwegende mate bepaald door de situatie, waarin verzekerde op het gebruik van het hulpmiddel is aangewezen. Ook de doelmatigheid van een hulpmiddel wordt, behalve door de aard en de kwaliteit van de constructie, in sterke mate bepaald door individuele factoren, die de zorgverzekeraar in zijn overweging zal betrekken.”

Bij het oordeel of iemand redelijkerwijs aangewezen is op een bepaald hulpmiddel kan de vraag gesteld worden *onder welke omstandigheden* een verzekerde op een hulpmiddel is aangewezen. En, als hij op een hulpmiddel is aangewezen, *op welke uitvoering* van het hulpmiddel. De zorgverzekeraar moet daarbij steeds de omstandigheden van de individuele verzekerden bij de beoordeling betrekken. Niet alle omstandigheden zullen echter tot recht op een verzekerde prestatie leiden. De doelstelling van de Zvw is immers beperkt tot het verstrekken van aanspraken ter voorziening in de geneeskundige verzorging. (Zie ook de preambule van de Zvw). Alleen omstandigheden die overeenkomen met die doelstelling kunnen bij de beoordeling een rol spelen.

Onder het begrip “redelijkerwijs aangewezen” kan bijvoorbeeld worden verstaan dat een verzekerde *rekening houdende met zijn persoonlijke omstandigheden recht heeft op het goedkoopste voor zijn situatie passende of geschikte hulpmiddel voor zover het strekt ter voorziening van zijn geneeskundige verzorging.*

Het kan dus betekenen dat onnodig kostbare of onnodig gecompliceerde middelen niet verstrekt hoeven worden. Wat in dit opzicht onnodig is, wordt in overwegende mate bepaald door de situatie waarin de verzekerde op het gebruik van het hulpmiddel is aangewezen. Ook de doelmatigheid van een hulpmiddelen wordt, behalve door de aard en de kwaliteit van de constructie, in sterke mate bepaald door individuele factoren.

De Centrale Raad van Beroep heeft in een tweetal uitspraken (CRvB 15-08-2007, 05/5963 ZFW en CRvB 19-09-2007, 06/1478 ZFW) duidelijk gemaakt dat de aanspraak op verstrekking van hulpmiddelen tot gelding kan worden gebracht wanneer:

- a. er een objectief medische noodzaak is voor die verstrekking (zorgbehoefte)
- b. die verstrekking geschikt is om de beperkingen of belemmeringen van de verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren (adequaatheid) en
- c. die verstrekking niet onnodig duur is.

Aangaande het criterium van adequaatheid heeft de CRvB overwogen dat een hulpmiddel geschikt moet zijn om de beperkingen/belemmeringen van verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren, alsmede de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik ervan is aangewezen. Hierbij is volgens de CRvB geen wettelijke grondslag aanwezig om activiteiten als vrijwilligerswerk, niet-medisch gerelateerde sport, hobby's e.d buiten beschouwing te laten.

De CRvB merkt in zijn uitspraak van 15-08-2007 verder op dat een verstrekking onnodig duur moet worden geacht wanneer zij duurder is dan een gezien de medische noodzaak en de zorgbehoefte van verzekerde gelijkwaardige verstrekking. Dit betekent dat de wettelijke aanspraak ziet op de goedkoopste adequate verstrekking. Bij de vraag of een verstrekking onnodig kostbaar is, kan voorts de afschrijvingsduur van een reeds verstrekt hulpmiddel alleen dan worden betrokken, wanneer dit middel nog kan worden aangemerkt als een gezien de medische noodzaak en de zorgbehoefte van de verzekerde adequate verstrekking.

Op grond van dit artikel bestaat de mogelijkheid zorg op maat te leveren en de individuele omstandigheden van verzekerden mee te laten wegen. Uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening kan de zorgverzekeraar normen en termijnen hanteren, maar deze mogen het recht op een hulpmiddel, zoals in de Zvw bepaald niet beperken.

RZA 2003, 80 CVZ 22-04-2003	Een babyfoon hoort tot een wek- en waarschuwingsinstallatie voor een auditief gehandicapte. Een auditief gehandicapte ouder kan met een babyalarm zijn eigen baby verzorgen en het huilen van zijn baby waarnemen. Het gaat hierbij om het normaal kunnen functioneren in het gewone alledaagse persoonlijke en maatschappelijke leven. Deze situatie is anders als het gaat om dove grootouders die op hun kleinkind passen en daarvoor een babyfoon willen. Verstrekking van de babyfoon is in dat geval gezien de doelstelling van de ziektekostenverzekering niet doelmatig.
RZA 2002, 8 CVZ, 20-11-2001	Verzekerde wordt zonder de prothesen niet belemmerd in haar zwemactiviteiten. Er is ook geen specifieke medische noodzaak om de badprothesen te gebruiken voor het zwemmen. Nu het gaat om een zeer kostbare voorziening, die bovendien incidenteel zal worden gebruikt, is verzekerde uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening niet aangewezen op de bad/beenprothesen voor het zwemmen.

RZA 2001, 125 CVZ 28-09-2001	Aangezien verzekerde meerdere keren per dag moet vernevelen en regelmatig van huis is, geeft alleen een mobiele vernevelaar de gewenste en benodigde bewegingsvrijheid. Gezien de behoefte van verzekerde en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is verzekerde aangewezen op een mobiele vernevelaar.
------------------------------------	--

Adequaat hulpmiddel (Artikel 2.9, lid 1 Bzv)

In het Bzv zijn de woorden 'te allen tijde adequaat' niet meer opgenomen. De toelichting meldt hierover het volgende.

"Dat het recht op een hulpmiddel een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (dus adequaat) hulpmiddel moet betreffen, spreekt echter voor zich. Dit houdt ook in dat, net als bij de Regeling hulpmiddelen 1996, een hulpmiddel vervangen of gewijzigd kan worden. Mocht een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneren, dan is er immers geen sprake meer van een adequaat functionerend hulpmiddel en dient dit hulpmiddel in voorkomende gevallen hersteld of vervangen te worden. Ook kan een reservehulpmiddel aangewezen zijn. De keuze tot vervanging dan wel reparatie van een hulpmiddel is afhankelijk van de doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar. In sommige gevallen zal het voordeliger zijn een hulpmiddel te laten repareren, in andere gevallen juist weer niet".

Dit brengt met zich mee dat een hulpmiddel in het individuele geval dus ook onder de Zvw te allen tijde adequaat moet zijn. Wat wordt daaronder nu verstaan?

Het begrip 'te allen tijde'

Voor een uitleg van het begrip 'te allen tijde' is aansluiting gezocht bij Van Dale. Volgens Van Dale heeft het begrip *altijd* twee betekenissen:

- als bijwoord van tijd. Daarvoor noemen ze de volgende synoniemen: *te allen tijde*, in onafgebroken voortduring, onophoudelijk, bij voortduring.
- als bijwoord van omstandigheid. Daarvoor noemen ze de volgende synoniemen: in elk geval, althans, tenminste.

Uit de toelichting op het wijzigingsbesluit op de Regeling Hulpmiddelen 1996 van 27 november 2001 blijkt dat het begrip is geïntroduceerd om tegenwicht te bieden tegen het laten vervallen van de gebruikstermijnen en gebruiksnormeringen (de vaste aantallen en de bepalingen over reserve middelen): "voorop blijft staan dat bij het proces van deregulering van de hulpmiddelen het recht op een adequaat hulpmiddel te allen tijde onverlet blijft". "Met de formulering - te allen tijde - wordt ook de verplichting geschapen tot het realiseren van passende oplossingen voor reserve- of vervangingshulpmiddelen".

Hieruit kan worden afgeleid dat het toevoegen van het begrip *te allen tijde* gericht is op tijd en niet op omstandigheid. Het begrip "*te allen tijde*" zal dus geïnterpreteerd moeten worden in de zin van "*voortdurend de beschikking hebben over*". Waarbij het begrip "*voortdurend*" wel gerelateerd is aan de voorwaarden, zoals vastgelegd in de Zvw en het Bzw.

Het begrip 'adequaat'

Voor een uitleg van het begrip *adequaat* is eveneens aansluiting gezocht bij Van Dale. Volgens Van Dale heeft het begrip *adequaat* als bijvoeglijk naamwoord of bijwoord de volgende betekenis:

- overeenstemmend met het voorbeeld of met het object, gelijkwaardig;
- overeenkomstig, gepast, geschikt

In dit geval is met name de betekenis ‘*gepast, geschikt*’ van belang. Het hulpmiddel moet voor de individuele verzekerde, gezien zijn individuele omstandigheden, gepast of geschikt zijn. De vereiste gepastheid of geschiktheid van het middel moet wel in relatie staan tot de doelstelling van de Zvw. Dit betekent dat het middel ter voorziening in de geneeskundige verzorging moet dienen. (Zie ook de preambule van de Zvw)
 Het begrip “*adequaat*” zal dus als “*gepast of geschikt voor de omstandigheden van verzekerde*” moeten worden uitgelegd.

Wanneer een aanvraag wordt gedaan tot vervanging, wijziging of herstel dient de zorgverzekeraar altijd eerst na te gaan of het reeds verschaft hulpmiddel nog adequaat is. Slechts indien een verzekerde niet (meer) over een adequaat hulpmiddel beschikt, kan vervanging, wijziging of herstel aan de orde komen.

In voorkomend geval zal de zorgverzekeraar, mede gelet het beginsel van een zorgvuldige voorbereiding van het besluit, feitelijk onderzoek moeten doen, bijvoorbeeld door verzekerde op te roepen voor het medisch spreekuur (zie bijv. RZA 1998, 102). Een aanvraag mag niet worden afgewezen op de enkele grond dat gebruikstermijnen zijn overschreden.

RZA 1998, 102 CVZ, 19-06-1998	In de uitvoeringspraktijk wordt uitgegaan van een minimale gebruiksduur van een pruik van een jaar. Of in dit geval de pruik door verhoogde slijtage eerder vervangen moet worden, moet individueel beoordeeld worden. Nu geen feitelijke beoordeling heeft plaatsgevonden, is de afwijzende beslissing niet zorgvuldig voorbereid. Van de uitkomst van het onderzoek zal afhangen of verzekerde uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is aangewezen op verstrekking van een nieuwe pruik.
-------------------------------------	---

Me-too producten

Me-too producten zijn producten die hetzelfde werkingsmechanisme en hetzelfde behandeldoel hebben als producten die vallen onder de hulpmiddelen zoals genoemd in artikel 2.6, Rvz en die tevens voldoen aan het criterium van de stand van de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien deze nieuwe producten, qua werkingsmechanisme en behandeldoel (in grote mate) vergelijkbaar zijn met producten die al onder de dekking van de zorgverzekering vallen, vindt geen afzonderlijke, centrale beoordeling door het CVZ plaats. Het is dan ook aan zorgverzekeraars om te bepalen of zij deze nieuwere versie willen verstrekken respectievelijk vergoeden. Hierbij komt de vraag aan de orde of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op verstrekking danwel vergoeding van dit ‘me-too’ product. De zorgverzekeraar kan hierbij een kostenafweging maken. Wanneer de nieuwe ‘me-too’ producten hoge kosten met zich meebrengt zal met een goed onderzoek (door de fabrikant) moeten worden aangetoond dat het product (in dit geval de zitorthesen) een duidelijke meerwaarde heeft boven de conventionele orthesen. Bij twijfel of sprake is van een me-too product, kan de fabrikant contact opnemen met het CVZ en/of kan de zorgverzekeraar het CVZ raadplegen door een adviesaanvraag in te dienen. Het CVZ doet dan een uitspraak over de vraag of sprake is van een me-too product.

Reserve hulpmiddelen

Uit de toelichting op artikel 2.9 Bzv blijkt dat er bewust voor gekozen is bepalingen over wijziging en herstel niet in de wettelijke regelingen op te nemen, omdat de doelmatigheid een aangelegenheid is van de zorgverzekeraar.

Uit de toelichting op de Rzv blijkt echter het volgende: "Mocht een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneren, dan is er immers geen sprake meer van een

adequaat functionerend hulpmiddel en dient dit hulpmiddel in voorkomende gevallen hersteld of vervangen te worden. Ook kan een reservehulpmiddel aangewezen zijn. De keuze tot vervanging dan wel reparatie van een hulpmiddel is afhankelijk van de doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar. In sommige gevallen zal het voordeliger zijn een hulpmiddel te laten repareren, in andere gevallen juist weer niet"

Dus ook onder de Zvw geldt de verplichting tot het realiseren van passende oplossingen voor reserve hulpmiddelen. Of een reserve-exemplaar de goedkoopst mogelijke versie betreft of een duurder variant, is ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Deze dient per individueel geval te bepalen waar de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen.

RZA 2002, 42 CVZ, 24-01-2002	Een verzekerde dient te beschikken over een te allen tijde adequaat hulpmiddel. Indien vaststaat dat verzekerde als gevolg van allergie alleen gebruik kan maken van allergeenvrij schoeisel, is verzekerde ook redelijkerwijs aangewezen op een reservepaar.
RZA 2001, 158	Het verstrekken van een reserve-exemplaar is in het algemeen redelijkerwijs aangewezen, indien een verzekerde zonder dit middel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat hij zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie.
RZA 2001, 58 CVZ 23-05-2001	Het staat ter vrije keuze van verzekerde om een nieuw bed aan te schaffen. Het strookt echter niet met de uitgangspunten van doelmatige zorgverlening om hulpmiddelen, die op zichzelf nog adequaat zijn, te vervangen in andere situaties dan bedoeld in de regeling. Dat de matrasshoes door de keuze van verzekerde niet meer de goede maat heeft, komt voor risico van verzekerde.
RZA 2000, 92 CVZ, 16-06-2000	Wanneer een verzekerde dag en nacht een korset moet dragen, is de verstrekking van een reservekorset redelijkerwijs aangewezen. Wanneer een verzekerde het korset iedere dag, maar niet 's nachts draagt, kan de verstrekking van een reservekorset redelijkerwijs aangewezen zijn, indien verzekerde in overwegende mate afhankelijk is van het korset. Bij de beoordeling van de afhankelijkheid spelen de reinigingsvoorschriften en de droogtijd van het betreffende korset een rol.
RZA 2000, 10 CVZ, 21-12-1999	Voor verzekerde, een jongen van zeven, is een reservepaar semi-orthopedische schoenen aangevraagd om te dragen ingeval van reparatie of bij nat worden van het eerste paar. De gebruikstermijn die ingevolge de Regeling hulpmiddelen 1996 voor kinderschoenen geldt, is relatief kort en sluit aan bij de praktijk. Het uitgangspunt is dat verzekerde over adequaat schoeisel beschikt. Uit de overgelegde gegevens is niet aannemelijk geworden dat verzekerde niet over adequaat schoeisel beschikt. Voorts is er geen sprake van bijzondere omstandigheden die ertoe leiden dat een extra paar schoenen redelijkerwijs noodzakelijk is.

Verlies van hulpmiddel

In het algemeen zal een verzekerde gehouden zijn het hem in eigendom verschaft hulpmiddel goed te verzorgen. Bij een aanvraag voor een nieuw hulpmiddel bij verlies van of schade aan het oude hulpmiddel zal de manier waarop verzekerde met het hulpmiddel is omgegaan van belang zijn voor de vraag of hij recht heeft op een nieuw

hulpmiddel. Indien schade aan of het verlies van het hulpmiddel is ontstaan door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van verzekerde zal een verzoek om vervanging van een hulpmiddel kunnen worden afgewezen. In dit kader dient te worden beoordeeld of een verzekerde de in de betreffende situatie redelijkerwijs normaal te achten voorzorgsmaatregelen heeft genomen om de schade te voorkomen. Dit betekent dat er telkens sprake moet zijn van een individuele beoordeling en een inschatting van de redelijkerwijs normaal te achten voorzorgsmaatregelen in de voorliggende situatie. Indien blijkt dat de zorgbehoefte is ontstaan doordat verzekerde niet de benodigde voorzorgsmaatregelen heeft genomen en dit aan zijn schuld te wijten is, kan een verzoek om vervanging vanuit het oogpunt van doelmatige zorgverlening afgewezen worden.

RZA 2002, 194 CVZ 17-10-02	Verlies hoortoestel. Verzekerde heeft het hoortoestel in een druk winkelcentrum uitgezet, maar niet uitgedaan en opgeborgen. Zij heeft hiermee niet aan de zorgplicht voldaan. Dat zij handelde volgens het gebruikadvies van de KNO-arts maakt dit niet anders.
RZA 2002, 150 CVZ, 21-06-2002	Verzekerde is de hoortoestellen kwijtgeraakt daags na het overlijden van zijn echtgenote. Dit is een zodanige emotionele gebeurtenis dat voorstelbaar is dat verzekerde in deze periode niet alle voorzorgsmaatregelen heeft genomen die hij onder normale omstandigheden wel zou hebben getroffen om verlies van de hoortoestellen te voorkomen. Gelet hierop, alsmede dat verzekerde het nodige heeft gedaan om de hoortoestellen terug te vinden, adviseert het College de hoortoestellen alsnog te verstrekken.
RZA 2000, 118 Rb Den Bosch, 16-08-2000	Verzekerde had ter bescherming en behoud van het hoortoestel meer maatregelen kunnen en dienen te treffen dan zij heeft gedaan. Door het hoortoestel los in de jaszak te stoppen, deze niet af te sluiten of anderszins voorzorgsmaatregelen te treffen die voorkomen dat het hoortoestel er uit kon vallen, heeft verzekerde verlies van de hoortoestellen geriskeerd. Dit is verzekerde toe te rekenen.

Kosten van normaal gebruik

Volgens artikel 2.9, lid 2 Bzv komen de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van verzekerde, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald. In de toelichting op de Rzv staat nog vermeld: "De hulpmiddelenzorg omvat in principe niet de vergoeding van energiekosten zoals gebruik van elektriciteit, batterijen en oplaadapparatuur. Het middel wordt echter wel gebruiksklaar afgeleverd met inbegrip van eventuele batterijen of oplaadapparatuur. Indien energiekosten bij bepaalde hulpmiddelen wel voor vergoeding in aanmerking komen, is dit uitdrukkelijk vermeld." Wat onder de kosten van normaal gebruik moet worden verstaan is ook nog door de Centrale Raad van Beroep nader uitgelegd. Onder kosten van normaal gebruik moet volgens de Centrale Raad van Beroep worden verstaan het gebruik van het hulpmiddel overeenkomstig zijn bestemming. In lijn met de uitspraak van de CRvB uit 1989 vallen onder kosten van normaal gebruik, de kosten die inherent zijn aan het gebruik van een hulpmiddel overeenkomstig zijn bestemming. Het gaat dan bijvoorbeeld om stroomkosten, kosten van batterijen of inzetvloeistof bij contactlenzen.

RZA 1989, 43 CRvB 15-12-2005	Onder 'kosten van normaal gebruik' van hulpmiddelen - welke voor rekening van verzekerde komen - moet worden verstaan het gebruik van het desbetreffende hulpmiddel overeenkomstig zijn bestemming. Wanneer een apparaat op medisch voorschrift gedurende 24 uur per dag op de hoogste stand wordt gebruikt is sprake van normaal verbruik ook al is er een hoger dan gemiddeld batterijverbruik.
------------------------------------	---

Bruikleen

Alhoewel in het Bzv niets is geregeld over bruikleen kunnen hulpmiddelen nog wel in bruikleen verstrekt worden. In de toelichting op de Rzv wordt aangegeven dat "een aantal hulpmiddelen zich zowel voor eigendom als voor bruikleen leent". In artikel 2, derde lid, van de Regeling hulpmiddelen 1996 was deze keuzemogelijkheid expliciet neergelegd. In deze regeling keert die bepaling niet terug. Dat betekent niet dat een zorgverzekeraar deze keuzemogelijkheid niet meer heeft. Op grond van doelmatigheidsafwegingen kan een zorgverzekeraar er voor kiezen recht te geven op een hulpmiddel in eigendom dan wel juist in bruikleen. Bruikleen heeft het voordeel dat de zorgverzekeraar een hulpmiddel kan terugvorderen indien een verzekerde er geen gebruik (meer) van maakt, om het daarna eventueel tot herverstreking over te gaan.

Op grond van artikel 2.7, tweede lid Rzv omvat de verschaffing in bruikleen tevens de vergoeding van de kosten:

- van vervoer van het middel naar en van de woning van verzekerde;
- van het regelmatig (technisch) onderhoud;
- de benodigde chemicaliën voor gebruik, ontsmetting en reiniging van de apparatuur.

Bruikleenhulpmiddel

Bruikleenhulpmiddelen vallen niet onder het eigen risico, omdat deze niet op geld waardeerbaar zijn en om niet ter beschikking worden gesteld. De verzekerde moet het hulpmiddel te zijner tijd teruggeven. In feite gaat het er om dat het juridisch niet mogelijk is aan een verzekerde een eigen bijdrage te vragen voor iets dat niet zijn eigendom wordt.

Dit ligt anders met betrekking tot de bruikleengerelateerde verbruikshulpmiddelen. Er zijn verschillende hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt waarbij disposables (bijv. elektroden, elektrodenpasta bij een elektrostimulator of teststrips bij zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden) nodig zijn. De kosten die de verzekerde maakt voor deze disposables zijn op geld waardeerbaar. Verzekerde krijgt deze middelen in eigendom en verbruikt ze. De kosten vallen daarmee onder het eigen risico.

Verbruiksgoederen en gebruiksgoederen

Uit signalen die het CVZ heeft ontvangen – onder andere met betrekking tot CPAP-apparatuur – blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat precies moet worden verstaan onder een verbruiksmiddel. Deze verbruikshulpmiddelen worden als toebehoren verstrekt bij het bruikleenapparaat. Om deze vraag te beantwoorden heeft het CVZ de termen verbruiksgoederen en gebruiksgoederen met behulp van Van Dale (*Groot woordenboek der Nederlandse taal*) nader gedefinieerd.

Van Dale:

Bij *verbruiksgoederen* gaat het om goederen die door gebruik verdwijnen, tenietgaan. Bij *gebruiksgoederen* gaat het om goederen die geschikt zijn om meermalen te gebruiken.

Er zijn verschillende hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt waarbij verbruiksartikelen (disposables) (bijv. elektroden, elektrodenpasta bij een elektrostimulator of teststrips bij zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden) nodig

zijn. De kosten die de verzekerde maakt voor deze disposables zijn op geld waardeerbaar. Verzekerde krijgt deze middelen in eigendom en verbruikt ze. De kosten vallen daarmee onder het eigen risico.

Er zijn ook bruikleenhulpmiddelen waarbij gebruiksartikelen worden verstrekt. De toebehoren bij bijvoorbeeld een CPAP-apparaat bestaan uit een masker, slang, filter maar ook een verwarmde luchtbevochtiger. Gezien voornoemde definitie gaat het hier om *gebruiksgoederen* (gebruik voor langere termijn) en niet om *verbruiksgoederen*. Deze middelen gaan immers niet onmiddellijk verloren en zijn meermalen (meerdere nachten) te gebruiken.

Bij de vraag of gebruiksgoederen ten laste komen van het eigen risico zijn twee situaties mogelijk:

1. In de situatie dat de verzekeraar het nodig vindt om in bruikleen verstrekte *gebruiksgoederen* – zoals maskers en slangen (voortijdig) te vervangen – is er sprake van preventief onderhoud. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de verzekerde de beschikking heeft over een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel. Hiertoe dienen bepaalde onderdelen regelmatig te worden vervangen. De verzekeraar kan dit regelen via een contract met de leverancier waarin een all-in tarief wordt afgesproken. De verzekeraar is verantwoordelijk voor de kosten van onderhoud bij bruikleenhulpmiddelen. Onderhoudskosten mogen daarom niet verrekend worden met het eigen risico.
2. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen de desbetreffende gebruiksgoederen – bij CPAP toebehoren zoals slang en masker – in eigendom aan de verzekerde te verstrekken zonedig met reserveset. Dit moet voor de verzekerde vooraf kenbaar zijn (via polis en/of bruikleenovereenkomst). Als deze gebruiksgoederen stuk gaan kan verzekerde een vervangend masker of slang aanvragen. In deze situatie is duidelijk dat de toebehoren ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht. Aangezien de verzekerde eigenaar is van deze gebruiksgoederen, kan een zorgverzekeraar de verzekerde niet dwingen tot een jaarlijkse vervanging daarvan.

All-in abonnementstarief

Zorgverzekeraars spreken vaak met leveranciers een all-in abonnementstarief af. Het CVZ is van mening dat een forfaitair maandbedrag bij bruikleenhulpmiddelen niet zonder meer mag worden verrekend met het eigen risico als daar componenten in zitten zoals reparatie en onderhoud. Het is aan de zorgverzekeraar te specificeren welk deel van het maandbedrag betrekking heeft op *verbruiksgoederen* dan wel (afhankelijk van de situatie) *gebruiksgoederen* en welk deel op reparatie en onderhoud.

Gebruikskosten ADL-honden, signaalhonden en blindengeleidehonden Voor de gebruikskosten van een hond is een specifieke regeling getroffen in de Regeling zorgverzekering. Een verzekerde kan een tegemoetkoming krijgen in de redelijk te achten gebruikskosten van een geleidehond. Bij deze gebruikskosten gaat het om kosten voor het levensonderhoud en de medische en dagelijkse verzorging van de hond. Gelijk aan andere bruikleenhulpmiddelen betreft het hier verbruikskosten (hondenbrokken) of andere op geld waardeerbare zorg (bijv. bezoek dierenarts). De gebruikskosten van blindengeleidehonden vallen daarom onder het eigen risico. Dat deze tegemoetkoming wordt afgekocht met een budget ipv. dat de verzekerde iedere keer een rekening indient doet hierbij niet ter zake.

Overzicht kosten in geval van bruikleen en eigendom:

	Bruikleen	Eigendom (gecontracteerd of restitutie)	Eigendom/huur (niet gecontracteerd)
Kosten van regelmatig onderhoud	Zorgverzekeraar	Verzekerde	Verzekerde
Kosten van herstel, verlies of reparatie	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid. Een zorgverzekeraar kan wel opnemen in polis/reglement de deze kosten maar deels vergoed worden.
Vervanging binnen gebruikstermijn	Zorgverzekeraar, mits er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de onherstelbare schade/snelle slijtage niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.
Verhuiskosten	Is niet uitgesloten in artikel 2.7 Rzv	Verzekerde	Verzekerde
Vervoer (eerste keer)	Zorgverzekeraar (artikel 2.7, Rzv)	Zorgverzekeraar (gebruiksklaar)	Zorgverzekeraar (gebruiksklaar)
Ten laste van eigen risico	Het hulpmiddel dat in bruikleen wordt verstrekt en de reparatiekosten komen niet ten laste van eigen risico. Eventuele verbruiksartikelen en gebruikskosten (hond) komen wel ten laste van eigen risico. In geval van gebruiksartikelen is het afhankelijk van het feit of deze in eigenkomst worden verstrekt door de zorgverzekeraars. Dit dient duidelijk in de polis of bruikleen-overeenkomst te zijn opgenomen. Indien de zorgverzekeraar deze gebruiksartikelen in eigendom verstrekt, komen ze ten laste van het eigen risico.	Ten laste van eigen risico	Ten laste van eigen risico.

Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, artikel 2.8 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub a en artikel 2.8 Rzv
- Artikel 2.33, eerste lid

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9. lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: Prothesen

Artikel 2.6, sub a van de Rzv omvat vanaf 1 januari 2010 niet langer 'prothesen voor schouder, arm, hand been of voet' als hulpmiddel, maar 'uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan'.

Artikel 2.8 van de Rvz luidt per 1 januari 2010 als volgt:

Artikel 2.8

- 1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel a, omvatten*
 - a. Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:*
 - 1°. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen indien het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;*
 - 2°. de mamma;*
 - 3°. de stembanden;*
 - 4°. het haar indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard;*
 - b. Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:*
 - 1°. de oogbol;*
 - 2°. het gelaat.*

Artikel 2.33 de eigen bijdragen:

- 1. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van haar hoger zijn dan € 393 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.*

Toelichting

Bij de formulering van artikel 2.8 is aangesloten aan de International classification of functioning, disability and health (ICF). In de ICF staat het menselijk functioneren centraal. In de ICF zijn daarom de functies en anatomische eigenschappen omschreven die van belang zijn voor het menselijk functioneren. Bij anatomische eigenschappen gaat het om de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.

In het met deze regeling gewijzigde artikel 2.8 van de Rzv zijn de hulpmiddelen ter vervanging van anatomische eigenschappen opgenomen, te weten de prothesen.

Prothesen zijn uitwendige hulpmiddelen die een afwezig of deficiënt (niet volledig ontwikkeld) lichaamsdeel geheel of gedeeltelijk vervangen. Het betreft de prothesen voor de ledematen (arm, hand, been en voet) inclusief het proximale deel (schouder, heup en bekken), de mammaprothese, gelaatsprothese, oogprothese en de haarwerkprothese. De penisprothese maakt geen onderdeel uit van deze omschrijving. Een uitwendige penisprothese kan tot de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden behoren, indien dit hulpmiddel nodig is voor het slagen van de reallife-experience van transseksuelen. De te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' is geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Ook gebitsprothesen vallen niet onder deze omschrijving. Gebitsprothesen zijn als te verzekeren prestatie ondergebracht bij de mondzorg (artikel 2.7 van het Bzv).

Een verzekerde dient redelijkerwijs te zijn aangewezen op een bepaald type prothese. Hierbij spelen de individuele omstandigheden van de persoon – het activiteitsniveau en de deelname aan het maatschappelijk verkeer – een belangrijke rol. De individuele omstandigheden geven de doorslag bij de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een prothese in speciale uitvoering (bijvoorbeeld een badprothese of een prothese met microprocessor gestuurd gewricht). Bij een aanvraag dient de vraag te worden beantwoord of een bepaald type prothese – gezien de zorgbehoefte van de verzekerde – een adequate voorziening is.

De mogelijkheid bestaat om een reserve-exemplaar van een prothese te verstrekken of te vergoeden, indien dit redelijkerwijs is aangewezen. Een reserve-exemplaar kan redelijkerwijs zijn aangewezen, als de verzekerde zonder dit hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie.

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 1^o*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de onderste of bovenste extremititeit (incl. toebehoren)

In geval van prothesen voor de onderste of bovenste extremititeit kan sprake zijn van niet-bekrachtigde prothesen en prothesen in bekrachtigde uitvoering. Deze laatste prothesen worden onderverdeeld in prothesen met aansturing door lichaamsbekrachtiging, aansturing door middel van een externe krachtbron (zoals de myo-elektrische handprothese) of een combinatie van beide mogelijkheden (hybride). Als typen prothesen zijn te onderscheiden: voorlopige, definitieve en cosmetische prothesen.

De algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken maken deel uit van een armprothese en ook een stompkous of liner maakt in veel gevallen deel uit van de prothesevoorziening. Deze hulpmiddelen behoren tot deze omschrijving, omdat anders geen sprake zou zijn van functionerende hulpmiddelen. Hulp- en aanzetstukken die zeer specifiek voor de arbeidssituatie nodig zijn, vallen niet onder de omschrijving in deze bepaling.

RZA 2000, 12 CVZ, 21-12-1999	De aangevraagde rugprothese behoort niet tot de prothesen die vallen onder artikel 2, eerste lid, sub a, juncto artikel 7, van de Regeling (vanaf 1 januari 2006: artikel 2.6, lid 1 onder a jo. artikel 2.8 Rzv). De rugprothese dient ter correctie van een vormdefect dat wordt veroorzaakt door de afwijkende stand van de rechterschouder, maar er is geen sprake van een prothese die dient ter <i>vervanging</i> van de schouder, c.q. het schoudergewricht.
ZFR Zaaknummer: 96031064	De aangevraagde myo-elektronische haak is te beschouwen als een handprothese in een bekrachtigde vorm.
RZA 1993, 79 ZFR 22-04-1993	Bad-/zwemprothesen kunnen worden beschouwd als een beenprothese.
RZA 1992, 117 CVZ 30-06-1992	Een ski-prothese is te beschouwen als een beenprothese.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Bad-/Zwemprothesen

Verstrekking van een bad-/beenprothese geschiedt slechts in uitzonderlijke situaties.

Rechtbank Almelo, sector kanton 15-12-2009 LJN: BK7676	Het geschil betrof het verstrekken van een zwem-/badprothese. De rechtbank verwees naar de uitspraak van de CRvB van 19-09-2007 (ZFW RO11 93) en bekrachtigde de interpretatie die het CVZ hiervan heeft gegeven in een geschil van latere datum (25-02-2008). In casu was voor verzekerde (gelet op haar individuele omstandigheden) een zwemprothese een adequaat hulpmiddel dat aan haar zorgbehoefte voldoet. De zwemprothese is, gelet op het wekelijks gebruik, afgezet tegen de relatief beperkte kosten van het door de verzekeraar geboden alternatief, als doelmatig te kwalificeren.
--	---

CRvB 19-09-2007 ZFW RO11 93	Het geschil betrof het verstrekken van een zwem-/badprothese. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) oordeelde dat de aanspraak op verstrekking van hulpmiddelen tot gelding kan worden gebracht wanneer er een zorgbehoefte is, de verstrekking niet onnodig duur, oftewel doelmatig is, en tevens adequaat is. Aangaande het criterium van adequaatheid heeft de CRvB overwogen dat een hulpmiddel geschikt moet zijn om de beperkingen/belemmeringen van verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren, alsmede de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik ervan is aangewezen. Hierbij is volgens de CRvB geen wettelijke grondslag aanwezig om activiteiten als vrijwilligerswerk, niet-medisch gerelateerde sport, hobby's e.d buiten beschouwing te laten.
CVZ 07-04-2008 zaaknummer 28021390 en RZA 2008, 37 CVZ 25-02-2008	Naar aanleiding van deze uitspraak van de CRvB heeft CVZ overwogen dat, naast het -bij het criterium van adequaatheid, in aanmerking nemen van activiteiten als vrijwilligerswerk, niet-medisch gerelateerde sport, hobby's e.d., ook de zorgbehoefte van verzekerde en de vraag of hij redelijkerwijs op het hulpmiddel is aangewezen, bij de beoordeling moeten worden betrokken. Bij de aanvraag van elke verzekerde moet de vraag worden beantwoord of een zwem-/badprothese voor hem, gezien zijn zorgbehoefte, een adequate en niet onnodig dure voorziening is. De verzekerde moet, kortom, naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op een zwem-/badprothese. Hierbij geven de individuele omstandigheden van het individu de doorslag.
RZA 1993, 79 ZFR 22-04-1993	Een zwem-/beenprothese is i.c. redelijkerwijs aangewezen. Gelet op het vaatlijden bestaat er een duidelijke medisch-somatische indicatie om te zwemmen en daarvoor is de prothese redelijkerwijs aangewezen.
RZA 1988, 4 ZFR 30-11-1987	Verstrekking van een tweede beenprothese, zijnde een bad-/zwemprothese, is redelijkerwijs aangewezen, nu deze prothese in de gegeven situatie wezenlijk zal bijdragen aan de verbetering van de levensomstandigheden van betrokkene.

C-Leg

Verstrekking van een C-Leg beenprothese geschiedt slechts in uitzonderlijke situaties.

CRvB 15-08-2007 05/5963 ZFW	Het geschil betreft de vraag of voor verzekerde kan volstaan met een conventionele prothese, of een C-leg voor verzekerde adequaat is en of een C-leg voor verzekerde moet worden aangemerkt als een onnodig dure voorziening. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) oordeelde dat de aanspraak op verstrekking van hulpmiddelen tot gelding kan worden gebracht wanneer er een zorgbehoefte is, de verstrekking niet onnodig duur, oftewel doelmatig is, en tevens adequaat is. Aangaande het criterium van adequaatheid heeft de CRvB overwogen dat een hulpmiddel geschikt moet zijn om de beperkingen/belemmeringen van verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren, alsmede de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik ervan is aangewezen. Hierbij is volgens de CRvB geen wettelijke grondslag aanwezig om activiteiten als vrijwilligerswerk, niet-medisch gerelateerde sport, hobby's e.d buiten beschouwing te laten.
-----------------------------------	---

	De CRvB merkt op dat verzekerde haar standpunt dat zij, in haar concrete situatie, op medische gronden aangewezen is op een C-leg, onderbouwd heeft met rapporten en verklaringen van de revalidatiearts en de chirurg. Hieruit blijkt dat verzekerde een C-leg nodig heeft om in haar geval veilig te kunnen lopen op hellend en oneffen terrein bij haar woning en voor het veilig kunnen traplopen. Haar conventionele prothese is hier niet voor geschikt. Nu de CRvB uit niets blijkt dat de zorgverzekeraar de concrete situatie in de woonomgeving van verzekerde in de beoordeling heeft betrokken, kan worden vastgesteld dat haar eerder verstrekte prothese niet in aanvaardbare mate geschikt was om haar beperkingen te compenseren en verzekerde is aangewezen op een C-leg.
RZA 2005, 202 WTZKV 20-7-2005, 0537	Recht op vervangingprothese door C-leg. Nu niet aannemelijk is gemaakt dat er tenminste één adequate alternatieve knieprothese beschikbaar is die de in eisers geval noodzakelijke meerwaarde biedt én die goedkoper is dan de C-leg, bestaat aanspraak op de C-leg ter vervanging van het huidige hulpmiddel.
RZA 2005, 182	Vervanging prothese door C-leg niet doelmatig. De goedkoopste adequate voorziening dient te worden verstrekt.
RZA 2004, 96 Rb Dordrecht 16-04-2004	C-leg terecht afgewezen nu oude prothese een even adequaat alternatief is.
RZA 2001, 127 CVZ, 02-11-2001	Geen aanspraak op een C-Leg nu niet is aangetoond dat een conventionele prothese vanuit medisch oogpunt niet meer voldoet. Een arbeidskundig onderzoek en een analyse van de lange termijnconsequenties in relatie tot de leeftijd van verzekerde moeten deel uitmaken van de besluitvorming.
RZA 2000, 141 CVZ 27-09-2000	Geen aanspraak op een C-Leg nu niet blijkt dat de huidige prothese gezien de persoonlijke en arbeidsomstandigheden van verzekerde ondoelmatig is. Bovendien is niet aannemelijk dat voorzover aanpassingen nodig zijn deze niet bereikt kunnen worden met minder kostbare oplossingen.

Siliconen (arm/hand/vinger/voet-)prothese

CRvB 24-06-2009 ZFW 08/4629	<p>Het geschil betrof de aanvraag van een individuele (siliconen) arm/handprothese. Zowel de zorgverzekeraar als de rechtbank in eerste aanleg waren van oordeel dat bij verzekerde verstrekking van een individuele prothese niet doelmatig was en dat verzekerde kon volstaan met een confectieprothese. Een externe deskundige concludeerde dat – behoudens bij autorijden in een auto met automaat en voor zover bij het fietsen het stuur in een extreme positie zou worden gedraaid – de functionaliteit van de confectie prothese niet verschilt van de functionaliteit van de individuele prothese. De CRvB verwees naar eerdere uitspraken van haar College in soortgelijke zaken en herhaalde dat de beoordeling van het orgaan dat beslist over verstrekking danwel vergoeding, in de eerste plaats gericht moet zijn op de vraag of de verzekerde medisch gezien, naar objectieve maatstaven, is aangewezen op de aangevraagde verstrekking en in de tweede plaats of die verstrekking geschikt is om de beperkingen of belemmeringen van de verzekerde, gezien zijn zorgbehoefte, in aanvaardbare mate te compenseren. Daarbij dienen, als het gaat om een hulpmiddel, de aard, kwaliteit en constructie van dat middel, alsmede de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik ervan is aangewezen, richtinggevend zijn.</p> <p>In casu was de CRvB van oordeel dat de voorhanden zijnde (medische) gegevens niet uitsluiten dat de functionaliteit van de individuele prothese op enkele aspecten in positieve zin enigszins verschilt van de functionaliteit van de confectieprothese. Echter, niet gebleken is dat de confectieprothese niet geschikt is om de beperkingen of belemmeringen van verzekerde, gezien zijn zorgbehoefte, in aanvaardbare mate te compenseren.</p>
RZA 2003/75 CVZ 24-03-2003	Siliconen vingerepithesen zijn in relatie tot conventionele sierprothese onnodig kostbaar, mede gezien de leeftijd van verzekerde en de onzekerheid over de mate van gebruik.
RZA 2002/19 Rb Zutphen 07 -11-2001	Siliconenprothese voor onderarm onnodig kostbaar.
RZA 2002/162 Rb Den Bosch 21-05-2002	Verstrekking van siliconen vingerprothese in strijd met doelmatigheidsvereiste. De Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006: Rzv) biedt geen ruimte om met aspecten van psychische danwel cosmetische aard rekening te houden.
CVZ 02-01-2002 zaaknummer 21041353	Verzekerde heeft geen aanspraak op een verstelbare voetprothese nu de niet-verstelbare prothese waar verzekerde over beschikt adequaat is. De problemen die verzekerde ondervindt bij de aansluiting tussen schoeisel en prothese kunnen op een goedkopere wijze worden verholpen.
CVZ 98022451 02-10-1998	Geen aanspraak op partiële voetprothese gezien de hoge kosten, het feit dat de prothese geen bijdrage levert aan de stabiliteit, er eenvoudiger mogelijkheden zijn om de huid te beschermen en de cosmetiek van de prothese van marginaal belang is.

RZA 1992, 117 CVZ 30-06-1992	Geen aanspraak op skiprothese. Bij het wegen van de revalidatie-indicatie is de ernst van de verstoring van het niveau van functioneren doorslaggevend. Hoewel skiën de laatste jaren een grote vlucht heeft genomen is het ontbreken van de mogelijkheid daartoe niet dermate verstrend, dat betrokkene niet sociaal volwaardig kan functioneren.
CVZ 07-05-2009 zaaknummer 29034745	Siliconen prothesehandschoen. Een verzekerde heeft aanspraak op de meest adequate en passende prothese. Indien dit een op maat gemaakte prothese is, omdat een confectie-exemplaar niet voldoet, heeft verzekerde aanspraak op dit op maat gemaakte exemplaar. Bij gelijkwaardigheid kan de zorgverzekeraar een prijsvergelijking doen. Dit is overigens een doelmatigheidsafweging en die ligt bij de zorgverzekeraar, niet zozeer bij het CVZ.

Andere prothese

RZA 1992, 117 CVZ 30-06-1992	Geen aanspraak op skiprothese. Bij het wegen van de revalidatie-indicatie is de ernst van de verstoring van het niveau van functioneren doorslaggevend. Hoewel skiën de laatste jaren een grote vlucht heeft genomen is het ontbreken van de mogelijkheid daartoe niet dermate verstrend, dat betrokkene niet sociaal volwaardig kan functioneren.
CVZ 07-05-2009 zaaknummer 29034745	Siliconen prothesehandschoen. Een verzekerde heeft aanspraak op de meest adequate en passende prothese. Indien dit een op maat gemaakte prothese is, omdat een confectie-exemplaar niet voldoet, heeft verzekerde aanspraak op dit op maat gemaakte exemplaar. Bij gelijkwaardigheid kan de zorgverzekeraar een prijsvergelijking doen. Dit is overigens een doelmatigheidsafweging en die ligt bij de zorgverzekeraar, niet zozeer bij het CVZ.

Stompkousen/Liners

Stompkousen of liners maken deel uit van de prothesevoorziening. In veel gevallen is een dergelijk hulpmiddel nodig om te kunnen spreken van een functionerend hulpmiddel.

In een publicatie van de Wetenschapswinkel Geneesmiddelen (Universiteit Utrecht) wordt gesteld dat allergie (c.q. contact-eczeem) voor materiaal in een prothese relatief veel voorkomt. Meestal kan deze allergie verholpen worden door zeemleer of stompkousen waardoor de huid de koker niet meer direct raakt; soms is het nodig een prothese te maken van ander materiaal.

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 2^o*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de mamma

Een mammaprothese is geïndiceerd bij de operatieve verwijdering van de borstklier en bij het geheel of nagenoeg geheel achterwege blijven van de natuurlijke ontwikkeling van de borstklier(en). Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een individueel vervaardigde prothese, indien een gebruiksklaar exemplaar niet mogelijk dan wel redelijkerwijs niet verantwoord is. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn bij een sterke postoperatieve vervorming van de okselplooi.

De verschaffing van een mammaprothese omvat niet de voorlopige prothese, die kort na een operatie wordt verstrekt gedurende het genezingsproces. Deze laatstbedoelde prothese is als verbandmateriaal aan te merken en maakt deel uit van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Een bustehouder is algemeen gebruikelijk. Indien een dergelijk kledingstuk wordt aangevraagd in verband met het dragen een mammaprothese, dan dienen de aanschaffingskosten te worden aangemerkt als kosten van normaal gebruik. De aanschaf van een bustehouder komt voor eigen rekening. Dit geldt ook voor plakstrips of hechtpleisters bij mammaprothesen. Een verzekerde is niet redelijkerwijs aangewezen op dergelijke hechtmiddelen, nu een bustehouder de mammaprothese evengoed op zijn plaats kan houden.

Een mamilla-prothese kan ook tot deze functiegerichte omschrijving behoren indien een verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien een verzekerde een borstreconstructie heeft ondergaan, maar afziet van een tepelreconstructie.

Zwemprothese

Een zwemprothese moet worden aangemerkt als een mammaprothese als bedoeld in artikel 2.8 Rzv. Wel moet de zwemprothese worden aangemerkt als een afzonderlijke verstrekking. De suggestie dat een reserve-exemplaar in een andere uitvoering (zwemprothese) zou kunnen worden verstrekt is *onjuist*.

Een mammaprothese kan in het algemeen niet in een badpak worden gedragen, omdat deze te zwaar is en niet voldoende wordt ondersteund door een badpak, ook al heeft deze voorgevormde cups.

CVZ 21008262 25-06-2001	De zwemprothese moet worden aangemerkt als een afzonderlijke verstrekking. Een medische indicatie voor therapeutisch zwemmen wordt geachte aanwezig te zijn gedurende zes maanden na een mammaoperatie. Zwemmen is dan een geschikte en de minst blessuregevoelige manier om armen en borstspieren goed te oefenen. Verder heeft zwemmen een gunstig effect op de afvoer van overtollig vocht in dit gebied en op de soepelheid van huid en onderliggend bindweefsel. Na deze periode moet de medische indicatie voor zwemmen per individueel geval beoordeeld worden.
-------------------------------	--

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een mammaprothese is geïndiceerd bij de operatieve verwijdering van de borstklier en bij het geheel of nagenoeg geheel achterwege blijven van de natuurlijke ontwikkeling van de borstklier(en).

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3°*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden

Onder de hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden vallen zowel stemprothesen als spraakversterkers. Een stemprothese kan zorgen dat spraak mogelijk is na een operatieve verwijdering van het strottenhoofd. Een

spraakversterker wordt vaak in combinatie met een stemprothese gebruikt. Het gaat hierbij om het vervangen van de anatomische eigenschappen van stembanden, te weten het opwekken van trillingen waardoor stemgeluid ontstaat. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen.

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 bekostigd in het kader van die prestatie. Daarvoor geldt de tarifiering op basis van de Diagnose Behandeling Combinatie (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.

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 4°*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van het haar

Een haarwerk valt onder de te verzekeren prestaties als sprake is van een medische aandoening of behandeling van medische aard. Klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) is geen medische aandoening zoals bedoeld in dit artikel. Deze vorm van kaalhoofdigheid is het gevolg van normale verouderingsprocessen.

Bij verminking – bijvoorbeeld als gevolg van brandwonden – is sprake van een medische aandoening als bedoeld in de Rzv.

Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen voor hoofddekking zoals petten, bandana's, mutsen, mutssja's behoren niet tot deze omschrijving, omdat geen sprake is van vervanging (van anatomische eigenschappen) van haar.

Een haarwerk moet regelmatig worden gewassen en bijgewerkt. De kapperskosten die hiermee zijn gemoeid, zijn kosten van normaal gebruik. Deze kosten komen voor rekening van de verzekerde.

Semi-permanente haarwerken zijn bedoeld voor mensen die gedeeltelijk kaal zijn. De haarwerken worden met medicinale lijm op de hoofdhuid bevestigd. Het nog aanwezige gezonde haar wordt niet onnodig bedekt door een pruik en de uitstraling is zeer natuurlijk van aard.

Toelichting: *Artikel 2.33, eerste lid*

Het eerste lid betreft de eigen bijdragen voor de in artikel 2.8, onderdeel a, onder 4°, vallende haarwerken.

RZA 2001, 71 Rb Rotterdam 10-04-2001	Verzekerde die een pruik heeft aangeschaft die regelmatig opnieuw dient te worden bevestigd, heeft geen aanspraak op vergoeding van desbetreffende meerkosten.
RZA 2000, 18 Rb Den Haag 06-12-1999	Hairfusion is een haarwerk ter (gedeeltelijke) vervanging van het hoofdhaar. Al hetgeen dit haarwerk meer kost dan de geldende maximum vergoeding komt voor rekening van de verzekerde.
ZFR, 31-07-1997 Cie 260-8684	Geen aanspraak op een jaarlijkse vergoeding op het niveau van de maximum vergoeding.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een haarwerk valt onder de te verzekeren prestaties als sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard. Klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) is geen medische aandoening zoals bedoeld in dit artikel. Deze vorm van kaalhoofdigheid is het gevolg van normale verouderingsprocessen.

Bij verminking – bijvoorbeeld als gevolg van brandwonden – is sprake van een medische aandoening als bedoeld in de Rzv.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bvz bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden ‘uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening’ zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

De gebruiksduur van een haarwerk kent in de uitvoeringspraktijk een minimale gebruiksduur van één jaar, echter deze termijn is geen vaststaande norm. Als een verzekerde niet meer beschikt over een functionerend hulpmiddel, heeft hij of zij recht op vervanging van de pruik. Ter bekrachtiging hiervan is de aanspraak op een functionerend hulpmiddel vastgelegd in de aanhef van het eerste lid, van artikel 2.9 Bzv.

De zorgverzekeraar dient derhalve feitelijk een onderzoek te doen naar de mate van slijtage. Afhankelijk van de uitkomst van het onderzoek, moet dan vastgesteld worden of verzekerde uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op een nieuwe pruik is aangewezen. Ook een kleurverschil tussen de eerder verstrekte pruik en een reserve-exemplaar kan aanleiding zijn voor verstrekking van een nieuw reserve-exemplaar.

RZA 1998, 102 CVZ 19-06-1998	Of in dit geval de pruik door verhoogde slijtage eerder vervangen moet worden, moet individueel beoordeeld worden. Nu geen feitelijke beoordeling heeft plaatsgevonden, is de afwijzende beslissing niet zorgvuldig voorbereid. Ten aanzien van toekomstige aanvragen wordt geadviseerd de mate van slijtage van de pruik te onderzoeken.
------------------------------------	---

Een reserve-exemplaar kan redelijkerwijs aangewezen zijn, als de verzekerde zonder dit hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie.

BZ-00-2312 CVZ 19-07-2000	Een pruik moet regelmatig worden gewassen, gedroogd en opgemaakt. Verzekerde zal deze regelmatig enige tijd moeten missen. Verzekerden hebben aanspraak op een reservepruik zonder hierbij bijzondere medische voorwaarden te stellen.
---------------------------------	--

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 1^o*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol

Bij hulpmiddelen die tot doel hebben het uiterlijk van het oog – dat geen functie meer heeft of ontbreekt – te corrigeren of te reproduceren kan het gaan om volledige oogprothesen en schaalprothesen, inclusief scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie. Volledige oogprothesen worden toegepast als de oogbol ontbreekt, bijvoorbeeld na een operatieve verwijdering daarvan. Schaalprothesen zijn schaalvormige oogprothesen die over een ernstig misvormd oog worden geplaatst dat geen functie meer heeft. Indien een dergelijke schaalprothese niet wordt verdragen, kan een scleralens zoals hiervoor omschreven, worden aangemeten.

Scleralenzen met visuscorrectie worden gebruikt bij alle vormen van onregelmatig hoornvlies, waarbij het oog nog wel een functie heeft. Deze lenzen vallen onder de nieuwe functiegerichte omschrijving van ‘uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie’, zoals omschreven in artikel 2.13 Rzv.

Een scleraschaal is een gedeeltelijke oogprothese, die over de resterende oogbol wordt geplaatst in de oogkas.

CVZ 20-02-2002 Zaaknummer 21052899	Het is mogelijk om een oogprothese schoon te maken met milde zeep en gewoon kraanwater. Hiervoor zijn geen aanvullende middelen, zoals skin tissues nodig.
---	--

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een verzekerde heeft recht op een volledige oogprothese indien de oogbol ontbreekt. Verzekerde heeft recht op een schaalprothese ter afdekking van een ernstige misvorming van het voorste deel van de oogbol uit cosmetische overwegingen. Indien een dergelijke schaalprothese niet wordt verdragen, kan een scleralens met iris of pupil, maar zonder visuscorrectie worden aangemeten.

Toelichting: *Eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 2^o*

Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van het gelaat

Deze te verzekeren prestatie omvat een voor de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothese ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

Een aangepast brilmontuur dat bedoeld is ter opvulling en ter camouflering van een gat in de ooghoek, kan ook worden aangemerkt als een gelaatsprothese.

Hulpmiddelen ter bevestiging van een gelaatsprothese behoren tot de te verzekeren prestaties. Deze hulpmiddelen maken een essentieel onderdeel uit van een functionerende gelaatsprothese.

Baardprothese

De baardprothese moet worden aangemerkt als een gelaatsprothese als bedoeld in artikel 2.10 van de Rzv (oud).

RZA 1996, 81 ZFR, 24-04-1996	De baardprothese moet worden aangemerkt als een gelaatsprothese als bedoeld in de regelgeving omtrent hulpmiddelen.
------------------------------------	---

Camouflagebril

Een gewone bril met donkere glazen, gebruikt als camouflagebril kan niet worden aangemerkt als gelaatsprothese.

CVZ 19-04-1999 zaaknummer BZ-99-0437	Een camouflagebril (gewone bril met donkere glazen) is niet aan te merken als een gelaatsprothese.
---	--

Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub b en artikel 2.9 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9. lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Funcatiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: ademhalingshulpmiddelen

In artikel 2.6, sub b en artikel 2.9, Rzv is vanaf 1 januari 2010 de functiegerichte omschrijving van de ademhalingshulpmiddelen opgenomen. De hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel zijn samengevoegd in één artikel.

Artikel 2.9 van de Rzv luidt per 1 januari 2010 als volgt:

Artikel 2.9

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

Toelichting

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

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

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

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

Bij stomabeschermers voor gelaryngectomeerden gaat het om stomafilters, douchebeschermers of camouflagebeffen voor mensen met een kunstmatige luchtwegingang (tracheostoma). Een goede stomabescherming is belangrijk voor de longfunctie en de algemene lichamelijke conditie. Zonder stomabescherming krijgen deze mensen meer last van slijmvorming en hoestprikkels. De hier bedoelde stomabeschermers vallen daarmee onder de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, dan wel onder de noodzakelijke toebehoren (*toelichting wijzigingsbesluit per 1 januari 2011*).

BZ-97-64 ZFR 22-05-1997	Gebruik van disposable latex handschoenen voor het schoonmaken van de <i>tracheostoma</i> is uit hygiënische overwegingen niet noodzakelijk. Volstaan kan worden met handen wassen met water en zeep voor en na de reiniging van het stoma.
-------------------------------	---

Hulpmiddelen die langdurig in de thuissituatie worden toegepast onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist, waarbij een 24-uurs achterwacht of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis of centrum voor thuisbeademing nodig kan zijn, vallen onder de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Voorbeelden hiervan zijn apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning en verschillende monitoren, zoals de saturatiemeter. Monitoren vallen niet onder de omschrijving omdat deze middelen niet leiden tot het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel.

Indien plaatsing of vervanging van de tracheacanules in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, is er eveneens sprake van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In geval van vervanging van een tracheacanule in de thuissituatie is sprake van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelen die onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' vallen, dienen te worden bekostigd als onderdeel van die prestatie en geldt de DBC-tarifiering.

Toebehoren vallen onder de te verzekeren prestaties indien deze toebehoren noodzakelijk zijn voor het laten functioneren van deze hulpmiddelen. Voorbeelden van toebehoren zijn mondstukken en aangezichtsmaskers. Bij sluimuitzuigapparatuur gaat het bijvoorbeeld om de uitzuigcanule, patiëntenslang, vacuümslang met filter, slangenset, uitzuigpot en reinigingsmiddel.

Artikel 2.9, derde lid, onderdeel a

Omdat apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt, is deze apparatuur uitgesloten van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het gaat daarbij om nachtelijke mechanische ademhalingsondersteuning (chronische intermitterende beademing) of om ademhalingsondersteuning die dag en nacht gegeven moet worden (chronische continue mechanische ademhalingsondersteuning). Het betreft apparatuur die de actieve ademhaling van de patiënt overneemt.

Artikel 2.9, derde lid, onderdeel b

Apparatuur die alleen wordt ingezet voor het verminderen van snurken, valt niet onder de te verzekeren prestatie. Dit betekent dat een Snörex geen te verzekeren prestatie is en behandeling met een MRA alleen mogelijk is bij aangetoonde OSAS.

Zuurstofapparatuur

Zuurstofapparatuur is één van de hulpmiddelen die onder deze functiegerichte omschrijving vallen. Bij zuurstofapparatuur gaat het om een voorziening, waarmee rechtstreekse zuurstoftoediening mogelijk is. De apparatuur kan al dan niet draagbaar zijn. Eén van de redenen dat de aanspraak niet alleen zuurstofapparaten maar ook zuurstofconcentratoren omvat, is dat in gevallen dat bij het gebruik van een zuurstofapparaat een groot aantal zuurstofflessen noodzakelijk is, de verschaffing van een zuurstofconcentrator voor de verzekering op enig moment een kostenverlagend effect heeft. De zorgverzekeraar bepaalt of een zuurstofapparaat dan wel een zuurstofconcentrator aangewezen is. Dit maakt deel uit van de afweging of een verzekerde naar aard en inhoud redelijkerwijs op het gevraagde is aangewezen.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Als enige wettelijke voorwaarde geldt de algemene indicatievoorwaarde van artikel 2.1, lid 3 van het Bzv: is verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg aangewezen?

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Zuurstofleveranties in het buitenland

Het CVZ heeft in zijn rapport Hulpmiddelenzorg 2008 een standpunt ingenomen over zuurstofleveranties in het buitenland en de aanspraak daarop op grond van de Zorgverzekeringswet.

Voor verzekerden die zuurstof nodig hebben en tijdelijk in een andere EU-Lidstaat (inclusief de EER-landen en Zwitserland) verblijven staan in principe twee mogelijkheden open:

- a. Via de zorgverzekering, met als consequentie dat de kosten voor de zuurstoflevering die hoger zijn dan het marktconforme tarief in Nederland voor eigen rekening blijven (vergelijk artikel 2.2, tweede lid, onder b van het Bzv).
- b. Via Verordening (EEG) 1408/71 en dan met name artikel 22, eerste lid, onder a en i. Dit heeft als consequentie dat de verzekerde, eventueel via zijn patiëntenvereniging, de zorg in het verblijfslid zelf moet organiseren bij de ter plaatse gevestigde sociale verzekeringsorganen. Ook op deze wijze kan het voorkomen dat een deel van de kosten uiteindelijk voor eigen rekening blijft.

Voor verzekerden die zuurstof nodig hebben en tijdelijk buiten de EU (inclusief de EER-landen en Zwitserland) verblijven, staat alleen de mogelijkheid onder 1 open.

In voormeld rapport Hulpmiddelenzorg 2008 is in hetzelfde standpunt bepaald dat zuurstof gedurende de vliegreis (omdat geen gebruik mag worden gemaakt van de eigen apparatuur) niet behoort tot de te verzekeren prestaties.

RZA 1991/128 ZFR 4-06-91	Tot "toebehoren" bij een draagbaar zuurstofapparaat hoort niet een wagentje voor het vervoeren van dit middel.
RZA 1999/98 ZFR 21-05-99	De aanspraak op zuurstofapparatuur en zuurstofconcentratoren bevat geen beperking ten aanzien van vloeibare zuurstofsystemen. Nu een draagset voor verzekerde geen oplossing is, is de verstrekking van vloeibare zuurstof niet onnodig kostbaar.

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

Het betreft een instrument, bestaande uit een masker of mondstuk, met als aanzetstukken een weerstandsbuis en een ademventiel dat de in- en uitademingsweg scheidt.

Het ademen met positieve eindexpiratoire monddruk (positive expiratory pressure, PEP) vergemakkelijkt bij patiënten met chronische ademhalingsaandoeningen het ophoesten van stagnerend slijm.

De flutter VRP1 kan beschouwd worden als apparatuur voor positieve uitademingsdruk.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Als enige wettelijke voorwaarde geldt de algemene doelmatigheidsvoorwaarde van artikel 2.1, derde lid Bzv: is verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg aangewezen?

Aandachtspunten:

Bij het in gebruik nemen is controle met behulp van een manometer noodzakelijk. Deze manometer vormt een extra accessoire dat niet door de patiënt hoeft te worden aangeschaft, maar dat tijdens de instructie kan worden gebruikt.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zorgverzekeringswet is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Longvibrator

Het betreft de verschaffing (eventueel in bruikleen) van een longvibrator.

De longvibrator wordt toegepast bij chronische longpatiënten, bij wie het bronchiale slijm regelmatig moet worden verwijderd. Deze voorziening vervangt in de daarvoor in aanmerking komende gevallen de anders noodzakelijke tapotage.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Artikel 2.1, lid 3 Bzv.

Als enige voorwaarde geldt de algemene indicatievoorwaarde: is verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg aangewezen?

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit

ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw. is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

CVZ 05-10-2007 Zaaknummer 27040371	De meerwaarde van de toepassing van HFCWO met een apparaat voor luchtwegklaring als 'the Vest' (longvibrator) ten opzichte van andere apparatuur voor sputumklaring is niet aangetoond. Het toepassen van HFCWO is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en is daarom geen te verzekeren prestatie op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving.
--	--

The Vest is hulpmiddel dat kan vallen onder de functiegerichte omschrijving van ademhalingshulpmiddelen. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet moeten alle zorgvormen echter voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals vermeld in artikel 2.1, lid 2 Bzv. Gelet op zijn advies van 5 oktober 2007 (27040371) is het CVZ van mening dat the Vest niet voldoet aan dit criterium. Het CVZ is op grond hiervan van mening dat the Vest geen te verzekeren prestatie is.

Vernevelaars

Het betreft de verschaffing (eventueel in bruikleen) van vernevelaars met toebehoren. Het kan een elektrische, dan wel voetbediende jet- en ultrasonore vernevelaar zijn. De *jetvernevelaar* is de meest eenvoudige. De verneveling komt tot stand doordat lucht met behulp van een slangetje door de medicamentruimte wordt geleid waardoor de vloeistof verstuift tot een nevel. De tweede soort is de *ultrasone vernevelaar*. Door hoogfrequente trillingen van een kristal, welke doorgegeven worden aan de medicamentruimte, ontstaat een fijne nevel boven de vloeistofspiegel welke door middel van een ventilator naar een mondstuk wordt geblazen. Door de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel vallen vanaf 1 januari 2010 ook de voorzetkamers onder de te verzekeren prestatie.

Voorzetkamers

Voorzetkamers worden gebruikt in combinatie met dosis-aërosolen met het doel om een reservoir te vormen waaruit het vernevelde geneesmiddel ingeademd kan worden. Ze bieden de mogelijkheid om de beschikbaarheid van het toe te dienen geneesmiddel te verhogen. Voorzetkamers komen – *als geneesmiddel* – voor vergoeding in aanmerking als zij zijn meegeregistreerd met een specifieke dosis-aërosol. Het hulpmiddel valt dan samen met het geneesmiddel onder de te verzekeren prestatie 'farmaceutische zorg'.

Hypertoön zout

Het vernevelen van hypertoön zout bij patiënten van 6 jaar of ouder met Cystische Fibrose (CF) is een behandeling die voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Als hypertoön zout gecertificeerd is als medisch hulpmiddel – zoals het geval is bij MucoClear 6% NaCl – valt het onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. Daarnaast is vergoeding van hypertoön zout als geneesmiddel mogelijk als sprake is van magistrale bereiding door de apotheek.

In beginsel wordt geen vergoeding verleend van energiekosten.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Als enige wettelijke voorwaarde geldt de algemene doelmatigheidsvoorwaarde van artikel 2.1, lid 3 Bzv: is verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg aangewezen?

Een verzekerde kan aanspraak maken op een vernevelaar bij een indicatie voor inhalatietherapie. Het gaat daarbij om het vernevelen van vloeibare geneesmiddelen die niet beschikbaar zijn als verstuiver (dosisaërol, autohaler) of poederinhalator. Ook als het toedienen van een geneesmiddel via een verstuiver (zodanig met voorzetkamer) of poederinhalator voor verzekerde niet uitvoerbaar of effectief genoeg is, komt hij of zij in aanmerking voor een vernevelaar.

Inhalatie met behulp van een vernevelaar wordt onder meer toegepast bij astma, COPD, Cystic Fibrosis en longinfectie bij HIV/AIDS.

Aanvraag tweede vernevelaar

Regelmatig wordt een tweede mobiele vernevelaar aangevraagd in verband met vakanties, bezoeken etc. Het zal van de polisvoorwaarden afhangen of en onder welke voorwaarden een tweede exemplaar onder de verzekerde prestatie valt. Nu zowel een mobiele als een vaste vernevelaar kunnen worden aangemerkt als betrouwbaar en doelmatig, is de kans dat een verzekerde op een reserve-exemplaar is aangewezen te verwaarlozen. Wel zou verzekerde in staat gesteld kunnen worden om een vaste vernevelaar om te ruilen voor een mobiel exemplaar.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

<p>Rechtbank Zutphen 17-01-2007 (05/1552 ZFW)</p>	<p>Dit geschil had nog betrekking op verstrekking van de Rhinoflow neusvernevelaar krachtens de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud). De zorgverzekeraar wees verstrekking af, omdat de Rhinoflow geen vernevelaar, maar spoelapparatuur zou zijn. De rechtbank stelde vast dat het apparaat zowel een spoelfunctie als een vernevelfunctie heeft en voldoet aan de omschrijving in voornoemde Regeling (oud).</p> <p>NB: het CVZ merkt hierbij op dat sinds de invoering van de Zvw en aanverwante regelgeving, alle zorgvormen moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De Rhinoflow valt weliswaar onder de functiegerichte omschrijving van ademhalingshulpmiddelen, maar het is nog niet vastgesteld dat deze vernevelaar ook voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.</p>
<p>RZA 2001,125 CVZ 28-09-01 Zaaknummer 20053784</p>	<p>Aangezien verzekerde meerdere keren per dag moet vernevelen en regelmatig van huis is, geeft alleen een mobiele vernevelaar de gewenste en benodigde bewegingsvrijheid. Gezien de behoefte van verzekerde en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is verzekerde aangewezen op een mobiele vernevelaar.</p>
<p>RZA 1998/81 Van Rechtbank Utrecht 13-01-98</p>	<p>Tweede vernevelaar (pariwalkboy) redelijkerwijs niet aangewezen. De reeds verstrekte vernevelaar (pariboy) kan worden meegenomen en buitenshuis op het lichtnet worden aangesloten.</p>

RZA 1998/169 Van Rechtbank 's- Hertogenbosch 26-08-98	Geen aanspraak op tweede vernevelaar (pariboy). Verzekerde (uitwonende studente) kan tijdens haar verblijf in het ouderlijk huis gebruik maken van een voldoende adequate poederinhalator met voorzetkamer.
---	---

CPAP/BiPAP-apparatuur

Onder de functiegerichte omschrijving vallen ook de hulpmiddelen ter behandeling van het obstructief slaapapneu syndroom (OSAS), zoals de CPAP/BiPAP en het mandibulair repositie apparaat. OSAS wordt veroorzaakt door anatomische afwijkingen rond de hogere luchtwegen en kenmerkt zich door adempauzes tijdens de slaap.

Auto-CPAP apparaten detecteren apnoes, luchtweerstandtoename en/of snurken en passen op basis hiervan de benodigde druk continu aan. Vooralsnog is niet gebleken dat dit bij ongeselecteerde OSAS-patiënten leidt tot betere verdraagbaarheid en compliantie (CBO-richtlijn)

Voorwaarden voor de verzekerde prestatie:

Met de invoering van de functiegerichte omschrijving zijn ook de indicatievoorwaarden zoals die golden voor de CPAP-apparatuur komen te vervallen. De reden hiervoor is dat met de komst van de Zorgverzekeringswet alle hulpmiddelen moeten voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit criterium geldt altijd in combinatie met een bepaalde indicatie. Het is daarom voor deze groep hulpmiddelen niet nodig om de indicatievoorwaarden te handhaven in de Rzv. Het CVZ heeft in zijn rapport 'Duiding van de CBO-conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructieve-slaapapneu-syndroom bij volwassenen' aandacht besteed aan de vraag welke in de richtlijn beschreven interventies kunnen worden aangemerkt als zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Dit rapport is op 23 februari 2009 door het CVZ vastgesteld en terug te vinden op onze website.

Een verwarmde luchtbevochtiger komt als toebehoren bij CPAP-apparatuur voor versterking in aanmerking als, ondanks optimalisering van de neusfunctie, de CPAP-behandeling niet wordt verdragen ten gevolge van irritatie van de bovenste luchtwegen en een geslaagde proefbehandeling heeft plaatsgevonden met de verwarmde luchtbevochtiger. De CPAP-apparatuur met verlaagde expiratedruk kan worden gebruikt in de 5% van de gevallen dat het gebruik van normale CPAP-apparatuur niet volstaat, omdat de drukken die nodig zijn om de luchtweg open te houden, te hoog zijn om comfortabel te kunnen uitademen.

- Ademhalingshulpmiddelen die uitsluitend worden ingezet ter vermindering van snurken behoren niet tot de verzekerde prestaties. Hulpmiddelen zoals de SnörEx en een MRA als behandeling tegen snurken, komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

CVZ 20-09-2010 Zaaknr. 29104825	Proefplaatsing CPAP Door de continue inhoudelijke deskundige inbreng en de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist tijdens de proefperiode (bestaande uit titratie en CPAP-proefperiode) is het CVZ van mening dat sprake is van geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voor de proefperiode is een achterwachtfunctie door de medisch specialist van doorslaggevend belang om de instellingen van de CPAP-apparatuur met enige regelmaat te kunnen aanpassen, Indien wordt besloten tot een definitieve langdurige behandeling met CPAP, valt de CPAP-apparatuur inclusief de benodigde toebehoren onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg.
------------------------------------	---

Eigen risico bij bruikleen (verbruiksartikelen versus gebruiksartikelen)

CPAP-apparatuur wordt vaak in bruikleen verstrekt. Bruikleenhulpmiddelen vallen niet onder het eigen risico, omdat deze niet op geld waardeerbaar zijn en *om niet* ter beschikking worden gesteld. De verzekerde moet het hulpmiddel te zijner tijd teruggeven. In feite gaat het er om dat het juridisch niet mogelijk is aan een verzekerde een eigen bijdrage te vragen voor iets dat niet zijn eigendom wordt.

Verbruiksgoederen en gebruiksgoederen

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat verbruiksartikelen bij bruikleenhulpmiddelen wel ten laste van het eigen risico komen. Uit signalen die het CVZ heeft ontvangen – onder andere met betrekking tot CPAP-apparatuur – blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat precies moet worden verstaan onder een verbruiksmiddel.

Om deze vraag te beantwoorden heeft het CVZ de termen verbruiksgoederen en gebruiksgoederen met behulp van Van Dale (*Groot woordenboek der Nederlandse taal*) nader gedefinieerd.

Van Dale:

Bij *verbruiksgoederen* gaat het om goederen die door gebruik verdwijnen, tenietgaan. Bij *gebruiksgoederen* gaat het om goederen die geschikt zijn om meermalen te gebruiken.

Er zijn verschillende hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt waarbij verbruiksartikelen/disposables nodig zijn (bijv. elektroden, elektrodenpasta bij een elektrostimulator of teststrips bij zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden). De kosten die de verzekerde maakt voor deze disposables zijn op geld waardeerbaar. Verzekerde krijgt deze middelen in eigendom en verbruikt ze. De kosten vallen daarmee onder het eigen risico.

De toebehoren bij een CPAP-apparaat bestaan uit een masker, slang, filter maar ook een verwarmde luchtbevochtiger. Gezien voornoemde definitie gaat het hier om *gebruiksgoederen* (gebruik voor langere termijn) en niet om *verbruiksgoederen*. Deze middelen gaan immers niet onmiddellijk verloren en zijn meermalen (meerdere nachten) te gebruiken.

Of toebehoren zijnde *gebruiksgoederen* ten laste komen van het eigen risico, hangt af van de situatie. Er zijn twee situaties mogelijk.

1. In de situatie dat de verzekeraar het nodig vindt om in bruikleen verstrekte *gebruiksgoederen* – zoals maskers en slangen (voortijdig) te vervangen – is er sprake van preventief onderhoud. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de verzekerde de beschikking heeft over een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel. Hiertoe dienen bepaalde onderdelen regelmatig te worden vervangen. De verzekeraar kan dit regelen via een contract met de leverancier waarin een all-in tarief wordt afgesproken. De verzekeraar is verantwoordelijk voor de kosten van onderhoud bij bruikleenhulpmiddelen. Onderhoudskosten mogen daarom niet verrekend worden met het eigen risico.
2. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen de desbetreffende gebruiksgoederen – bij CPAP toebehoren zoals slang en masker – in eigendom aan de verzekerde te verstrekken zonedig met reserveset. Dit moet voor de verzekerde vooraf kenbaar zijn (via polis en/of bruikleenovereenkomst). Als deze gebruiksgoederen stuk gaan kan verzekerde een vervangend masker of slang aanvragen. In deze situatie is duidelijk dat de toebehoren ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht. Aangezien de verzekerde eigenaar is van deze gebruiksgoederen, kan een zorgverzekeraar de verzekerde niet dwingen tot een jaarlijkse vervanging daarvan.

Het CVZ is van mening dat een forfaitair maandbedrag bij bruikleenhulpmiddelen niet zonder meer mag worden verrekend met het eigen risico. Het is aan de zorgverzekeraar te specificeren welk deel van het maandbedrag betrekking heeft op *verbruiksgoederen* dan wel *gebruiksartikelen* en welk deel betrekking heeft op componenten zoals reparatie en onderhoud.

Mandibulair repositie apparaat (MRA)

Apparatuur die alleen wordt ingezet voor het verminderen van snurken, valt niet onder de te verzekeren prestatie. Dit betekent dat behandeling met het MRA alleen mogelijk is bij aangetoonde OSAS.

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

Zaaknr 2012087682	Een SnörEx®, ook wel snurkbeugel of tong repositie apparaat (TRA) genoemd, is een op maat gemaakte intra-orale beugel met een tegen het verhemelte geplaatst plaatje en een dynamische pelotte waarmee de tongbasis naar voren gehouden wordt. De SnörEx® wordt toegepast ter vermindering van snurken, een andere toepassing is obstructief slaapapneu syndroom (OSAS). Om voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking te komen, dient een behandeling te voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. De behandeling van OSAS door middel van SnörEx® c.q. een tong repositie apparaat voldoet niet aan dit criterium.
CVZ 14-12- 2009 Zaaknummer 29116571	Het mandibulair repositie apparaat (MRA) is per 1 januari 2010 een te verzekeren prestatie. Het CVZ heeft beoordeeld of een gebitsaanpassing ten behoeve van een behandeling met een MRA tot de te verzekeren prestaties moet worden gerekend. Het CVZ is van oordeel dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA niet past binnen de omschrijving van een functionerend hulpmiddel. Verder is

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

Slijmuitzuigapparatuur

Het gaat hierbij om het gebruik van slijmuitzuigapparatuur, waarbij de begeleiding is overgedragen aan de huisarts. Met ingang van 1 januari 2005 is de apparatuur geschrapt uit het basispakket uitleen AWBZ.

Slijmuitzuigapparatuur wordt toegepast bij de volgende indicaties en omstandigheden:

- Tracheostoma, al of niet met canule;
- Terminale longziekten, al of niet postoperatief;
- Progressieve neurologische aandoeningen, zoals MS, ALS en andere spierziekten;
- Veel slijmproductie na grote KNO-operaties;
- Terminale patiënten die veel slijm opgeven;
- Prematuren (te kleine, te vroeg geboren kinderen); en
- Kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen of stofwisselingsziekten.

Genoemde indicaties betreffen geen limitatieve opsomming.

Slijmuitzuigapparatuur wordt ook in het ziekenhuis gebruikt, maar dan gaat het om grote verrijdbare apparaten die hier buiten beschouwing worden gelaten. Bij slijmuitzuigapparatuur gaat het niet alleen om het gebruik van het apparaat maar ook om de toebehoren. Onder toebehoren wordt verstaan de bijbehorende artikelen die tijdens het gebruik regelmatig moeten worden vervangen. Dit zijn bijvoorbeeld de uitzuigcanule, patiëntenslang, vacuümslang met filter, slangenset, uitzuigpot en reinigingsmiddel. Bij kinderen worden ook vingertipjes gebruikt. De vervangingsfrequentie van de toebehoren is onder meer afhankelijk van het apparaat en het gebruik.

Tracheacanule

Bij een tracheotomie wordt een buisje (tracheacanule) in de luchtpijp aangebracht via een snede in de hals van de patiënt. De tracheacanule wordt gebruikt om de persoon te kunnen laten ademen als dit niet via de mond en neus gaat of wanneer langdurige beademing nodig is.

Een zwemcanule is een tracheacanule.

RZA 1996, 170 ZFR, 24-10-1996	Een zwemcanule is een tracheacanule in een speciale uitvoering.
-------------------------------------	---

Airstacken

Het CVZ heeft het standpunt (25-11-2010) ingenomen dat hulpmiddelen voor airstacken voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en dat het gaat om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Dit betekent dat deze hulpmiddelen een te verzekeren prestatie zijn op grond van de Zvw en dat financiering ervan dient plaats te vinden via de DBC-systematiek.

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1011+airstacken.pdf

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10

Artikel 10, sub d Zvw
Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
Artikel 2.6, sub c en artikel 2,10 Rzv
Artikel 2.33, lid 2, Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
De inhoud en omvang van de aanspraak wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

In artikel 2.6, sub c, en artikel 2.10 Rzv is vanaf 1 januari 2013 de functiegerichte omschrijving van 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie' opgenomen. Alle hulpmiddelen voor de hoorfunctie zijn samengevoegd in één artikel.

Artikel 2.10 van de Rzv luidt per 1 januari 2013 als volgt:

Artikel 2.10

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

Artikel 2.33 de eigen bijdragen:

(...)

2. De eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen bedraagt vijftwintig procent van de aanschafkosten.

Toelichting

Uit de algemene toelichting op de hulpmiddelenparagraaf uit de Rzv volgt dat hulpmiddelen gebruiksklaar worden afgeleverd. Voor de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie betekent dit met inbegrip van eventuele batterijen of oplaadapparatuur. De kosten van vervanging van batterijen of accu's moeten echter worden gerekend tot kosten van het normale gebruik en onderhoud van een hoortoestel of oorsuismaskeerder, welke kosten op grond van artikel 2.9, lid 2 van het Bzv voor rekening van de verzekerde komen. Periodieke onderhoudsbeurten worden eveneens niet geacht tot de aanspraak te behoren voor zover het gaat om hulpmiddelen die in eigendom zijn verstrekt.

Artikel 2.10 (per 2013)

Algemeen

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

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

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

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

Artikel 2.10, eerste lid, onder a

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

Om te voorkomen dat de te verzekeren prestatie wordt uitgebreid ten behoeve van mensen met een licht gehoorverlies is een ondergrens als indicatiecriterium opgenomen. Het uitgangspunt is een aanpassing per oor, als sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen).

Artikel 2.10, eerste lid, onder b

Indien de stoornis in de hoorfunctie met de in onderdeel a bedoeld hulpmiddelen (in bepaalde situaties) niet voldoende verbetert, zal de auditief gehandicapte bij bepaalde activiteiten beperkingen ervaren. De in onderdeel b opgenomen hulpmiddelen dienen ter compensatie van deze beperkingen (de moeilijkheden die een persoon door zijn slechthorendheid heeft met het uitvoeren van activiteiten). In termen van ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) gaat het bij deze hulpmiddelen om beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruiken van communicatieapparatuur.

Bij het luisteren gaat het om het doelbewust ervaren van auditieve stimuli, zoals bij luisteren naar de radio, muziek of lezing. De beperkingen die een persoon hierbij ondervindt, kunnen worden gecompenseerd met FM geluidsoverdrachtssystemen, IR overdrachtssystemen, ringleidinghulpmiddelen, soloapparatuur en wek- en waarschuwingsapparatuur.

Om de mogelijkheid te creëren dat een verzekerde kiest voor een eenvoudige luisterhulp in plaats van een hoortoestel, is de aanvullende voorwaarde opgenomen dat deze hulpmiddelen ook kunnen substitueren voor een hulpmiddel als bedoeld in onderdeel a.

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

Artikel 2.10, tweede lid

Er zijn verschillende hoortoestellen op de markt die deels worden geïmplant. Voorbeelden hiervan zijn de middenoorimplantaten, cochleaire implantaten en de beengeleiderimplantaten. Deze hoortoestellen vallen niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' maar onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Dit betekent dat op deze zorg de dbc-bekostiging van toepassing is, met inbegrip van het plaatsen of vervangen van het uitwendige deel.

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

Artikel 2.10, derde lid

Met dit artikellid wordt de mogelijkheid opgehouden toch hulpmiddelen te verstrekken aan verzekerden die strikt genomen niet voldoen aan de indicatiecriteria, maar gezien de individuele omstandigheden toch daarop zijn aangewezen. Dergelijke omstandigheden zijn bijvoorbeeld aanwezig bij kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek, waarbij niet altijd sprake is van 35dB gehoorverlies. Ook kan bij het uitoefenen van specifieke beroepen noodzakelijk zijn dat gehoorverlies van minder dan 35dB wordt gecorrigeerd. Zo moeten bijvoorbeeld psychiaters in het uitoefenen van hun functie ook zwakke stemmen goed kunnen horen.

Artikel 2.33, tweede lid

Het tweede lid betreft de eigen bijdragen voor de in artikel 2.10, onderdeel a, vallende hulpmiddelen, zoals hoortoestellen en tinnitusmaskeerders. Het percentage bedraagt 25% van de kosten.

Deze eigen bijdrage van 25% is niet alleen van toepassing op hoortoestellen, maar ook op oorstukjes, een tinnitusmaskeerders en een BAHA met softband. Een BAHA met softband valt namelijk ook onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie. Indien zorgverzekeraars deze BAHA in *eigendom* verstrekken, gaat hiervoor ook een eigen bijdrage van 25% gelden. Bij bruikleenverstrekking geldt deze eigen bijdrage niet (de keuze bruikleen of eigendom is een autonome bevoegdheid van de zorgverzekeraar).

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Onder de in artikel 2.10, eerste lid, onder a, bedoelde hulpmiddelen vallen onder meer hoortoestellen en maskeerders tegen oorsuizen. Om te voorkomen dat de te verzekeren prestatie wordt uitgebreid ten behoeve van mensen met een licht gehoorverlies is in artikel 2.10, eerste lid, onder a, een ondergrens als indicatiecriterium opgenomen. Het uitgangspunt is een aanpassing per oor, als sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen.

Onder de in artikel 2.10, eerste lid, onder b, bedoelde hulpmiddelen vallen onder meer FM geluidsoverdrachtssystemen, IR overdrachtssystemen, ringleidinghulpmiddelen, tekst- en beeldtelefoon, soloapparatuur en wek- en waarschuwingsapparatuur. Voor deze hulpmiddelen is bepaald dat aanspraak bestaat als de onder a. bedoelde hulpmiddelen onvoldoende verbetering bieden. Bijlage 3 is hierop aangepast in die zin dat de specifiek voor deze hulpmiddelen opgenomen zorginhoudelijke criteria per 2013 zijn vervallen. Zorgverzekeraars kunnen deze zorginhoudelijke criteria nog wel als richtlijn gebruiken voor het bepalen van de vraag of de verzekerde naar aard en omvang redelijkerwijs op het hulpmiddel is aangewezen (operationalisering van artikel 2.1, lid 3, van het Bzv).

In het derde lid is verder bepaald dat een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen eveneens aanwezig is als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Het toetsen of verzekerde voldoet aan deze verstrekingsvoorwaarde is een discretionaire bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Doel van het opnemen van deze verstrekingsvoorwaarde is om de verzekeraar de wettelijke mogelijkheid te bieden om in uitzonderlijke gevallen hoortoestellen te verstrekken aan verzekerden die niet aan indicatievoorwaarde voldoen. In de toelichting zijn voorbeelden genoemd, zoals kinderen met auditieve verwerkingsproblematiek en specifieke beroepen waarbij het noodzakelijk kan zijn om een gehoorverlies van minder dan 35dB te corrigeren.

Verzekerde heeft recht op een te allen tijde adequaat hoortoestel. Artikel 2.9, lid 1 Bzv bepaalt dat de hulpmiddelenzorg functionerende hulpmiddelen omvat. Artikel 2, lid 1, aanhef van de tot 1 januari 2006 geldende Regeling hulpmiddelen 1996 bepaalde nog expliciet dat 'te allen tijde aanspraak bestaat op een adequaat hulpmiddel'. Dat de aanspraak op een hulpmiddel een functionerend en bij de beperking van verzekerde passend (dus adequaat) hulpmiddel moet betreffen spreekt voor zich. Het is aan de zorgverzekeraar op welke wijze dit wordt gerealiseerd tijdens reparatie van het hoortoestel. Dit kan bijvoorbeeld door een reserve-hoortoestel te verstrekken, maar het is doelmatiger hierover goede afspraken te maken met audiciens over leentoestellen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Regelmatig zijn er geschillen over de aanvraag van een nieuw hoortoestel nadat iemand zijn hoortoestel is verloren. Het gaat nogal eens om bejaarde, vergeetachtige verzekerden. De regelgeving is in dit opzicht weliswaar gewijzigd maar een verzekerde is gehouden desalniettemin het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Een nieuwe aanvraag kan juridisch gezien afgewezen worden als duidelijk is dat door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van verzekerde het hulpmiddel schade heeft gekregen of verloren is gegaan. Uit het dossier moet dan wel blijken dat verzekerde niet de in die omstandigheid normaal te achten voorzorgsmaatregelen heeft genomen om schade of verlies te voorkomen. Dat betekent dat er steeds weer sprake moet zijn van een individuele beoordeling en een inschatting van de normaal te achten voorzorgsmaatregelen in de voorliggende situatie. Het is in beginsel aan verzekerde om aan te geven dat hij heeft voldaan aan de plicht om goed voor het hoortoestel te zorgen. Voor zover er in de betreffende situatie redelijkerwijs (voorzorgs)maatregelen genomen hadden moeten worden, dient verzekerde in zijn verzoek (om heroverweging) en tijdens

de eventuele hoorzitting op basis van het feitenrelaas aannemelijk te maken dat hij deze inderdaad heeft genomen. Van belang is verder nog dat verzekerde serieus met het verlies is omgegaan en tijdig aangifte heeft gedaan bij de politie van het verlies. Dit neemt niet weg dat een zorgverzekeraar in zijn beslissing op bezwaar zal moeten beargumenteren waarom een verzekerde naar zijn mening niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan.

<p>CVZ 16-09-2003 Zaaknummer 23053118</p>	<p>Het personeel van het verpleeghuis had de hoortoestellen van verzekerde in haar nachtkastje opgeborgen. Verzekerde is dement. Zij deelt de slaapzaal met vier andere bewoners. De hoortoestellen zijn uit het nachtkastje gehaald en niet meer teruggevonden. Hiervan is aangifte gedaan bij de politie. In dit geval heeft verzekerde voldoende voorzorgsmaatregelen getroffen en niet onachtzaam gehandeld. Door de uitzonderlijke omstandigheden kan het verlies van de hoortoestellen verzekerde niet worden toegerekend.</p>
<p>CVZ 09-07-2003 Zaaknummer 23003619</p>	<p>Het type hoortoestel dat verzekerde draagt is aan de buitenzijde erg glad. Doordat verzekerde op verschillende plaatsen is geweest met een omgevingsgeluid vol ruis, zoals de supermarkt en de auto is het aannemelijk dat verzekerde het verlies niet meteen, maar pas na enige tijd heeft bemerkt. Bovendien zijn moeilijk speciale voorzorgsmaatregelen te bedenken die verzekerde had moeten nemen. Er was geen sprake van toerekenbare onachtzaamheid.</p>
<p>RZA 2002, 194</p>	<p>Verzekerde heeft toerekenbaar onachtzaam gehandeld door het hoortoestel niet uit te doen en op te bergen nadat zij het had uitgezet. Verzekerde heeft daarmee niet aan de zorgplicht voldaan en is uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening niet aangewezen op vervanging. Er was overigens ook geen sprake van uitzonderlijke omstandigheden (zie RZA 2002, 150).</p>
<p>RZA 2002, 150</p>	<p>Verlies hoortoestel ten tijde van overlijden echtgenote. Geen schending zorgplicht. Dit is een voorbeeld van een uitzonderlijke omstandigheid.</p>
<p>RZA 2000, 118 Rb Den Bosch 16-08-2000</p>	<p>De rechtbank oordeelde dat verzekerde toerekenbaar onachtzaam was, doordat zij geen voorzorgsmaatregelen heeft genomen die voorkomen dat het hoortoestel uit haar jaszak kon vallen. Dit was een vervolg op RZA 2000, 64.</p>

Ringleidingen, infrarood apparatuur en FM apparatuur

CVZ 09-10-06 Zaaknummer 25152951	De Phonak Smartlink en de Phonac Ear Lexis kunnen beiden, gezien hun producteigenschappen en functies, worden beschouwd als een combinatie van solo-apparatuur (door extern microfoonsignaal door te geven) en FM-apparatuur (zenden van externe audio-input signalen naar hoortoestel). Verzekerde wenst een Smartlink omdat hij met de door de verzekeraar aangeboden Lexis niet zou kunnen telefoneren. Nader onderzoek moet uitwijzen in hoeverre telefoneren bij volledige benutting van het volume van het hoortoestel nog tot de mogelijkheden behoort. Als dan blijkt dat verzekerde inderdaad niet met de Lexis kan uitkomen zou het kunnen zijn dat een combinatie van een Lexis met een teksttelefoon een doelmatiger voorziening is dan een Smartlink. Verzekerde dient dan uiteraard wel een indicatie te hebben voor een teksttelefoon.
RZA 1996, 42 ZFR 23-01-1996	Naast infrarood-apparatuur kan niet ook nog een ringleiding verstrekt worden.

Wek- en waarschuwingsapparatuur

ZA 2006/177 CRvB 4-07-2006	Aanvraag van een voor auditief gehandicapte aangepaste rookmelder is op onjuiste gronden geweigerd. De aanspraak op waarschuwingsinstallaties - de aanvraag in casu betreft een voor auditief gehandicapten aangepaste rookmelder - is niet beperkt tot apparatuur welke er toe strekt de verzekerde in staat te stellen om zelfstandig te functioneren en zoveel mogelijk aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. <u>Evenmin</u> mag de aanvraag van deze apparatuur worden geweigerd omdat zij niet enkel mag zijn bedoeld voor persoonlijke bescherming omdat die bescherming tot de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkenen behoort.
RZA 2003, 80 CVZ 22-04-2003	Dove grootouders hebben geen aanspraak op babyfoon in verband met oppassen op kleinkind. Een babyfoon hoort tot een wek- en waarschuwingsinstallatie voor een auditief gehandicapte. Een auditief gehandicapte ouder kan met een babyalarm zijn eigen baby verzorgen en het huilen van zijn baby waarnemen. Het gaat hierbij om het normaal kunnen functioneren in het gewone alledaagse persoonlijke en maatschappelijke leven. Deze situatie is anders als het gaat om dove grootouders die op hun kleinkind passen en daarvoor een babyfoon willen. Verstrekking van de babyfoon is in dat geval gezien de doelstelling van de ziektekostenverzekering niet doelmatig.
RZA 1995, 177 ZFR 23-10-1995	Voor de verstrekking van wek- en waarschuwingsapparatuur voor een auditief gehandicapt kind is geen strikte leeftijdsgrens aan te geven.

Teksttelefoon

RZA 1995, 20 ZFR 21-11-1994	Abonnementkosten van een teksttelefoon komen voor rekening van verzekerde.
-----------------------------------	--

Solo-apparatuur

Solo-apparatuur en toebehoren omvatten de ontvanger en zender met bijbehorende microfoons, de oplaadapparatuur alsmede snoertjes en koppelingsaccessoires bij gebruik van een hoortoestel. Het is een hulpmiddel voor auditief gehandicapten onder meer te gebruiken in schoolsituaties (niet op speciale scholen voor slechthorenden): de zender + microfoon wordt door de leraar gedragen, de ontvanger + hoortoestel door de leerling.

CVZ 27-10-2006 Zaaknummer 25152951	De Phonak Smartlink en de Phonic Ear Lexis kunnen beide gezien hun producteigenschappen en functies beschouwd worden als een combinatie van solo-apparatuur (door extern microfoonsignaal door te geven) en FM-apparatuur (zenden van externe audio-input signalen naar hoortoestel). Verzekerde wenst een Smartlink omdat hij met de door de verzekeraar aangeboden Lexis niet zou kunnen telefoneren. Nader onderzoek moet uitwijzen in hoeverre telefoneren bij volledige benutting van het volume van het hoortoestel nog tot de mogelijkheden behoort. Als dan blijkt dat hij inderdaad niet met de Lexis kan uitkomen, zou het kunnen zijn dat een combinatie van een Lexis met een teksttelefoon een doelmatiger voorziening is dan een Smartlink. Verzekerde dient dan uiteraard wel een indicatie te hebben voor een teksttelefoon.
---	--

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub d en artikel 2.11 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang van de aanspraak wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

In artikel 2.6, sub d, en artikel 2.11 Rzv is vanaf 1 januari 2011 de functiegerichte omschrijving van *'uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defectie'* opgenomen. Alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met het ontbreken/wegvallen van normale lichaamsfuncties in verband met urinelozing en defecatie – zoals het geval is bij stomapatiënten en mensen met incontinentie- of ontlastingsproblemen – zijn samengevoegd in één artikel.

Artikel 2.6, onderdeel d, jo artikel 2.11 van de Regeling zorgverzekering luidt per 1 januari 2011 als volgt:

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

d. *uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie, als omschreven in artikel 2.11.*

Artikel 2.11: uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel d, omvatten uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.*
2. *De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van absorberende incontinentie-absorptiematerialen:*
 - a. *materiaal voor verzekerden van drie of vier jaar indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;*
 - b. *materiaal voor verzekerden van vijf jaar en ouder, tenzij sprake is van kortdurende incontinentie of van enuresis nocturna;*
3. *De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:*
 - a. *schoonmaakmiddelen en geurmiddelen;*
 - b. *huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg;*
 - c. *kleding, met uitzondering van netbroekjes;*
 - d. *plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna;*
 - e. *beschermende onderleggers, tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.*

Toelichting

Artikel 2.11, eerste lid

Onder deze functiegerichte omschrijving valt een breed scala aan hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met het ontbreken/wegvallen van normale lichaamsfuncties in verband met urinelozing en defecatie. Het gaat onder meer om voorzieningen voor stomapatiënten en voor mensen met incontinentie- of ontlastingsproblemen. De toevoeging 'met al dan niet inwendige onderdelen' heeft betrekking op hulpmiddelen die deels inwendig en niet klinisch worden ingebracht, zoals bij (vervanging van) katheters. Indien een dergelijk hulpmiddel op de polikliniek wordt ingebracht, dan valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. (Deels) geïmplanteerde hulpmiddelen vallen altijd onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

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

Er is een groot assortiment stomavoorzieningen op de markt dat onder deze te verzekeren prestatie valt. Het betreft onder meer systemen voor de opvang van feces of urine, zowel eendelige als tweedelige systemen, benodigdheden voor verzorging van fistels zoals opvangzakjes en specifieke wondzakken, gordels ter bevestiging van stomazakjes op het lichaam, steunbandages bij parastomale hernia, indikmiddelen, reinigungs-gaasjes en huidbeschermingsmiddelen. Andere voorzieningen die onder de te verzekeren prestatie vallen zijn onder meer katheters, katheterzakken, irrigatiesets voor het spoelen van de dikke darm en hulpmiddelen voor het afsluiten van de stoma, zoals stomapluggen en afdekpleisters.

Bij de lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen die onder de te verzekeren prestatie vallen gaat het onder meer om inlegverbanden die gefixeerd worden met netbroekjes of in goed passend ondergoed worden gedragen dan wel

absorberende incontinentiebroeken/-pants. Ook anaaltampons en spoelapparatuur voor anaalspoelen vallen onder de te verzekeren prestatie.

Artikel 2.11, tweede lid

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

Kinderen tot drie jaar hebben nooit recht op vergoeding van incontinentieverbanden. Onzindelijkheid is op die leeftijd immers normaal. Ook kinderen van drie of vier jaar kunnen nog onzindelijk zijn. Als hiervoor geen anatomische afwijking of neurologische aandoening is aan te wijzen, is nog steeds sprake van een fysiologische vorm van incontinentie.

Er kan sprake zijn van een vertraagde zindelijkheidstraining. In dat geval bestaat (nog) geen aanspraak op vergoeding van incontinentieverbanden. Kinderen van vijf jaar en ouder kunnen aanspraak maken op vergoeding van incontinentieverbanden ongeacht de vorm van de incontinentie, tenzij alleen sprake is van nachtelijk bedplassen.

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

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

Artikel 2.11, derde lid

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

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

Er is speciale kleding op de markt voor zowel mensen met een stoma als mensen met incontinentieproblemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om speciaal ondergoed – waaronder duurzame textiele fixatiebroeken bij incontinentie – hansops of speciale zwemkleding.

Ook bestaan banden en hoesjes om de stoma en het stomazakje te verbergen. Dergelijke kleding valt niet onder de te verzekeren prestatie, met uitzondering van wegwerpfixatiebroeken ofwel netbroeken. Door de mogelijkheid om netbroekjes te verstrekken kan worden tegengegaan dat een verschuiving plaatsvindt van de goedkopere tweedelige systemen (inlegverbanden met fixatiebroekje) naar de duurdere eendelige systemen (incontinentiepants).

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

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

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

CVZ 08-05-1999 Zaaknummer BZ-00-0556	Nierfunctiestoornissen en afwijkingen aan de urinewegen zijn twee risicofactoren voor infectie bij catheterisatie thuis. Verzekerde leed aan een latex-allergie. Verzekerde heeft daarom aanspraak op verstrekking van latex-vrije handschoenen als toebehoren bij catheters.
CVZ 03-11-1999 Zaaknummer BZ-00-1777	Als er geen sprake is van een verhoogde risicosituatie bij catheterisatie, noch van anaalspoelen, is er geen aanspraak op steriele handschoenen. Er is dan geen sprake van "toebehoren".
RZA 2002, 74 CVZ 22-04-2002	De ziekte van Pelizaeus-Merzbacher is een erfelijke ziekte, waarbij zowel sprake is van een geestelijke achteruitgang als van neurologische afwijkingen. Een stoornis in het complexe 'blaasaansturingssysteem' is inherent aan dit ziektebeeld. Er is daarom sprake van een aantoonbare niet-fysiologische vorm van incontinentie op grond waarvan aanspraak bestaat op incontinentiemateriaal vanaf driejarige leeftijd.
CVZ 24-01-2000 Zaaknummer 99049250	Bij verzekerde blijkt dat de verzorgster regelmatig ontlasting moet "halen". Dit is gelijk te stellen met anaalspoelen. Er is dan ook sprake van toebehoren bij anaalspoelen en hierdoor bestaat aanspraak op handschoenen in casu latex-vrije handschoenen vanwege de latexallergie. In de praktijk blijkt dat in het kader van preventie van urineweg infecties als gevolg van intermitterende catheterisatie in de thuissituatie

	in het algemeen volstaan kan worden met het wassen van de handen met water en desinfecterende zeep, tenzij er sprake is van een verhoogde risicosituatie. Gebruik van (steriele) handschoenen is niet noodzakelijk.
RZA 2000, 7 CVZ 22-11-1999	Geen aanspraak op latex handschoenen bij rectaal toucheren. Alleen bij het gebruik van spoelapparatuur voor anaal spoelen bestaat ingevolge de regelgeving omtrent hulpmiddelen aanspraak op toebehoren, zoals handschoenen. Bij verzekerde is sprake van rectaal toucheren zonder anaal spoelen.
CVZ 08-05-1999 Zaaknummer BZ-556	Nierfunctiestoornissen en afwijkingen aan de urinewegen zijn twee risicofactoren voor infectie bij catheterisatie thuis. Verzekerde leed aan een latex-allergie. Verzekerde heeft daarom aanspraak op verstrekking van latex-vrije handschoenen als toebehoren bij catheters.
CVZ 03-11-1999 Zaaknummer 20029540	Als er geen sprake is van een verhoogde risicosituatie bij catheterisatie, noch van anaal spoelen, is er geen aanspraak op steriele handschoenen. Er is dan geen sprake van "toebehoren".
RZA 1999, 8 ZFR 18-12-1998	Hoewel handschoenen niet expliciet worden vermeld, kunnen zij wel als toebehoren worden beschouwd. Verzekerde maakt voor het laxeren geen gebruik van hulp van een thuiszorginstelling. Gezien de handelingen die verzekerde verricht om te laxeren, bestaat voor verzekerde zonder het gebruik van de (niet-steriele) latex handschoenen een risico op beschadigingen en infecties. Daarnaast wordt het infectiegevaar voor derden weggenomen door het gebruik van de handschoenen. Er bestaat aanspraak op de latex handschoenen.
RZA 1998, 33 ZFR 20-02-1998	Wegwerphandschoenen maken deel uit van door thuiszorg te verlenen hulp. Volgens de hygiëne richtlijnen thuiszorg 1996 van de LVT moeten hulpverleners van de thuiszorg handschoenen dragen bij het laxeren. De werkgever dient deze te verstrekken. In dit geval zijn de door de wijkverpleging aangevraagde handschoenen ten onrechte door verzekerde zelf betaald (zie ook RZA 2002, 62).

Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, artikel 2.12 Rzv

Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub e en artikel 2.12 Rzv
- Artikel 2.33, derde lid, Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang van de aanspraak wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: bewegingssysteem

Vanaf 1 januari 2009 beschrijft artikel 2.6, sub e, Rzv niet langer 'orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals' maar wordt gesproken van 'uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem'. In 2012 heeft het CVZ geadviseerd deze functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in functies van het bewegingssysteem uit te breiden met die hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten, zoals lopen, het gebruiken van arm en hand, het veranderen en handhaven van lichaamshouding, bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang en gebruik van communicatieapparatuur. Per 1 januari 2013 wordt gesproken van 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem'. De minister heeft deze aanbeveling overgenomen.

Voor de uitwerking van deze functiegerichte omschrijving is de politieke besluitvorming rond de Heroriëntatie Hulpmiddelen van invloed geweest. In dit kader werd op 10 november 2011 in de Tweede Kamer een motie ingediend door het lid Gerbrands. Zij verzocht geen Zvw-hulpmiddelen en geen AWBZ-hulpmiddelen naar de Wmo over te hevelen, maar deze onder de Zvw te laten vallen en verder niets te veranderen aan de hulpmiddelen die nu onder de Wmo vallen. Bij deze hulpmiddelen gaat het voornamelijk om hulpmiddelen die worden ingezet bij stoornissen in het bewegingssysteem. Dit betekent dat de huidige AWBZ-uitleenhulpmiddelen worden overgeheveld naar de Zvw en de Wmo in feite ongewijzigd blijft.

Artikel 2.6, onderdeel e, jo artikel 2.12 van de Regeling zorgverzekering luidt per 1 januari 2013 als volgt:

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

e. uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem als omschreven in artikel 2.12.

Artikel 2.12: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten;*
 - a. *hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.*
 - b. *hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het*
 - 1°. *lopen;*
 - 2°. *gebruiken van hand en arm;*
 - 3°. *veranderen en handhaven lichaamshouding;*
 - 4°. *zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;*
 - 5°. *gebruik van communicatieapparatuur.*
2. *In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor beperkte of onzekere duur.*
3. *De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet*
 - a. *hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;*
 - b. *eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;*
 - c. *aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;*
 - d. *eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.*
4. *Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.*

Artikel 2.33 de eigen bijdragen:

(...)

3. *De eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel bedraagt:*

- a. *€ 137,50 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;*
- b. *€ 69 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.*

Toelichting

Algemeen

In dit artikel is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem nader vormgegeven. Uit de omschrijving van artikel 2.6, onder e, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de aangevraagde voorziening en de stoornis in het bewegingssysteem. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken schaffen mensen zonder beperking in het algemeen niet aan.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Ook mensen zonder stoornis in het bewegingssysteem schaffen dergelijke hulpmiddelen aan. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

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

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel a

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen hulpmiddelen die dienen om gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen verwant aan beweging te verbeteren.

Het betreft uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem die worden gebruikt door mensen met klachten gerelateerd aan het houdings- en bewegingsapparaat. Het gaat daarbij om orthesen of orthetische hulpmiddelen die extern worden aangebracht om gestoorde functies van het bewegingsapparaat en anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging te wijzigen. De aandoeningen die klachten veroorzaken, zijn zeer divers en de behandeling ervan valt onder verschillende specialismen. Deze hulpmiddelen worden onder meer gebruikt voor de behandeling van letsels en aandoeningen van de wervelkolom, bot- en peesletsels, artrose, instabiele gewrichten, voetafwijkingen en verlamming.

Volgens de International Standard ISO 8551 kunnen de functies van deze hulpmiddelen als volgt worden omschreven;

- het stabiliseren, reduceren, accepteren van een standsafwijking;
- het verminderen of vermeerderen van de bewegingsuitslag van gewrichten;
- het verlengen van het skelet;
- compenseren van te geringe spierwerking en beheersbaar maken van overmatige spieractiviteit;
- verminderen of herverdelen van belasting.

Onder de verschillende orthesen kunnen onder meer korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom en halskragen vallen. Voorbeelden van hulpmiddelen voor de extremiteiten zijn de orthopedische beugelapparatuur, verschillende braces, orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen. Het confectieschoeisel zelf komt voor eigen rekening.

Door de nieuwe omschrijving in artikel 2.12 zouden ook de meest eenvoudige orthesen (bijvoorbeeld steunzolen en orthesen die uitsluitend gedragen worden tijdens sportactiviteiten) onder de te verzekeren prestaties vallen. Daarom is bepaald dat er sprake moet zijn van een ernstige aandoening en dat het niet mag gaan om hulpmiddelen die uitsluitend bij sportactiviteiten zijn aangewezen.

Om te voorkomen dat de kosten van orthesen die tijdelijk in het kader van een medisch-specialistische behandeling worden ingezet, worden afgewenteld op de extramurale hulpmiddelenzorg is geregeld dat er sprake moet zijn van permanent gebruik. Met permanent gebruik is niet bedoeld het permanent gebruiken van het hulpmiddel gedurende de dag, maar het feit dat het gebruik van ofwel de behandeling met het hulpmiddel in principe levenslang is. Met tijdelijk is bedoeld dat de behandeling met het hulpmiddel eindig is (dit kan afhankelijk van het hulpmiddel enkele weken, maanden of jaren zijn). Indien van tevoren niet duidelijk is of de behandeling met het hulpmiddel tijdelijk is, is sprake van hulpmiddelenzorg. Waar het om gaat is dat orthesen – die tijdelijk worden ingezet in het kader van de medisch specialistische behandeling – niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' vallen. 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 eindigt. Als voorbeeld wordt genoemd de toepassing in het ziekenhuis van braces in verband met een letsel, dat in het verleden werd behandeld met gips. Een ander voorbeeld is een reclinatiekorset volgens het drie-punts-principe dat gebruikt wordt bij stabiele (soms instabiele) wervelfracturen en na een spondylodese.

Deze korsetten worden in het algemeen kortdurend (drie à vier maanden) in het kader van de medisch specialistische behandeling ingezet.

Artikel 2.12, eerste lid onder b

Indien de hulpmiddelen als bedoeld in onderdeel a een onvoldoende correctie kunnen bieden voor de stoornissen in het bewegingssysteem, zal de verzekerde beperkingen ervaren bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten. Het gaat daarbij om activiteiten als lopen, gebruiken van hand en arm, veranderen en handhaving van lichaamshouding, bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang en gebruik van communicatieapparatuur. Dit artikellid regelt de te verzekeren prestatie van hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij genoemde activiteiten. Het kan daarbij gaan om tijdelijke uitleen maar ook om permanent gebruik, tenzij sprake is van één van de in het tweede lid genoemde hulpmiddelen.

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel b, onder 1°

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het lopen zijn rolstoelen, drempelhulpen, loopwagens en trippelstoelen.

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel b, onder 2°

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het gebruiken van hand en arm zijn de robotmanipulator, armondersteuningen en eetapparaten. Ook hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het hanteren van boeken, kranten en tijdschriften – zoals bladomslagapparatuur en voorleesapparatuur – vallen onder deze omschrijving. Dat geldt eveneens voor apparatuur voor omgevingsbediening en ADL-honden.

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel b, onder 3°

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het veranderen en handhaven van lichaamshouding zijn transferhulpmiddelen, (dynamische) lig-, sta- en zitorthesen – met inbegrip van antidecubituszitkussens – en aan functiebeperkingen aangepaste stoelen en tafels. Lig-, sta- en zitorthesen die onderdeel uitmaken van een rolstoel of kinderduwwandelwagen, worden geacht met dit hulpmiddel één geheel te vormen. Deze orthesen dienen vanuit het verstrekkingenregime van de rolstoel compleet en gebruiksklaar te worden verstrekt en gefinancierd.

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel b, onder 4°

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang zijn losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen.

Artikel 2.12, eerste lid, onderdeel b, onder 5°

Bij hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur moet bijvoorbeeld gedacht worden aan speciale toetsenborden of andere aangepaste apparatuur voor bediening van computers (oogbediening, hoofdbediening, enzovoort).

Artikel 2.12, tweede lid

Bij een aantal hulpmiddelen is afbakeningsproblematiek tussen Zw en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) aan de orde. Dit artikellid is bedoeld om te voorkomen dat ‘dubbele’ aanspraken ontstaan. Deze problematiek speelt bij rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen zoals draaischijven, patiëntenliften en transferplanken, toiletverhogers, toilet- en douchestoelen.

De kortdurende uitleen van deze hulpmiddelen zoals die tot dusver in de AWBZ geregeld was, is nu geregeld in de Zvw (artikel 2.12, eerste lid, onder b). In de regel gaat het dan om een uitleentermijn van ten hoogste 26 weken. Bij langdurend ofwel permanent gebruik dienen gemeenten het hulpmiddel te verstrekken via de Wmo. Om te voorkomen dat een hulpmiddel stipt na 26 weken bij de cliënt wordt weggehaald, is de term 'beperkte of onzekere duur' geïntroduceerd. Het ligt in de rede dat de zorgverzekeraar als de termijn van 26 weken dreigt te worden overschreden de specifieke situatie in ogenschouw neemt. Afhankelijk van de individuele situatie kan het hulpmiddel zo nodig langer worden uitgeleend. Voorkomen moet worden dat verzekerden zonder hulpmiddel komen te zitten als gevolg van afbakeningsproblematiek tussen Zvw en Wmo. Daarom is geregeld dat ten aanzien van genoemde hulpmiddelen in het kader van de Zvw alleen sprake kan zijn van zorg voor een beperkte of onzekere duur. Bij langdurend gebruik vallen deze hulpmiddelen onder het compensatiebeginsel van de Wmo. Onder langdurend wordt in dit verband verstaan: dat van tevoren duidelijk is dat de middelen permanent ofwel levenslang noodzakelijk zullen zijn. Zolang er sprake is van gebruik voor een beperkte of onzekere duur zal het hulpmiddel (eerst) worden verstrekt via de Zvw.

Artikel 2.12, derde lid, onder a en b

Hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken, vallen niet onder de te verzekeren prestatie. Hierbij moet men denken aan aangepast keukengerei zoals openers, scharen, fixeersnijplanken en dergelijke. Deze hulpmiddelen vallen niet onder de te verzekeren prestatie, omdat ze substitueren voor algemeen gebruikelijke hulpmiddelen en niet bijzonder kostbaar zijn. Hetzelfde geldt voor de eenvoudige hulpmiddelen om te eten en drinken, zoals aangepaste borden, drinkbekers en aangepast bestek.

Artikel 2.12, derde lid, onder c

Aan functiebeperkingen aangepaste stoelen vallen onder de te verzekeren prestatie, tenzij het stoelen betreft met uitsluitend een sta-opfunctie. Als een persoon beperkingen ervaart bij het zitten en deze beperkingen niet kunnen worden gecompenseerd met een normale ergonomische stoel zonder aanpassingen, dan kan een aangepaste stoel worden verstrekt. Het gaat daarbij om aanpassingen als een specifieke polstering, abductiebalk, arthrodesezitting of pelottes voor zijwaartse steun. Als voor een verzekerde in zo'n geval ook een sta-opsysteem noodzakelijk is, valt dat ook onder de te verzekeren prestatie.

Vetzucht, reuzen- of dwerggroei vormen in de regel geen indicatie voor de verstrekking van een aan functiebeperkingen aangepaste stoel.

Artikel 2.12, derde lid, onder d

De eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen maken met ingang van 1 januari 2013 geen deel meer uit van het pakket van de zorgverzekering. Voorbeelden van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zijn krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators. Loopwagens, niet zijnde rollators, loopfietsen en trippelstoelen zijn niet te beschouwen als eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen. Het CVZ heeft in het Pakketadvies 2010⁴⁰ en eerder geadviseerd de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te laten uitstromen uit het pakket. Hierbij spelen de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' een doorslaggevende rol. Het CVZ heeft voor de hulpmiddelen deze criteria een formele invulling gegeven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg⁴¹. In de brief van 11 november 2008 aan de Tweede Kamer is aangegeven dat dit kader op onderdelen aansluit bij de gestelde beleidsdoelen en dat de subcriteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' toepasbaar zijn op de welzijnsgerelateerde

⁴⁰ Uitgave CVZ 2010, nr. 285

⁴¹ Uitgave CVZ 2008, nr. 258

hulpmiddelen en niet zonder meer op andere zorgvormen van toepassing zijn. Voor het oordeel over 'algemeen gebruikelijk zijn' is het antwoord op de volgende vragen relevant:

1. Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
2. Wordt het hulpmiddel alleen in medisch speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke deskundigheid vereist?

Voor het oordeel over 'financieel toegankelijk' is het antwoord op de volgende vragen relevant:

1. Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke hulpmiddelen?
2. Zijn de kosten van het hulpmiddel (of de eventuele meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt voor een grote groep personen? Betreft het een voorzienbaar veel voorkomen functioneringsprobleem?
3. Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparingsaspecten meespelen?

Krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten en looprekken zijn niet algemeen gebruikelijk. Deze hulpmiddelen kunnen vanwege de lage kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen relatie is met andere te verzekeren prestaties voor eigen rekening komen en zijn daarom van het pakket uitgesloten. Vanwege de kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingen kunnen optreden, kunnen rollators voor eigen rekening komen. Ook zij zijn daarom van het pakket uitgesloten.

Met de invoering van de functiegerichte omschrijving vallen serveerwagens niet langer onder de te verzekeren prestaties. Serveerwagens zijn niet algemeen gebruikelijk, maar substitueren wel voor algemeen gebruikelijke middelen, zoals keukentrolleys. Er is daarmee geen sprake van noodzakelijk te verzekeren zorg. Nu deze middelen bovendien niet specifiek op de markt worden gebracht voor mensen met een stoornis in het bewegingssysteem (ergo de relatie tussen de stoornis in het bewegingssysteem ontbreekt), vallen deze middelen niet onder de omschrijving 'hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem'.

Artikel 2,12, vierde lid

In dit lid is als voorheen de tegemoetkoming in de gebruikskosten van ADL-honden geregeld.

Artikel 2.33, lid 3

Het derde lid betreft de eigen bijdragen voor orthopedische schoenen die onder de in artikel 2.12, eerste lid, onder a, omschreven hulpmiddelen vallen.

Groepen hulpmiddelen

Door de functiegerichte omschrijving worden de hulpmiddelen voor het bewegingssysteem niet meer limitatief opgesomd. Alle hulpmiddelen die voldoen aan de omschrijving van artikel 2.12 Rzv kunnen onder de te verzekeren prestatie vallen. Hieronder wordt uiteengezet welke hulpmiddelen dit onder andere kunnen zijn.

A. Hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem

Afbakening hulpmiddelenzorg – geneeskundige zorg

Bij deze categorie hulpmiddelen speelt de afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden een rol. Omdat in de praktijk niet altijd duidelijk was wanneer een hulpmiddel ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem onder de hulpmiddelenzorg viel en wanneer onder de medisch-specialistische zorg, hebben we een extra verduidelijking specifiek voor de orthesen gemaakt.

- A. Indien een orthese wordt voorgeschreven door de **eerste lijn** is altijd sprake van **hulpmiddelenzorg**.
- B. Indien een orthese wordt voorgeschreven door **de medisch-specialist**:
- (B1) indien uitgaande van een **normaal genezingsproces** de orthese op termijn overbodig wordt is er sprake van **medisch-specialistische zorg**.
voorbeelden: orthese bij fractuurbehandeling, postoperatieve knieorthese, CPM-orthese, spreidbroekje bij heupdysplasie, orthese na rugoperatie.
 - (B2) indien een patiënt voor **de rest van zijn leven** op een orthese is aangewezen of indien **van te voren niet duidelijk** is of de (in principe langdurige) behandeling met een orthese tijdelijk is, is sprake van **hulpmiddelenzorg**. In deze gevallen is vaak sprake van een **chronische aandoening** (bijvoorbeeld een chronische artritis of reumatoïde artritis) of van een **aangeboren aandoening** zoals CP of spina bifida waarbij een **langdurig behandeltraject** nodig is en het onduidelijk is of deze kinderen in de toekomst zonder orthese(n) kunnen functioneren.

N.B. Bij **lichte vormen** van deze aangeboren aandoeningen, waarbij de verwachting is dat de patiënt in de toekomst zonder orthese(n) kan, is sprake van **medisch-specialistische zorg** (immers bij normaal genezingsproces is orthese op termijn overbodig **(B1)**)

- (B3) **Interim voorzieningen** (schoenen en prothesen) vallen onder de **hulpmiddelenzorg**.

Korsetten

De aanspraak omvat korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom. Hieronder worden zowel orthopedische maatkorsetten en halffabrikaten, alsmede orthopedische confectiekorsetten worden begrepen. In de praktijk worden orthopedische confectiekorsetten steeds vaker voorgeschreven, ter vervanging van orthopedische maatkorsetten. Op grond van praktijkervaringen is gebleken dat een grote groep patiënten adequaat kan worden geholpen met een orthopedisch confectiekorset waarvan de kosten aanzienlijk lager zijn.

Over het begrip korset wordt in het rapport "*Ipso Facto Kwaliteit en Bruikbaarheid confectiekorsetten, Kwaliteitsrichtlijn 1994*" het volgende aangegeven:

"een korset is een lichaamsomsluitend kledingstuk met verstevigende werking, bedoeld om spierweefsel van de romp onder bepaalde druk te houden en/of de beweging van de wervelkolom te beperken, waarmee een beperking als gevolg van een functiestoornis of de beperkingen van de wervelkolom worden geminimaliseerd".

Om deze verstevigende werking te bereiken, dat wil zeggen aan de primaire functievervulling te voldoen, moeten korsetten om het lichaam (c.q. de wervelkolom) worden gepositioneerd. Door het aanspannen van de delen van het korset wordt vervolgens een omsluiting tot stand gebracht. De verstevigingen moeten tijdens het

gebruik voldoende zijn gefixeerd ten opzichte van het basismateriaal. In het rapport is geen enkele eis over baleinen opgenomen, zelfs niet of baleinen wel of niet aanwezig moeten zijn in het korset.

Gelet op het vorenstaande zijn ook zogenaamde rugbandages, bijvoorbeeld de Criss Cross, Lumboloc, Lumbotrain, Elcross in beginsel aan te merken als korset.

RZA 2001, 23 CVZ, 22-01-2000	De "Lumboloc" rugbandage is een korset.
------------------------------------	---

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een korset als sprake is van een afwijking aan de wervelkolom. Indien een korset kortdurend onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist wordt ingezet (bijvoorbeeld na een operatie of gedurende de periode dat een verzekerde op een operatie wacht) valt het korset onder de aanspraak 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en dient het korset uit een DBC-zorgproduct te worden bekostigd.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Effectiviteit van korset

Verzekerde is redelijkerwijs niet aangewezen op een korset, indien op een andere wijze een zelfde of beter resultaat bereikt kan worden. Actief bewegen of oefenen van de spieren, eventueel onder begeleiding, is doorgaans effectiever dan alle zogenaamde rugbandages.

RZA 2001, 23 CVZ, 22-01-2000	Verstrekking van de "Lumboloc" is in dit geval geen doelmatige zorgverlening. Het is niet aangetoond, noch is het aannemelijk dat een rugbandage, als aangevraagd, een meerwaarde heeft boven het, eventueel onder begeleiding, actief bewegen of oefenen van de spieren.
------------------------------------	---

Reserve-korset

Artikel 2.9, lid 1 Bzv bepaalt dat de hulpmiddelenzorg *functionerende* hulpmiddelen omvat. Artikel 2, lid 1, aanhef van de tot 1 januari 2006 geldende Regeling hulpmiddelen 1996 bepaalde nog expliciet dat 'te allen tijde aanspraak moet bestaan op een adequaat hulpmiddel'. Dat het recht op een hulpmiddel een goed functionerend en bij de beperking van verzekerde passend (dus adequaat) hulpmiddel moet betreffen, spreekt ook onder de vigerende regelgeving voor zich.

Hieruit volgt dat onder omstandigheden verstrekking van een reserve exemplaar kan zijn aangewezen. Beoordeeld moet dan worden of verzekerde gezien zijn zorgbehoefte, naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op een reservekorset.

Dit is bijvoorbeeld het geval, indien een verzekerde het korset dag en nacht moet dragen. De medisch adviseur van het College acht het dag en nacht dragen van een korset echter zeer ongebruikelijk, daar een korset in het algemeen dient ter ondersteuning tijdens belasting. Ook wanneer een verzekerde het korset iedere dag, maar niet 's nachts draagt, kan een tweede exemplaar redelijkerwijs aangewezen zijn, indien hij in overwegende mate afhankelijk is van zijn korset. Daarbij zal in ieder geval moeten worden nagegaan welke de reinigingsvoorschriften van het huidige korset zijn en gedurende welke termijn het desbetreffende type korset droogt. Bovendien dient te worden bezien of een verzekerde al dan niet over een oud, adequaat functionerend korset beschikt dat tijdens de reinigingsbeurt kan worden gedragen.

RZA 2000, 92 CVZ, 16-06-2000	Reserve korset. Indien de verzekerde buiten de uitoefening van zijn beroep niet overwegend afhankelijk is van een korset, bestaat de mogelijkheid het korset gedurende het weekeinde te reinigen. In dat geval is de verzekerde redelijkerwijs niet aangewezen op een tweede korset. Indien blijkt dat betrokkene daarentegen ook buiten het uitoefenen van zijn beroep afhankelijk is van een korset en enkele dagen in bed zou moeten blijven teneinde het korset te kunnen (laten) reinigen en drogen, bestaat naar het oordeel van het College, gelet op het bovenstaande, wel aanspraak op verstrekking van een tweede exemplaar.
------------------------------------	--

Breukband

Een breukband – anders dan bij parastomale hernia – voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een breukband valt daarom niet onder de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelen bij stoornissen gerelateerd aan het bewegingssysteem’. Tijdelijk gebruik van een breukband ter overbrugging van een wachttijd op operatie valt onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden’ (afrekening vindt plaats via zorgproduct).

Breukbanden bij parastomale hernia vallen onder artikel 2.11, eerste lid, Rvz (hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie; stomamaterialen).

Orthopedische beugelapparatuur

Onder orthopedische beugelapparatuur wordt een veelheid aan orthopedische voorzieningen verstaan, die tot doel hebben een verloren gegane functie zo goed mogelijk te vervangen. Zowel beugels in engere zin als bijbehorende kappen en kokers vallen onder het begrip. Eveneens vallen stabeugels (sta plank, sta-tafel of sta-unit), voor zover individueel gericht op de geneeskundige behandeling van één verzekerde, onder de verzekerde prestatie. Het doel van een stabeugel is om bepaalde functies, zoals de bloedsomloop, botontwikkeling en werking van de darmen te stimuleren en contracturen te voorkomen. Indien het hulpmiddel kortdurend onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist wordt ingezet (bijvoorbeeld na een operatie of gedurende de periode dat een verzekerde op een operatie wacht) valt het hulpmiddel onder de aanspraak ‘geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden’ en dient het hulpmiddel uit een DBC-zorgproduct te worden bekostigd.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Gebruik van beugelapparatuur moet tot doel hebben een verloren gegane functie zo goed mogelijk te vervangen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

CVZ 99051580 28-04-2000	Sta-beugel behoort niet tot standaarduitrusting van een orthopedagogisch kinderdagverblijf.
RZA 1999, 170 ZFR, 17-09-1999	Verzekerde is aangewezen op een mobiele sta-orthese (beugelapparaat), nu zij in een voor haar cruciale fase hierbij het meeste baat heeft.

Spalk-, redressie- of correctieapparatuur

Door de functiegerichte omschrijving van artikel 2.12 Rzv zullen vanaf 1 januari 2009 ook niet-verstevigde orthesen tot de te verzekeren prestatie worden gerekend. Het CVZ heeft in zijn Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006 geconcludeerd dat het op verzekeringsgronden geïntroduceerde onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen in de praktijk doelmatige zorgverlening in de weg kan staan. Het kwam voor dat om louter om vergoedingsredenen een duurdere, verstevigde orthese werd voorgeschreven, terwijl met een goedkopere niet-verstevigde orthese die niet tot de te verzekeren prestatie behoorde, kon worden volstaan. Het wegvallen van het onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen is naar de mening van het CVZ een gewenste consequentie van de functiegerichte omschrijving van artikel 2.12 Rzv.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een verzekerde is redelijkerwijs op deze apparatuur aangewezen ter ondersteuning bij deficiëntie van lichaamsdelen. Indien een korset kortdurend onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist wordt ingezet (bijvoorbeeld na een operatie of gedurende de periode dat een verzekerde op een operatie wacht) valt het korset onder de aanspraak 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' en dient het korset uit een DBC-zorgproduct te worden bekostigd.

Ness Handmaster

Naar de mening van het CVZ valt de Ness Handmaster vanaf 1 januari 2009 onder de functiegerichte aanspraak van artikel 2.12 Rzv ('uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem'). Echter, nog steeds van belang is de stand van de wetenschap en praktijk. Dit criterium (artikel 2.1, lid 2 Bzv) is van toepassing op alle zorgvormen en dus ook de hulpmiddelen zoals omschreven in artikel 2.12 Rzv. Zolang de Ness Handmaster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, kan deze naar het oordeel van het CVZ niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie.

Het standpunt omtrent de Ness Handmaster (zowel onder de Ziekenfondswet als de Zvw) heeft geleid tot rechterlijk uitspraken, zie hieronder.

<p>Centrale Raad van Beroep 07-05-2008 05/6752 en 05/6751</p>	<p>Volgens de zorgverzekeraar stond in deze zaken niet ter discussie dat de Ness Handmaster een hulpmiddel (verstevigde orthese) is. De zorgverzekeraar betwistte echter de medische indicatie. De CRvB oordeelt eerst dat uit de medische stukken voldoende is gebleken dat betrokken verzekerden wel een indicatie hadden voor de Handmaster. Vervolgens concludeert de CRvB dat de Handmaster geen verstrekking is in de zin van de regelgeving.</p>
<p>Centrale Raad van Beroep 07-05-2008 05/119 Zfw</p>	<p>De Ness Handmaster is geen verstevigde orthese. De CRvB komt tot zijn beslissing na een toelichting door de fabrikant. Hieruit blijkt dat het verstevigende effect van de Handmaster geen behandeldoel is, maar dat dit ertoe dient om de hand en onderarm te brengen en te houden in een stand die optimaal is voor spierstimulatie. De Ness handmaster is geen hulpmiddel in de zin van de regelgeving.</p>
<p>Gerechtshof Amsterdam 11-10-2007 Rolnummer 175/07 SKG</p>	<p>Het Gerechtshof bekrachtigt het vonnis van de rechtbank Amsterdam van 11 januari 2007 (rolnummer 358180/KG ZA 06-2237). Het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk is van toepassing op <i>alle</i> zorgvormen en geeft ook voor de Ness Handmaster (hulpmiddel) het beoordelingskader aan.</p> <p>NB: tegen dit oordeel heeft de fabrikant van de Ness Handmaster cassatie ingesteld. De Hoge Raad zal in de lopende procedure oordelen op de grondslag van door het Gerechtshof vastgestelde feiten en de juridische juistheid van de door het Gerechtshof gebezigde overwegingen beoordelen. De Hoge Raad zal dus in de lopende procedure niet kunnen toekomen aan een oordeel over de kwalificatie van de Ness Handmaster als orthese (of niet).</p>
<p>Rechtbank Amsterdam 11-01-2007 KG ZA 06-2237</p>	<p>Het College heeft terecht in haar Rapport aan de minister omtrent de Handmaster geadviseerd deze nietaan te merken als een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw nu er geen wetenschappelijke literatuur is die de door de Handmaster gebruikte combinatie van elektrostimulatie en orthese voorstaat, er geen internationale behandelingsrichtlijnen zijn en uit een onderzoeksrapport bleek dat er geen significante verbetering optrad op de lange termijn als gevolg van de behandeling.</p> <p>Het College is bij het opstellen van het Rapport niet onzorgvuldig te werk gegaan en heeft niet onrechtmatig jegens Ness gehandeld. Voor een verdergaande inhoudelijke toetsing is in kort geding geen plaats. Ness Nederland heeft tegen dit vonnis hoger beroep ingesteld. De uitkomst hiervan is nog niet bekend ten tijde van het samenstellen van deze versie van de Kennisbundel.</p>

Knie orthese

Door de functiegerichte omschrijving van artikel 2.12 Rzv worden vanaf 1 januari 2009 ook niet-verstevigde orthesen tot de te verzekeren prestatie gerekend. Het CVZ heeft in zijn Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006 geconcludeerd dat het op verzekeringsgronden geïntroduceerde onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen in de praktijk doelmatige zorgverlening in de weg kan staan. Het kwam voor dat om louter om vergoedingsredenen een duurdere, verstevigde orthese werd voorgeschreven, terwijl met een goedkopere niet-verstevigde orthese die niet tot de te verzekeren prestatie behoorde, kon worden volstaan. Het wegvallen van het

onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen is naar de mening van het CVZ een gewenste consequentie van de functiegerichte omschrijving van artikel 2.12 Rzv.

Carp-X Elleboogorthese

26025624 CVZ 14-06-2006	De Carp-X orthese is een dynamische orthese. Resultaten van een wetenschappelijke studie suggereren dat de behandeling bij epicondylitis lateralis niet langdurig nodig is. Als er geen sprake is van langdurig gebruik zoals omschreven in artikel 2.12, Rzv, kan verzekerde hier geen aanspraak op maken op grond van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg.
-------------------------------	--

Indien de Carp-X orthese voor korte tijd wordt voorgeschreven door een medisch-specialist in het kader van een onder zijn verantwoordelijkheid uitgevoerde behandeling, is bekostiging mogelijk vanuit het ziekenhuisbudget of een DBC.

Halskraag

Er is geen consensus ten aanzien van het gebruik van een halskraag bij welke indicatie dan ook. Uitzondering is een werkelijk dreigende dwarslaesie, waarbij in het ziekenhuis een volledige immobilisatie nagestreefd dient te worden. Er is geen deugdelijk wetenschappelijk onderbouwing voor de stelling dat een verstevigde halsorthese een therapeutische meerwaarde heeft boven een niet-verstevigde halsorthese.

ZK 21007265 CVZ 25-07-2001	Tot op heden is in de medische literatuur niet aangetoond dat bij reumatoïde arthritis een verstevigde halsorthese, vergeleken met een niet-verstevigde orthese, een therapeutische meerwaarde heeft.
BZ-00-4744 CVZ 23-05-2001	Niet is aangetoond dat bij cervicale arthrose een verstevigde halskraag een therapeutische meerwaarde heeft boven een niet verstevigde halskraag.
BZ-00-4546 CVZ, 27-02-2001	Een verstevigde halskraag heeft bij een cervicaal syndroom/discopathie C5-C6 geen therapeutische meerwaarde boven een niet verstevigde halskraag.

Bekkenband

Bij bekkenpijn, bekkeninstabiliteit, SI-klachten, lage rugpijn en ischialgie heeft een verstevigde bekkenorthese geen therapeutische meerwaarde boven een niet-verstevigde bekkenband.

BZ-00-1840 CVZ 05-06-2000	Bij bekkeninstabiliteit voldoet een onverstevigde bandage.
BZ-00-0436 CVZ 11-02-2000	Bij de gestelde indicatie (SI klachten/ lage rugpijn) volstaat een niet-verstevigde bekkenband.

Orthopedisch schoeisel

Onder de aanspraak kan (semi)orthopedisch schoeisel vallen alsmede orthopedische pantoffels, orthopedische laarzen, orthopedische badschoenen, proefschoenen en voorlopig orthopedisch schoeisel.

Een onpaar, twee verschillende maten, confectieschoenen valt niet onder de aanspraak.

Onpaar

RZA 2000, 98 Rb Almelo 20-07-2000	Een onpaar confectieschoenen is geen te verzekeren prestatie. In casu had het ziekenfonds echter jarenlang onparen vergoed. Op grond van het rechtszekerheidsbeginsel diende bij wijze van overbrugging toch een onpaar vergoed te worden.
---	--

Steunzolen vallen ook niet onder de aanspraak, deze worden niet toegepast bij een *ernstige* aandoening, zoals vereist in artikel 2.12, lid 1, onder a, Rzv.

Orthopedisch schoeisel

RZA 1999, 58 ZFR 19-03-1999	De verstrekking van orthopedische pantoffels staat los van de verstrekking van een reserve paar orthopedische schoenen, omdat de pantoffels niet als zodanig kunnen dienen. Orthopedische pantoffels vallen wel onder de verstrekking van orthopedische schoenen, omdat ze op individuele leest worden vervaardigd.
RZA 1998, 125 ZFR 17-07-1998	Proefschoen en voorlopig orthopedisch schoeisel behoren tot orthopedisch schoeisel.
RZA 1996, 78 ZFR 26-03-1996	Orthopedische sportschoenen vallen onder orthopedisch schoeisel als bedoeld in de Regeling, indien de schoenen zijn aan te merken als individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel of SOS met individuele aanpassing.

Semi-orthopedisch schoeisel

RZA 1998, 13 Rb Den Haag 17-11-1997	Lichtgewicht sportschoenen zijn geen semi-orthopedisch schoeisel. Eiser stelt dat sportschoenen van het merk 'Nike', type 'Air Max' moeten worden aangemerkt als semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing. Van dergelijke schoenen is hier volgens de rechtbank geen sprake. Het begrip 'individueel' heeft geen betrekking op de wijze waarop de schoenen worden gedragen, maar de wijze waarop de schoenen zijn vervaardigd.
---	--

Orthopedische voorzieningen in of aan confectieschoenen

RZA 1988, 119 CRvB 08-09-1987	Orthopedische inlegzolen zijn geen verstrekking.
Niet gepubliceerd Cie 260-7523	Een afwikkelrol (om een beperkte voetafwikkeling te vervangen of om pijn tijdens het afwikkelen te voorkomen), stijve zool en supplementen kunnen gezamenlijk worden beschouwd als orthopedische voorzieningen aan een confectieschoen.

Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op orthopedisch schoeisel bij de volgende indicaties:

- Ontbreken van delen van de voet, waarop bij gaan en staan gesteund wordt;
- Ernstige objectiveerbare anatomische afwijkingen en functiestoornissen van de voet:
 - afwijkingen der afstand in bovenste of onderste spronggewricht of andere steunende voetgewrichten;
 - afwijkingen van de lengte-breedte-verhouding, onder meer ten gevolge van arthrosis of arthritis;
 - afwijkingen ten gevolge van sensibiliteits- of circulatiestoornissen.
- Functioneel of anatomisch beenlengteverschil van 4 cm of meer;
- Het dragen van bijzondere typen beugels of binnenschoenen, waardoor een afwijkende voetvorm of functie ontstaat als aangegeven onder het tweede en derde punt;
- Bijzondere individuele zorgvragen.

Plat-, spreid- en knikvoeten, eeltlagen en likdoorns zijn geen ernstige aandoening in de zin van de regelgeving en vormen in de regel geen indicatie.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening' zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Artikel 2.9 Bzv bepaalt dat de hulpmiddelenzorg *functionerende* hulpmiddelen omvat. Artikel 2, lid 1, aanhef van de tot 1 januari 2006 geldende Regeling hulpmiddelen 1996 bepaalde nog expliciet dat 'te allen tijde aanspraak moet bestaan op een adequaat hulpmiddel'. Dat de aanspraak op een hulpmiddel een goed functionerend en bij de beperking van verzekerd passend (dus adequaat) hulpmiddel moet betreffen, spreekt echter voor zich. Er is geen sprake meer van een wettelijke gebruiks- en vervangingstermijn voor orthopedische schoenen.

Reservepaar

Uitgangspunt is dat verzekerden in het algemeen zijn aangewezen op verstrekking van een reservepaar (wisselpaar) orthopedische schoenen. Bij een afwijzing van een aanvraag voor een reservepaar dient een de zorgverzekeraar dan ook duidelijk te motiveren waarom een verzekerde in dat specifieke geval *niet* redelijkerwijs is aangewezen op een reservepaar.

Bij reserveparen is ook van belang dat ze in principe het hele jaar door draagbaar moeten zijn. Is dat niet het geval dan dient een verzekerde een eventueel ongerief in de zomer ten aanzien van winterschoenen voor lief te nemen (en vice versa).

Bij kinderen worden (in verband met de groei) in principe geen reserve-exemplaren verstrekt.

Tweede of reserve exemplaar

RZA, 2000, 10 CVZ 21-12-1999	Geen aanspraak op reservepaar semi-orthopedische schoenen. Voor verzekerde, een jongen van zeven jaar, is een reservepaar semi-orthopedische schoenen aangevraagd om te dragen ingeval van reparatie of bij nat worden van het eerste paar. Het uitgangspunt is dat verzekerde over adequaat schoeisel beschikt. Uit de overgelegde gegevens is niet aannemelijk geworden dat verzekerde niet over adequaat schoeisel beschikt. Voorts is er geen sprake van bijzondere omstandigheden die ertoe leiden dat een extra paar schoenen redelijkerwijs noodzakelijk is.
RZA 1997, 119 ZFR 19-08-1997	Aanspraak op orthopedische pantoffels naast verstrekking van orthopedische schoenen en een reservepaar schoenen. Verzekerde beschikt over een paar orthopedische schoenen en een reservepaar. De verstrekking van orthopedische pantoffels staat hier los van, omdat deze niet dienen als reservepaar. Verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op het dragen van orthopedische pantoffels binnenshuis.
RZA 1989, 187 VzRvB Roermond 19-04-1989	Indien een aanvraag voor orthopedisch schoeisel wordt ingediend moet in eerste instantie de noodzaak van de verstrekking worden vastgesteld. Vervolgens moet worden bepaald of noodzakelijkerwijs het dure orthopedisch schoeisel moet worden verstrekt dan wel kan worden volstaan met een minder kostbare voorziening. Uit het deskundigenrapport blijkt dat het verstrekte semi-orthopedisch schoeisel een adequate werkvoorziening is. Terecht is geen toestemming verleend voor orthopedische werkschoenen.

Redressiehelm

Op 20 december 2011 heeft het CVZ een advies uitgebracht over de redressiehelm. Het CVZ kwam tot de conclusie dat de behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm niet valt aan te merken als een te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet. Indien sprake is van craniosynostose valt de behandeling met een redressiehelm onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden'. De minister heeft het advies van het CVZ overgenomen, hetgeen inhoudt dat per 2013 de redressiehelm uit de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Rzv is komen te vervallen.

B.1 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het lopen

Stoelen voorzien van een trippelfunctie

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Tot 1 januari 2013 gold de volgende voorwaarde voor de verstrekking van een trippelstoel.

"Aanspraak op een stoel voorzien van een trippelfunctie bestaat indien

(1) verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen en de verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in het huis bruikbare rolstoel of

(2) indien de verzekerde een indicatie heeft voor een eenvoudig loophulpmiddel (kruk, loophulp met drie of vier poten, looprek of rollator) maar

(3) dit niet kan gebruiken vanwege een gestoorde hand- of armfunctie of zich niet zonder gebruik van de handen staande kan houden."

In de nieuwe functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem is deze voorwaarde komen te vervallen. Zorgverzekeraars kunnen deze zorginhoudelijke criteria nog wel als richtlijn gebruiken voor het bepalen van de vraag of de verzekerde naar aard en omvang redelijkerwijs op het hulpmiddel is aangewezen (operationalisering van artikel 2.1, lid 3, van hett Bzv). Vandaar dat de uitwerking van deze criteria in de Kennisbundel gehandhaafd is gebleven.

Ad 1 "zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in het huis bruikbare rolstoel"

Indien een verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en reeds over een voor binnenshuis gebruik *geschikte* rolstoel beschikt, bestaat geen recht op een trippelstoel omdat verstrekking daarvan onnodig kostbaar zou zijn.

Indien de verzekerde aangeeft zijn rolstoel binnenshuis niet goed te kunnen gebruiken, dient in de eerste plaats beoordeeld te worden of de bewuste rolstoel *bedoeld* is voor gebruik binnenshuis. Als blijkt dat verzekerde beschikt over een rolstoel die uitsluitend bedoeld is voor gebruik buitenshuis- een zogenoemde buitenrolstoel - kan niet gesteld worden dat hij beschikt over een in het huis bruikbare rolstoel. In dat geval kan een trippelstoel worden verstrekt als verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen.

RZA 2001, 83 CVZ, 25-07-2001	Wanneer een verzekerde beschikt over een rolstoel, kan niet direct geconcludeerd worden dat verstrekking van een trippelstoel overbodig is. Als een verzekerde zich alleen zittend kan verplaatsen en beschikt over een rolstoel die (mede) bedoeld is voor gebruik binnenshuis, dan zal deze rolstoel ook binnenshuis bruikbaar moeten zijn, met inbegrip van de keuken. Dit houdt in dat vanuit de rolstoel zonedig ook huishoudelijke activiteiten in de keuken moeten kunnen worden verricht. Indien dit niet het geval is, dan is overleg aangewezen met de gemeente waar verzekerde woont over vervanging of aanpassing van de rolstoel (zie ook RZA 2001, 1 (en 19).
RZA 2001, 1/19 CVZ, 27-09-2000	Verstrekking van een trippelstoel naast een in huis bruikbare rolstoel is onnodig kostbaar.

In enkele adviesprocedures heeft CVZ informatie ingewonnen over de rolstoel in kwestie bij de afdeling Wet voorzieningen gehandicapten (met ingang van 1 januari 2007: Wet maatschappelijk ondersteuning) van de gemeente waar de rolstoel verstrekt is. Indien de verzekerde wel beschikt over een rolstoel die (mede) bedoeld is voor gebruik binnenshuis, adviseert het College de verzekeraar na te gaan waarom de rolstoel niet bruikbaar is. De verzekeraar kan, indien dit nodig mocht blijken, in overleg treden met de gemeente over vervanging of aanpassing van de rolstoel. De uitkomst van dit overleg zou dan in de definitieve beslissing op bezwaar vermeld kunnen worden.

BZ-99-2149, CVZ, niet gepubliceerd 10-05-2000	CVZ heeft aangegeven dat het ziekenfonds eventueel in overleg kan treden met de gemeente over vervanging of aanpassing van de rolstoel.
---	---

Indien een verzekerde nog *niet* beschikt over een rolstoel voor binnenshuis, maar hier wel recht op zou kunnen maken, kan ontlast bewegen met een trippelstoel uit zorginhoudelijk oogpunt de voorkeur hebben boven gebruik van een rolstoel, omdat verzekerde zo in beweging blijft.

RZA 1999, 173 verduidelijking publicatie CVZ, 28-09-1999	Een verzekerde, die zich in beginsel niet zonder rolstoel in huis kan verplaatsen, kan aanspraak maken op een trippelstoel. De trippelstoel kan verstrekt worden ter ontlasting van de gewrichten bij bijvoorbeeld reumapatiënten die nog niet zijn aangewezen op een loophulpmiddel bij het voortbewegen. Het ontlast bewegen heeft uit zorginhoudelijk oogpunt de voorkeur boven gebruik van een rolstoel omdat verzekerde zo in beweging blijft en eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit niet adequaat zijn. Er moet een noodzaak zijn voor gebruik van een loophulpmiddel binnenshuis.
--	---

*Ad. 2 indien de verzekerde een indicatie heeft voor een eenvoudig loophulpmiddel (kruk, loophulp met drie of vier poten, looprek of rollator), **maar dit niet kan gebruiken vanwege een gestoorde hand- of armfunctie** "*

Indien bij een verzekerde sprake is van een mobiliteitsprobleem moet worden bekeken of deze verzekerde wellicht kan volstaan met een eenvoudig hulpmiddel voor de mobiliteit (kruk, loophulp met drie of vier poten, looprek of rollator). Deze eenvoudige hulpmiddelen komen vanaf 2013 voor eigen rekening. Echter, het kan zijn dat bij verzekerde sprake is van een zodanig gestoorde hand- of armfunctie, dat hij een looprek, rollator, krukken, loopwagen of loophulp met drie of vier poten niet kan gebruiken en daarom voor verplaatsingen is aangewezen op een trippelstoel. Hierbij kan gedacht worden aan reuma, krachtsvermindering ten gevolge van neurologische aandoening etcetera.

*Ad. 3 " indien de verzekerde een indicatie heeft voor een eenvoudig loophulpmiddel (kruk, loophulp met drie of vier poten, looprek of rollator), **maar zich niet zonder gebruik van de handen staande kan houden**"*

Als verzekerde voor het lopen kan volstaan met een eenvoudig loophulpmiddel moet getoetst worden aan het zogenaamde 'handenvrij-criterium', dat ziet op de vraag in hoeverre het voor de verzekerde van belang is om tijdens verplaatsingen de handen vrij te hebben voor bijvoorbeeld het verrichten van huishoudelijke activiteiten in de keuken.

Volgens de toelichting op artikel 2.17 Rzv (oud) bestaat bij uitsluitend een sta-probleem geen indicatie voor een trippelstoel. In die situatie kan een eenvoudige voorziening als bijvoorbeeld een hoge kruk al uitkomst bieden. Een dergelijke voorziening komt voor eigen rekening van de gebruiker.

RZA 2001, 18 CVZ, 27-09-2000	Verstrekking van een trippelstoel is aangewezen indien verplaatsing tijdens huishoudelijke activiteiten met een eenvoudig loophulpmiddel niet mogelijk is.
------------------------------------	--

In die gevallen dat de verzekerde geen hulpmiddelen gebruikt om binnenshuis te kunnen lopen en deze zich, al dan niet met moeite, op eigen kracht kan verplaatsen, wordt de trippelstoel voornamelijk aangevraagd om tijdens werkzaamheden (langdurig) staan te voorkomen of vanwege beperkingen bij het zitten. Op grond van de Rzv vormen problemen met het staan of zitten geen indicatie voor verstrekking van een trippelstoel. De stoel is immers bedoeld om oplossingen te bieden aan mensen die problemen ondervinden met *lopen*.

RZA 1999, 16 Rb Amsterdam, 28-10-1998	De trippelstoel is uitsluitend bedoeld om oplossingen te bieden aan mensen die problemen ondervinden met lopen.
---	---

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Tweede trippelstoel

In uitzonderlijke gevallen is verstrekking van een tweede trippelstoel mogelijk.

RZA 2003, 89	Verzekerde komt niet in aanmerking voor een tweede trippelstoel omdat zij die stoel alleen als bureaustoel gebruikt, en niet als loophulpmiddel. Verstrekking is niet noodzakelijk en onnodig kostbaar.
RZA 1998, 117 CRvB, 01-05-1998	Aanvraag voor een tweede trippelstoel met arthrodesezit afgewezen. Doorslaggevend werd geacht dat een op de benedenverdieping aanwezige trippelstoel met enige regelmaat door één van appellantes gezinsgenoten naar de bovenverdieping kon worden gebracht. Ook was de Raad er niet van overtuigd dat het voor appellante onmogelijk was om huishoudelijke werkzaamheden en hobby's voor een belangrijk deel op de benedenverdieping uit te oefenen. Overigens was het in dit geval niet duidelijk of verzekerde zich met een eenvoudig mobiliteitshulpmiddel over de bovenverdieping kon verplaatsen.

RZA 1997, 118 ZFR, 26-08-1997	<p>Aanvraag voor een tweede trippelstoel.</p> <p>Het betrof hier een aanvraag voor een tweede trippelstoel voor de bovenverdieping van een huis. Verzekerde had de beschikking over een (elektrische hoog/laag verstelbare) trippelstoel op de benedenverdieping van haar huis, maar deze was te zwaar om naar boven te tillen. Verzekerde had boven een hobby- en slaapruiimte en maakte gebruik van een vierpoot. Het College oordeelde dat verzekerde redelijkerwijs op een tweede trippelstoel was aangewezen omdat het - volgens de medisch adviseur - <i>onverantwoord</i> was als verzekerde zich op de bovenverdieping met een vierpoot zou moeten verplaatsen en niet in redelijkheid van verzekerde gevergd kon worden dat zij zich uitsluitend tot activiteiten op de benedenverdieping beperkte (artikel 3, tweede lid (oud) van de Regeling en artikel 2a, eerste lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering). Dit zou anders zijn geweest indien relevante woningaanpassingen waren uitgevoerd, waardoor de reeds aanwezige trippelstoel wel volstaan zou hebben.</p>
-------------------------------------	---

Trippelstoel en aangepaste stoel

De verstrekking van een aangepaste stoel naast een trippelstoel is niet per definitie onnodig kostbaar. Uit de Rzv blijkt dat zowel de indicatie als het doel van beide stoelen verschilt. Een trippelstoel wordt verstrekt wanneer sprake is van een *mobilitieitsprobleem*. Een aangepaste stoel wordt verstrekt wanneer sprake is van een *zitprobleem*.

BZ-00-4648 CVZ, niet gepubliceerd 28-02-2001	Het naast elkaar verstrekken van een trippelstoel en een aangepaste stoel is niet ondenkbaar.
--	---

Met het oog op een zorgvuldige besluitvorming kan het wenselijk zijn dat de zorgverzekeraar, naar aanleiding van een aanvraag van een trippelstoel, een technisch adviseur een huisbezoek laat afleggen en/of de verzekerde een vragenformulier laat invullen, zodat een zo compleet mogelijk beeld van de situatie van verzekerde wordt verkregen, op grond waarvan een beslissing genomen kan worden.

BZ-00-4545 CVZ, niet gepubliceerd 01-03-2001	De verstrekking van een trippelstoel die enkel ten doel heeft een hobby te faciliteren is geen doelmatige zorgverlening in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering.
--	---

Trippelrolstoel

Rechtbank Maastricht 12-04-2007	Volgens de rechtbank heeft de zorgverzekeraar zich bij de afwijzing van de aanvraag betreffende een Dexe-trippelrolstoel ten onrechte met name gebaseerd op het uiterlijk van de stoel door te stellen dat deze is voorzien van hoepels. Naar het oordeel van de rechtbank moet met name de functie van de stoel doorslaggevend zijn bij de beoordeling van de vraag of de betreffende stoel een trippelstoel is en voor verstrekking in aanmerking komt. Een trippelstoel moet immers speciaal geschikt zijn om binnenshuis met name huishoudelijke en andere werkzaamheden te verrichten. Naar het oordeel van de rechtbank is de Dexe-trippelrolstoel bij uitstek geschikt om de mobiliteit van personen binnenshuis te bevorderen.
CVZ 20-06-2006 Zaaknummer 26025627	Gezien de kenmerken van de Trippel-Do kan worden gesteld dat deze het midden houdt tussen een trippelstoel en een rolstoel. Bij verzekerde was het beoogd gebruik van de Trippel-Do trippelen (en ontbraken bepaalde rolstoeelementen). Verzekerde beweegt zich in de Trippel-Do primair trippelend voort en in casu kon de Trippel-Do worden aangemerkt als een trippelstoel en dus een te verzekeren prestatie krachtens de Zvw.
CVZ 18-04-2006 Zaaknummer 26013399	Een Dexe-trippelrolstoel kan zowel trippelend als hoepelend worden voortbewogen. Gezien de prominent aanwezige hoepels kan deze stoel niet worden gezien als een trippelstoel, maar als een (handbewogen) rolstoel. Rolstoelen vallen binnen het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning.).

Naar aanleiding van het vonnis van de rechtbank Maastricht van 12 april 2007 is het CVZ van mening dat de aanspraak op een trippelstoel afhankelijk blijft van de indicatievoorwaarden (artikel 2.17, sub d Rzv). Deze aanspraak is expliciet beperkt tot gebruik binnenshuis om tijdens verplaatsingen de handen vrij te hebben voor het verrichten van huishoudelijke activiteiten. Verder moet geen sprake zijn van een werkstoel (zie toelichting regelgeving).

Met het voortschrijdende inzicht vervaagt echter wel het onderscheid tussen trippelstoel en rolstoel. Op uiterlijke kenmerken valt dan moeilijk meer af te wijzen en de ISO beschrijvingen helpen ook niet bij het maken van een onderscheid. In principe valt een trippelrolstoel dan ook onder de aanspraak. Het gezamenlijke kenmerk is dat de stoel wielen moet hebben en dat het als doel heeft dat verzekerde zich er zittende al trippelend (met de benen/voeten maar zonder ze te belasten) mee kan verplaatsen. Een bureaustoel heeft dit niet als doel en is om die reden geen te verzekeren prestatie. Wel is met het voortschrijdend inzicht sprake van parallelle voorzieningen Zvw en WMO voor trippelhulpmiddelen binnenshuis die alleen op basis van gebruiksdoel zijn te onderscheiden.

Het CVZ adviseert per individueel geval te bekijken wat het beoogde (gebruiks)doel is van het hulpmiddel. Aan de hand daarvan kan worden bepaald of het gevraagde kan worden aangemerkt als een trippelstoel danwel een rolstoel.

Loopfiets

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Tot 1 januari 2013 gold de volgende voorwaarde voor de verstrekking van een loopfiets.

"Een verzekerde komt in aanmerking voor een loopfiets indien hij langdurig op dit middel is aangewezen en er sprake is van functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten en de verzekerde niet kan volstaan met een eenvoudiger loophulpmiddel".

In de nieuwe functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem is deze voorwaarde komen te vervallen. Zorgverzekeraars kunnen deze zorginhoudelijke criteria nog wel als richtlijn gebruiken voor het bepalen van de vraag of de verzekerde naar aard en omvang redelijkerwijs op het hulpmiddel is aangewezen (operationalisering van artikel 2.1, lid 3, van het Bzv).

In het merendeel van de gevallen wordt een loopfiets van het merk Rolling Dutchman aangevraagd. Reeds door de Commissie voor beroepszaken van de voormalige Ziekenfondsraad (de rechtsvoorganger van het CVZ) is geadviseerd dat de Rolling Dutchman een loophulpmiddel is voor de middellange afstand. Gezien de aard en constructie van een loopfiets zal deze in het merendeel van de gevallen voor verplaatsingen buitenshuis gebruikt worden. Dit hulpmiddel kan tevens binnenshuis gebruikt worden. Indien de loopfiets wordt aangevraagd om buitenshuis grotere afstanden af te leggen, staat dit niet aan verstrekking in de weg.

RZA 1999, 168 CVZ, 17-09-1999	De Rolling Dutchman kan beschouwd worden als een loopfiets, die zowel binnens- en buitenshuis gebruikt kan worden.
-------------------------------------	--

B.2 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruiken van hand en arm

Robotmanipulator

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar zorgpolis wordt omschreven.

De doelmatigheid van de inzet van deze hulpmiddelen wordt mede bepaald door:

- het bevorderen van de mogelijkheid om (langer) zelfstandig te wonen;
- het doen afnemen van een beroep op de professionele zorg;
- het doen afnemen van een beroep op de mantelzorg.

Een in opdracht van het CVZ ontwikkeld indicatieprotocol mag hierbij vooralsnog worden gezien als kennisbron voor een doelmatige uitvoering van dit onderdeel van de hulpmiddelenzorg.

Eetapparaat

Volgens de (oude) toelichting zijn eetapparaten eethulpen ten behoeve van personen met beperkingen in het gebruik van armen of handen. Het is een apparaat dat het bord laat draaien en een lepelarm automatisch laat bewegen tussen het bord en de mond van de verzekerde. Over het algemeen is een drinkhulp geïntegreerd (dit is uit productinformatie gebleken).

Vanaf de aanvang van de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud) zijn er meerdere zaken geweest over armsteunen. Diverse types kunnen aangemerkt worden als eetapparaat, behalve de Ergo Rest. Deze laat slechts bewegingen toe in één vlak. Dus ook al lijken armsteunen niet op het in de toelichting beschreven eetapparaat, toch kunnen ze als eetapparaat worden aangemerkt. Een Habermannspeen kan niet worden aangemerkt als een eetapparaat. Het gaat hier evenmin om apparatuur die wordt ingezet bij onvoldoende arm-, hand- of vingerfunctie.

Cie 260-6352 en zaaknr. 96/42424 en 96/49125	Armsteun is eetapparaat, de arm dient beweegbaar te zijn zowel in het horizontale als het verticale vlak.
--	---

BZ-99-1230	Elektrisch bedienbare armsteunen van de firma Focal zijn volgens dit advies in beginsel een verstrekking; zij kunnen aangemerkt worden als een eethulp en niet als een accessoire voor een computer. Nagegaan dient te worden of er in casu mogelijk een minder kostbare vergelijkbare voorziening (€ 6859,-) met dezelfde functionaliteit als het aangevraagde arondersteuningssysteem verkrijgbaar is. Als dat niet het geval is dient de gevraagde voorziening verstrekt te worden. Het blijkt dat het apparaat redelijk geavanceerd is en meer functies heeft dan alleen het ondersteuningssysteem. Verstrekking van deze eethulp kan in het individuele geval doelmatig zijn.
23006580 niet gepubliceerd 8-7-2003	De basisset Eetapparaat TOP met HELP component stelt verzekerde in staat om de functionaliteit van haar arm te verbeteren, waardoor de tweehandigheid zal verbeteren c.q. herstellen en de resterende functie van de arm zal worden onderhouden. Wel dient nog onderzocht te worden of er goedkopere alternatieven bestaan.
CVZ 04-08-2004 Zaaknummer 24067982	Verzekerde verblijft in een verpleeghuis. De aangevraagde Sarkow eethulp moet exact op de gebruiker worden afgesteld en is niet voor meerdere mensen, eventueel navolgend, bruikbaar. Het eetapparaat kan daarom niet zonder meer als outillagehulpmiddel worden beschouwd. Hulp bij het eten hoort bij de zorg die de instelling behoort te bieden. De behandelaars in de instelling hebben het eetapparaat voor verzekerde aangevraagd. Het eetapparaat is in dit geval noodzakelijk in verband met de te leveren zorg door het verpleeghuis. De zorgverzekeraar dient de kwestie voor te leggen aan het zorgkantoor. Die moet in overleg met de instelling ervoor zorgdragen dat de eethulp door de instelling ten behoeve van verzekerde wordt aangeschaft.
15-01-2004 Zaaknummer 23062455	De Winsford Feeder is een elektrisch eetapparaat in de zin van de Rzv. Het is niet op één lijn te stellen met de robotarm. De Sarkow eethulp werkt mechanisch. In casu is onderzoek nodig of verzekerde is aangewezen op het elektrische eetapparaat, dan wel met de mechanische eethulp kan volstaan.

ADL-hond

Voor de gebruikskosten van de ADL-hond is in artikel 2.12, vierde lid, Rzv een getroffen. Een verzekerde kan een tegemoetkoming krijgen in de redelijk te achten gebruikskosten van een ADL-hond. Bij deze gebruikskosten gaat het om kosten voor het levensonderhoud en de medische en dagelijkse verzorging van de hond. Het gaat hier om verbruikskosten (hondenbrokken) of andere op geld waardeerbare zorg (bijv. bezoek dierenarts). De gebruikskosten van ADL-honden vallen daarom onder het eigen risico. Dat deze tegemoetkoming wordt afgekocht met een budget ipv. dat de verzekerde iedere keer een rekening indient doet hierbij niet ter zake.

ADL-honden vallen met ingang van 1 januari 2013 onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

CVZ 21-11-2007 zaaknummer 27074863	Geen indicatie voor een hulphond. Onduidelijk is in hoeverre de hulphond een substantiële bijdrage levert aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van verzekerde, dusdanig dat hierdoor het beroep op zorgondersteuning vermindert. Verzekerde heeft wel ADL-hulp en huishoudelijke hulp, maar uit de beschikbare stukken blijkt niet dat beroep op deze zorg door de inzet van een hulphond substantieel vermindert.
CVZ 15-11-2007 zaaknummer 27073510	De zorgverzekeraar heeft ten onrechte geoordeeld dat verzekerde geen indicatie heeft voor een hulphond. Naast besparing op ADL-assistentie is er een besparing op de niet-professionele zorgondersteuning, zoals die nu wordt verstrekt door familie, collega's en vrienden. De behoefte aan professionele zorgondersteuning die overblijft bestaat volgens verzoekster voornamelijk uit huishoudelijke hulp voor de schoonmaak, hulp bij aankleden en douchen en bij de maaltijden in de gezamenlijke ruimte.
RZA 2007, 100 CVZ 21-05-07	Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet mogen zorgverzekeraars zelf bepalen welke indicatiesteller zij inschakelen. Aanbevolen wordt om de indicatiestelling geprotocolleerd te laten verlopen; een beschrijving van een Protocol Indicatiestelling hulphonden wordt gegeven. De indicatievoorwaarden zijn onder te verdelen in een praktische en een medische indicatie. Bij de praktische indicatie gaat het onder meer om de vraag of de verzekerde in staat is voor de hond te zorgen en zich kan inzetten voor de benodigde opleiding en training van de hond, ook moet de woon- en leefomgeving geschikt zijn. Aandachtspunten voor de specifiek door verzekeraar voorgelegde casus zijn, naast bovenstaande, de mate van progressiviteit van de aandoening van verzekerde en de vraag in hoeverre de hulphond de reeds aanwezige (professionele) hulp vervangt. Een hulphond die bedoeld is om te waarschuwen bij dreigende hypoglycaemie is te vergelijken met een epilepsiehond en valt niet onder de Rzv.

Apparatuur voor omgevingsbediening

Motorisch beperkten zijn redelijkerwijs aangewezen op apparatuur voor omgevingsbediening als zij voor de bediening van huishoudelijke apparaten geheel of nagenoeg hierop zijn aangewezen. Gedacht moet worden aan het openen en sluiten van ramen, deuren en gordijnen, het aan- en uitzetten van allerlei apparaten en het gebruik voor het telefoneren. Omdat woningaanpassingen via de Wmo gerealiseerd worden is er een afbakeningsprobleem als het gaat om omgevingsbesturing. In het navolgende

schema is de verdeling van elementen van omgevingsbesturing over de verschillende wetten aangegeven.

Elementen van omgevingsbesturing		Eigen woning/ ADL-woning	AWBZ-instelling	
			Verblijf/ Outillage	Verblijf en behandeling
1.	Basissysteem (zender) a. Gewa b. HS4 c. Kéo Hierbij hoort ook de installatie en het inregelen	Zvw	AWBZ	AWBZ
2.	Nagelvaste (ontvangers) van de omgevingsbesturing a. Intercom b. Oproep c. Alarm d. Deuropeners e. Lift f. Gordijnrails g. Verlichting h. Thermostaat I Stekkerblokken Hierbij hoort ook de installatie en het inregelen	WMO	AWBZ	AWBZ
3.	a. Audio- & Videoapparatuur programmeren in basissysteem	Zvw	AWBZ (zowel eigen kamer als gemeenschappeli jke ruimte)	AWBZ (zowel eigen kamer als gemeenschappelij ke ruimte)
	b. Aanschaf Audio- & Videoapparatuur voor eigen kamer	Eigen rekening	Eigen rekening	Eigen rekening
4.	Met omgevingsbesturing te bedienen telefoons	Zvw	Zvw (AWBZ als tevens alarm)	Zvw (AWBZ als tevens alarm)

B.3 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het veranderen en handhaven van lichaamshouding

Zitschaal

Onder de aanspraak vallen ook voorzieningen voor de romp zoals zitschalen. Als de zitschaal is ontwikkeld om een anatomisch juiste zitpositie in te nemen en bestaat uit een rug- en zitvlakdeel dat voldoet aan de normale ergonomische eisen, draagbaar is en kan worden gebruikt in elke stoel (die niet voldoet aan optimale ergonomische eisen) is het geen zitschaal zoals bedoeld in de Rzv. De zitschalen dienen ter aanvulling van een geheel of gedeeltelijk uitgevallen lichaamsfunctie of ernstige anatomische afwijking zoals balansproblemen tengevolge van spasticiteit of hypotonie en ernstige scoliose.

BZ-98-0441 CVZ 22-04-1998	De aangevraagde zitschaal bestaat uit een rug- en zitvlakdeel dat voldoet aan de normale ergonomische eisen. Derhalve is het geen zitschaal zoals bedoeld in de Rzv.
---------------------------------	--

Dynamische ligorthese

De (dynamische) ligorthese valt onder de aanspraak ex artikel 2.12, lid 1, sub 6, onder 3° Rzv. De vaste ligorthese bestaat uit een uit één stuk gegoten vorm. De dynamische ligorthese bestaat uit afzonderlijke elementen, waarvan een aantal moet voldoen aan de vereiste versterking om de ligorthese effectief te maken. De keuze voor een vaste of dynamische ligorthese is afhankelijk van de aandoening. Er zijn in de wetenschappelijke literatuur geen onderzoeksgegevens bekend waaruit blijkt dat (dynamische) ligorthesen voor een hele (sub)groep doelmatig zijn. Ook is nog niet gebleken dat (dynamische) ligorthesen voor een gehele (sub)groep niet effectief zijn. De dynamische ligorthese is in de uitvoeringspraktijk een veelgebruikt hulpmiddel. Uit oogpunt van doelmatigheid geven veel behandelaars in het algemeen de voorkeur aan een dynamische ligorthese wanneer een vaste ligorthese niet voldoende slaapcomfort biedt. De zorgverzekeraar moet zich daarom telkens bij het beoordelen van individuele gevallen baseren op de aanvraag van de behandelaar, eventueel aangevuld met het advies van de leverancier.

Aan functiebeperkingen aangepaste tafels

Aan functiebeperkingen aangepaste tafels zijn onder meer in hoogte verstelbare tafel bedoeld voor onderrijden van een rolstoel.

RZA 2001, 60 CVZ 23-05-2001	Afhankelijk van de specifieke aanpassingen kan een voorzettafel/ werkblad beschouwd worden als een aan een functiebeperkingen aangepaste tafel.
BZ-00-2081 CVZ 24-07-2000	Een computerwerktafel, die zowel in hoogte als in hoek verstelbaar is en tevens is voorzien van een buikuitsparing in verband met het ondersteunen van de onderarmen, valt eveneens onder de aanspraak.

BZ-00-1793 CVZ 22-06-2000	Een tafel met een in hoogte en hoek verstelbaar werkblad voor een verzekerde met ernstige bewegingsbeperkingen en pijnklachten van het bewegingsapparaat ook gezien als een aan een handicap aangepaste tafel.
RZA 1997, 147 CVZ 23-09-1997	Een werkblad voor een rolstoel kan niet worden aangemerkt als een aan een handicap aangepaste tafel. Het behoort tot de aanspraken van de Wet voorzieningen Gehandicapten (vanaf 1 januari 2007: Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO).
BZ-00-2081 CVZ	Een tafel met een buikuitsparing is een aangepaste tafel in de zin van de Rzv.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

In artikel 2.12 is geen specifiek indicatiecriterium voor tafels opgenomen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Voor deze beoordeling is van belang of verzekerde gezien zijn aandoening op de tafel is aangewezen of dat met een eenvoudiger middel (of via een andere voorziening) kan worden volstaan.

RZA 2001, 61 CVZ 23-05-2001	Verzekerde is niet aangewezen op het gevraagde, omdat volstaan kan worden met een standaardtafel op wieltjes.
RZA 1997, 147 CVZ 23-09-1997	Een werkblad voor een rolstoel kan niet worden aangemerkt als een aan een handicap aangepaste tafel. Het behoort tot de aanspraken van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (vanaf 1 januari 2006: Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, Wet WIA).

Aan functiebeperkingen aangepaste stoelen

Het moet gaan om aan functiebeperkingen aangepaste stoelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Bij normale ergonomische stoelen is er geen relatie met een stoornis in het bewegingssysteem. Dergelijke stoelen zijn algemeen gebruikelijk en vallen daarmee niet onder de te verzekeren prestatie

Aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, is bijvoorbeeld sprake van een of meer van de volgende functies of aanpassingen:

specifieke polstering: de polstering betreft de opbouw van de zitting. De zitting bestaat uit verschillende lagen (schuimrubber en bekleding) op het constructieve gedeelte. Het type polstering bepaalt de drukverdelende eigenschappen.

Het CVZ heeft geadviseerd dat leidend is voor de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op een stoel voorzien van specifieke polstering, en waaruit de

polstering moet bestaan, de functiestoornis van verzekerde (CVZ 28 september 2008, zaaknummer 28090260).

abductiebalk: een abductiebalk is ofwel een speciale steun die is bevestigd aan de zitting van een stoel ofwel een verhoging verwerkt in (het midden van) de zitting van een stoel met het doel de bovenbenen in een abductiestand te houden (i.e. van de mediaanlijn af);

arthrodese-zitting: een arthrodese-zitting heeft als doel de gevolgen van een arthrodese van de heup (= verstijving van de heup) op te vangen. Daarbij is de zitting aan de arthrodese-zijde verlaagd om de onbuigbaarheid van de heup (tot een flexie van 90 graden) op te vangen;

pelottes voor zijwaartse steun: pelottes zijn verhogingen (of verlagingen) in (een bepaald gedeelte van) een zitting of rugsteun. Het doel is extra steun. Het dwingt een lichaamsdeel min of meer in een bepaalde houding, om bijvoorbeeld de stabiliteit bij het zitten te vergroten.

Geen te verzekeren prestatie/algemeen gebruikelijke voorzieningen

Onder nadere aanpassingen aan een stoel die voldoen aan de normale ergonomische eisen worden de volgende (losse) onderdelen begrepen: neksteun, hoofdsteun, beensteun, lendesteun, verstelbare rugleuning, voetsteun, verstelbare zitting, verstelbare arMLEuning, aanpassingen met betrekking tot zithoogte, zitdiepte of zitbreedte. Zogenaamde seniorenstoelen en andere stoelen voor bepaalde leeftijdsgroepen vallen niet onder de aanspraak.

In het kader van doorlichting van het zogenaamde 'basispakket' aan de hand van de pakketprincipes, zoals ook verwoord in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' (CVZ 2006, 245) heeft het CVZ de sta-op-stoelen opnieuw gezien. Op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid heeft het CVZ geconcludeerd dat de sta-op-stoel niet langer als een te verzekeren prestatie hoeft te worden aangemerkt. Hoewel een stoel met een sta-opfunctie op zich een nuttige voorziening is, heeft het CVZ aan de minister geadviseerd om op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid de aan de functiebeperking aangepaste stoelen te laten uitstromen, voor zover dit stoelen betreft met uitsluitend een sta-opfunctie. Een stoel met uitsluitend een sta-opfunctie is financieel toegankelijk. De kosten hiervan hoeven niet hoger te zijn dan die van een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen.

De minister heeft dit advies overgenomen en vanaf 1 januari 2009 zijn de stoelen met *uitsluitend* een sta-opfunctie geschrapt als te verzekeren prestatie. Met ingang van 1 januari 2013, is deze beperking opgenomen in artikel 2.12, derde lid, onderdeel c, Rzv. Niet uit de te verzekeren prestaties zijn geschrapt de aan functiebeperkingen aangepaste stoelen indien sprake is van problemen bij het zitten waarin een normale ergonomische stoel niet kan voorzien en waardoor individuele aanpassingen (zoals een specifieke polstering, abductiebalk, arthrodese-zitting of pelottes voor zijwaartse steun) medisch noodzakelijk zijn. Als voor een verzekerde in zo'n geval ook een sta-opstelsysteem noodzakelijk is, valt dat ook onder de te verzekeren prestaties.

RZA 2002,60 CVZ 22-02-2002	Een kinderstoel met standaard toebehoren en accessoires is geen individueel aangepaste stoel. Een dergelijke stoel is naar zijn aard bestemd voor algemeen gebruik en moet gezien worden als een outillagehulpmiddel, dat behoort tot de door een kinderdagverblijf te verlenen zorg.
----------------------------------	---

RZA 1999, 139 RB Den Bosch 13-07-1999	Aangevraagde stoel blijkt een ergonomische stoel te zijn en geen aangepaste stoel.
RZA 1998, 82 Rb Maastricht 06-02-1998	Stoel die voldoet aan normale ergonomische eisen is geen verstrekking.
RZA 1997, 18 RB Zutphen 02-05-1996	Stokke duo-stoel is niet een aan een handicap aangepaste stoel.
RZA 1997, 154 CVZ 27-10-1997	De gevraagde stoel is niet aan een handicap aangepast. Aanpassing aan lichaamsmaat (1.40m) valt onder de normale ergonomische eisen.

Zitprobleem

Er is een zitprobleem als bijvoorbeeld sprake is van een balansprobleem, ernstige scoliose, spasticiteit of van een bewegingsbeperking in heup of knie.

RZA 1998, 46 Rb Almelo 04-02-1998	Ernstige rugklachten, niet anders dan pijnklachten in de lage rug, die aanleiding geven tot zitproblemen vormen geen indicatie voor verschaffing van een aangepaste stoel.
---	--

Zorgvuldig onderzoek

Het grootste probleem bij de beoordeling of een verzekerde recht heeft op een aangepaste stoel is een zorgvuldig onderzoek. Het moet voldoende betrouwbaar vastgesteld worden dat verzekerde wel of geen indicatie heeft voor een aan een functiebeperking aangepaste stoel.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Voor deze beoordeling is van belang of verzekerde gezien zijn aandoening op een (tweede) stoel is aangewezen of dat met een eenvoudiger middel kan worden volstaan.

RZA 1998, 117 CRvB 01-05-1998	Geen aanspraak op tweede arthrodesestoel (het is niet onmogelijk om huishoudelijke werkzaamheden en hobby's voor een belangrijk deel op de benedenverdieping uit te oefenen; het is doenlijk de stoel met enige regelmaat naar boven te laten brengen door een gezinsgenoot).
-------------------------------------	---

RZA 1996, 111 CVZ 22-05-1996	Tweede arthrodesse-stoel onnodig kostbaar.
------------------------------------	--

Anti-decubituszitkussens

Een anti-decubituskussen is geïndiceerd bij decubitus of ter preventie van decubitus (conform de CBO AD score).

Er wordt vaak een anti-decubitus-hulpmiddel aangevraagd zonder dat sprake is van decubitus, dan wel dreigende decubitus. Het criterium voor dreigende decubitus is in de jurisprudentie ontwikkeld.

Uit het rapport van CVZ: Anti-decubitusmaterialen onder druk.

Ondanks de vrij negatieve beoordeling van risicoscoresystemen is de CBO-werkgroep toch van mening dat risicosystemen moeten worden gebruikt, voornamelijk door de noodzaak patiënten daadwerkelijk regelmatig (dagelijks) te onderzoeken in combinatie met het mogelijke leereffect voor de verpleegkundige. De uitkomst van een risico-inschatting door middel van een risicoscorelijst mag niet het enige criterium zijn bij het besluit tot het al dan niet nemen van preventieve maatregelen. De werkgroep adviseert een risicoscorelijst te gebruiken als hulpmiddel naast de klinische blik van de verpleegkundige. Immobiliteit en verminderde activiteit zijn de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van decubitus.

RZA 1998, 162 RB Almelo 8-6-1998	Eiser heeft geen decubitusprobleem dan wel een dreigend decubitusprobleem. Hij heeft daarom geen indicatie.
CVZ 26-02-1998 zaaknummer 98003743	Ernstige rugklachten zijn geen indicatie voor anti-decubitus zitkussen.
CVZ 11-19-1996 zaaknummer BZ-99-732	Pijnklachten bij het zitten zijn geen indicatie voor verstrekking van een anti-decubitus zitkussen. In dat geval volstaat een algemeen gebruikelijk zitkussen met een schuimvulling van goede kwaliteit en voldoende dikte.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Gezien de hoge kosten die met deze aanspraak gemoeid kunnen zijn, is het belangrijk dat tijdig anti-decubitusmateriaal wordt ingezet. Preventie van decubitus is vele malen goedkoper dan behandeling, omdat het niet behandelen van (dreigende) decubitus zodanige ernstige wonden tot gevolg heeft, dat er een indicatie ontstaat voor opname in

een instelling en wondbehandeling door een verpleegkundige. Tevens is, gezien de hoge kosten, van belang dat steeds de goedkoopste adequate voorziening wordt verstrekt.

RZA 1999, 1 CVZ 20-11-1998	Aangezien er een verhoogd risico op decubitus is heeft verzekerde aanspraak op anti-decubitus hulpmiddelen. Het aangevraagd zitkussen – de Jay protector – is vooral bedoeld om huidbeschadigingen bij het voortbewegen te voorkomen. Hoewel dit in strikte medische termen geen decubitus genoemd mag worden (decubitus = doorligwonden door voortdurende druk), ligt het wel duidelijk in het verlengde daarvan en zijn de gevolgen van genoemde huidbeschadigingen of wonden voor betrokkene gelijk. In dit geval is de Jay protector een doelmatige verstrekking.
----------------------------------	---

Lucht- en windring

Een lucht- en windring staat niet vermeld in de toelichting op Rzv maar is wel één van de hulpmiddelen die valt onder artikel 2.12, eerste lid, onder b.3°. Dit hulpmiddel wordt op dit moment verstrekt via de AWBZ-uitleen en gaat per 1 januari 2013 over naar de Zvw.

B.4 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang zijn losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

De kortdurende uitleen van deze hulpmiddelen is per 1 januari 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. In artikel 2.12, tweede lid, is bepaald dat deze hulpmiddelen slechts voor beperkte of onzekere duur vanuit de Zvw zullen worden verstrekt. Bij langdurende verstrekking vallen deze hulpmiddelen onder de Wmo.

B.5 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het gebruik van communicatieapparatuur

Voorbeelden van hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur zijn speciale toetsenborden of andere aangepaste apparatuur voor bediening van computers (oogbediening, hoofbediening enz.).

Computers

Computers voor lichamelijk gehandicapten vallen alleen nog onder de te verzekeren prestatie als het gaat om computers voor omgevingsbesturing. Voor andere toepassingen – communicatie, informatie - betreft het geen hulpmiddel *gerelateerd* aan stoornissen in het bewegingssysteem. Een computer is algemeen gebruikelijk; de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel is niet één op één aanwezig. Alleen de aanpassingen (bijv. aangepaste toetsenborden en dergelijke) vallen nog onder de te verzekeren prestatie).

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie, artikel 2.13 Rzv

Uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9, lid 1 Bzv
- Artikel 2.6, sub f en artikel 2.13 Rzv
- Artikel 2.33. vierde lid, Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

Artikel artikel 2.6, sub f van de Rzv beschrijft vanaf 1 januari 2009 niet langer 'gezichtshulpmiddelen' als hulpmiddel, maar 'uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie'. Deze functiegerichte omschrijving is op advies van het CVZ per 1 januari 2012 uitgebreid met hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten, zoals lezen, schrijven, gebruik van telecommunicatieapparatuur, het om obstakels heenlopen en de oriëntatie.

Kinderen tot 18 jaar kunnen vanaf 1 januari 2013 in aanmerking komen voor vergoeding van brillenglazen als sprake is van bepaalde specifiek in de regeling opgenomen medische indicaties.

Artikel 2.6, onder f, jo artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering luidt per 1 januari 2009 als volgt:

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13.

Artikel 2.13

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:*
 - a. *hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;*
 - b. *hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen:*
 - 1° *in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;*
 - 2° *bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.*
2. *De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:*
 - a. *brillenglazen of filterglazen;*
 - b. *brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;*
 - c. *eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.*
3. *In het geval van lenzen dient:*

- a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen, of
 - b. bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
4. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, omvat de zorg brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot achttien jaar, indien:
- a. sprake is van een indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft,
 - b. de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, of
 - c. de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie.
5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 2.33 de eigen bijdragen:

(...)

4. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
- a. € 53,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. € 107 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 53,50 per kalenderjaar;
 - c. € 53,50 per brillenglas.

Toelichting

In dit artikel is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie nader vormgegeven. Uit de nieuwe omschrijving in artikel 2.6, onderdeel f, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de aangevraagde voorziening en de stoornis in de visuele functie. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken schaffen mensen zonder beperking in het algemeen niet aan.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Ook mensen zonder stoornis in de visuele functie schaffen dergelijke hulpmiddelen aan. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

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

Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a

Onder de functiegerichte omschrijving in het eerste lid, onderdeel a, vallen hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de visuele functie te verbeteren. Het gaat om de groep hulpmiddelen die in voorgaande regelgeving werd aangeduid als 'gezichtshulpmiddelen'. Deze hulpmiddelen kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld te weten: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Op grond van het tweede lid, onder a en het derde lid vallen gewone brillen en contactlenzen zonder medische indicatie niet onder de te verzekeren prestatie. Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen.

Onder de bijzondere optische hulpmiddelen vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen etc. Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen. Ook ptosisbrillen en kappenbrillen vallen onder te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om hulpmiddelen die compensatie bieden voor functieverlies van het ooglid respectievelijk de traanklieren (functies van aan het oog verwante structuren). Kunsttranen worden op grond van de Medev (juli 2001) – een Europese richtlijn over hulpmiddelen – beschouwd als geneesmiddel. Deze middelen vallen daarmee niet onder de hulpmiddelenzorg.

In het derde lid is het indicatiegebied voor lenzen omschreven. Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:

- een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
- grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
- sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
- keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Ook zijn er indicaties waarbij een gekleurde of ingekleurde contactlens een aanzienlijke verbetering in het gezichtsvermogen dan wel een optimale benutting van de kwaliteit van de restvisus kan opleveren in vergelijking met filterglazen. Het gaat daarbij onder meer om aandoeningen als achromatopsie, albinisme of personen met irisaandoeningen (aniridie, iriscoloboma). Een sclerale lens is aangewezen wanneer een corneale lens niet past of de visus niet te corigeren is met een corneale lens. Ook kan het zijn dat er klachten of intoleranties optreden bij gebruik van een corneale lens. In het vierde lid is de eigen bijdrage voor lenzen geregeld. Ook afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog) dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en vallen daarmee onder deze te verzekeren prestatie.

Wijziging per 1 januari 2013 betreffende brillenglazen voor kinderen

Gebleden is dat voor de groep jonge kinderen met een medische indicatie voor lenzen de huidige regeling niet goed aansluit op de werkelijkheid. Bij jonge kinderen met een medische indicatie voor lenzen, wordt vaak om praktische redenen de voorkeur gegeven aan een bril. Het gaat daarbij vooral om medische indicaties waarbij vaker nieuwe brillenglazen nodig zijn, vanwege een snelle verandering van de visus. In tegenstelling tot lenzen die in deze situatie (deels) voor vergoeding in aanmerking komen, bleven de kosten van de brillenglazen volledig voor eigen rekening. De kosten kunnen voor de ouders van deze groep sterk oplopen, niet alleen omdat de brillenglazen regelmatig moeten worden vervangen, maar ook omdat het hier vaak gaat om een erfelijke aandoening en soms meer kinderen bril- of lensdragend zijn.

Op verzoek van de minister van VWS heeft het CVZ daarom verkend of een uitbreiding van de vergoedingsregeling voor deze kinderen is aangewezen. Het CVZ heeft hierover op 31 mei 2012⁴² geadviseerd. Het CVZ heeft in zijn advies twee mogelijkheden in kaart gebracht. Eén mogelijkheid was om een vergoedingsregeling voor brillenglazen voor kinderen in te voeren gebaseerd op de voormalige vervangingsregeling. De minister heeft echter gekozen voor de andere mogelijkheid, namelijk een vergoedingsregeling voor brillenglazen, waarbij een eigen bijdrage geldt gelijk aan die voor contactlenzen.

Met deze regeling is artikel 2.13 aangepast ten einde te regelen dat verzekerden tot de leeftijd van achttien jaar bij bepaalde medische indicaties recht hebben op brillenglazen. In het tweede lid is de uitsluiting van brilmonturen met deze regeling in een apart onderdeel geregeld, omdat brilmonturen ook voor verzekerden onder de achttien jaar niet onder de te verzekeren prestaties vallen.

Op advies van het CVZ is ook de indicatie voor lenzen uitgebreid. Het CVZ is namelijk van mening dat bij enkele andere ernstige oogaandoeningen de vervangingsregeling ook van toepassing zou moeten zijn. Een voorbeeld hiervan is aangeboren pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste 6 dioptrieën. In verband hiermee is het derde lid van artikel 2.13 aangepast.

⁴² Uitgave CVZ 2012, volgnummer: 2012032062

Het nieuwe vierde lid van artikel 2.13 regelt de vergoedingsmogelijkheid voor brillenglazen voor kinderen tot achttien jaar. Het gaat daarbij om kinderen met ernstige oogaandoeningen, waarbij de brillenglazen vaak moeten worden vervangen. Indien jonge kinderen een indicatie hebben voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, kunnen brillenglazen worden vergoed.

Het CVZ heeft voorgesteld brillenglazen of filterglazen ook voor rekening van de zorgverzekering te laten komen voor kinderen die geopereerd zijn vanwege lensafwijkingen en voor kinderen waarbij sprake is van zuivere accommodatieve esotropie.

Bij de eerste groep kinderen gaat het om:

- a. zeer jonge kinderen die worden geopereerd maar geen of nog geen implantlens krijgen vanwege de progressieve groei in de eerste achttien maanden. Zij krijgen een uitwendige contactlens. Vanaf drie jaar hebben deze kinderen ook een bifocale leesbril nodig.
- b. Kinderen van achttien maanden en ouder die bij operatie wel een implantlens krijgen. Dan is ook een bifocale bril nodig omdat de implantlens een sterkte heeft die anticipeert op de nog te verwachten groei van het oog.

Bijkomend probleem is dat deze brillen regelmatig moeten worden vervangen vanwege de groei van het oog.

Bij de groep kinderen die lijden aan zuivere accommodatieve esotropie wordt de aandoening in het algemeen gecorrigeerd met een bifocale bril en niet met contactlenzen. Bij deze aandoening gaan de ogen zonder bril scheel naar binnen staan. Dit is te corrigeren met een bifocale hypermetrope correctie. Ook hier speelt dat deze glazen regelmatig moeten worden vervangen vanwege de groei van het oog.

Artikel 2.33, lid 4

Het vierde lid betreft de eigen bijdrage voor de lenzen en brillenglazen die onder de in artikel 2.13, eerste lid, onder a, omschreven hulpmiddelen vallen.

Bij een brillenglas in de zin van de Rzv gaat het om hulpmiddelen ter correctie van een stoornis in de visuele functie (stoornis in de functiegezichtsscherpte).

Indien sprake is van een ptosis- of kappenbril, waarin brillenglazen zijn verwerkt met visuscorrectie is in feite sprake van een brillenglas in de zin van de Rzv waarvoor eveneens een eigen bijdrage geldt als bedoeld in artikel 2.33, vierde lid.

Ptosisbrillen en kappenbrillen waarin brillenglazen zijn verwerkt die niet dienen ter correctie van een stoornis in de visuele functie komen volledig voor vergoeding in aanmerking. Een brillenglas zonder visuscorrectie die onderdeel uitmaakt van een ptosis- of kappenbril, heeft een andere functie te weten het corrigeren van functieverlies van aan het oog verwante structuren (ooglid resp.en traanklieren).

Filterglazen worden in artikel 2.33, vierde lid, Rzv niet genoemd. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage, tenzij tegelijkertijd sprake is van visuscorrectie. In dat geval hebben we het over een brillenglas met een bijzondere bewerking, te weten een filter.

Dit standpunt is in lijn met de bijdrageregeling voor bandagelenzen. Bandagelenzen zonder visuscorrectie vallen onder de verbandmiddelen en komen volledig voor vergoeding in aanmerking. Bandagelenzen met visuscorrectie vallen onder de hulpmiddelen voor stoornissen in de visuele functie, waarbij een eigenbijdrageregeling voor lenzen geldt.

Groepen hulpmiddelen

Door de functiegerichte omschrijving worden de gezichtshulpmiddelen niet meer limitatief opgesomd. Alle hulpmiddelen die voldoen aan de omschrijving van artikel 2.13 Rzv kunnen onder de te verzekeren prestatie vallen. Hieronder wordt uiteengezet welke hulpmiddelen dit onder andere kunnen zijn.

A. Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren

Deze kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Brillen voor kinderen

Per 2013 vallen brillenglazen onder de te verzekeren prestatie voor kinderen tot 18 jaar met een ernstige oogaandoening.

Lenzen

Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen.

Een sclerale lens is aangewezen wanneer een corneale lens niet past of de visus niet te corrigeren is met een corneale lens. Ook kan het zijn dat er klachten of intoleranties optreden bij gebruik van een corneale lens.

Alleen als een bandagelens kortdurend wordt ingezet als onderdeel van een medisch-specialistische behandeling, vallen ze onder de zorgvorm 'geneeskundige zorg'. Financiering van deze zorg vindt plaats via DBC's. Bij een aantal indicaties is een bandagelens langdurig (of levenslang) aangewezen. In die gevallen dient de bandagelens te worden verstrekt vanuit de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

Bijzondere optische hulpmiddelen

Hieronder vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen, loepen etc. Onder de bijzondere optische hulpmiddelen vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen, loepen etc. Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen. Ook ptosisbrillen en kappenbrillen vallen onder te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om hulpmiddelen die compensatie bieden voor functieverlies van het ooglid respectievelijk de traanklieren (functies van aan het oog verwante structuren). Kunsttranen worden op grond van de Medev (juli 2001) – een Europese richtlijn over hulpmiddelen – beschouwd als geneesmiddel. Deze middelen vallen daarmee niet onder de hulpmiddelenzorg.

Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen. De zorgverzekeraar dient te bevorderen dat zoveel mogelijk een goed bruikbare, doch eenvoudige uitvoering wordt gekozen.

Afdekpleisters

Afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog) dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en vallen daarmee onder deze te verzekeren prestatie.

Geen te verzekeren prestatie

Contactlenzen zonder medische indicatie en gewone brillen voor verzekerden van 18 jaar en ouder vallen niet onder de te verzekeren prestatie.

De gezichtshulpmiddelen zijn in de internationale standaard ISO 9999 ingedeeld onder de hulpmiddelen voor communicatie en informatie. Volgens de omschrijving in de ISO-classificatie gaat het om hulpmiddelen die de gezichtsscherpte corrigeren. Het indelen van bandagelenzen *zonder visuscorrectie* onder de rubriek gezichtshulpmiddelen is daarom niet logisch. Bandagelenzen zonder visuscorrectie hebben de functie van een verbandmiddel en het CVZ is van mening dat ze daarom vallen onder de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen'. Het CVZ heeft daarom in zijn Pakketadvies 2008 aan de minister geadviseerd de bandagelenzen zonder visuscorrectie onder te brengen in artikel 2.15 Rzv en de categorieomschrijving van dit artikel te wijzigen in 'hulpmiddelen voor de persoonlijke verzorging en bescherming'. De minister heeft deze aanbeveling overgenomen.

Revelante jurisprudentie

Zaaknummer 2012077435	Aanspraak op lenzen bestaat indien de stoornis het gevolg is van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering leiden in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus dan brillenglazen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen op grond van de basisverzekering moet er dus sprake zijn van een stoornis van de visuele functie van het oog c.q. van functies van aan het oog verwante structuren. Een huidaandoening (zoals eczeem) die het dragen van een bril bemoeilijkt, valt echter niet onder een stoornis van de visuele functie van het oog c.q. van functies van aan het oog verwante structuren, en daarmee niet onder de indicatie voor lenzen op grond van de Rzv.
RZA 2001, 21 CVZ, 22-12-2000	Contactlenzen met UV-blok in verband met UV-B lichttherapie valt niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. In dit geval zijn contactlenzen integraal onderdeel van de behandeling, zijnde een medisch specialistische behandeling.
ZFR Cie 260-7291 10-02-1997	Geen aanspraak op speciaal brilmontuur vanwege nikkelallergie. Brilmontuur is geen verstrekking.
ZFR Cie 260-7827 23-01-1996	De kosten van contactlensvloeistoffen voor het inzetten en reinigen moeten worden aangemerkt als de kosten van normaal gebruik.
RZA 1997/42 Cie 260-6162	De vraag of een reservepaar contactlenzen is aangewezen kan pas aan de orde komen als er al een paar lenzen ten laste van de verzekering is verstrekt.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Er moet sprake zijn van een stoornis van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren.

Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:

- een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
- grote verschillen (> 4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
- sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (> 4 dioptrie);
- keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Ook zijn indicaties waarbij een gekleurde of ingekleurde contactlens een aanzienlijke verbetering in het gezichtsvermogen danwel een optimale benutting van de kwaliteit van de restvisus kan opleveren in vergelijking met filterglazen. Het gaat daarbij onder meer om aandoeningen als achromatopsie, albinisme of personen met irisaandoeningen (anirdie, iriscloboma).

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

B. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur

Bij deze categorie hulpmiddelen gaat het om een groot scala aan hulpmiddelen die mensen met een visuele beperking gebruiken voor hun communicatie en informatievoorziening. Hieronder vallen voorzieningen zoals in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen en voorleesapparatuur van Daisy-lectuur en TV-ondertiteling. Van belang is dat deze hulpmiddelen compenseren bij beperkingen in het lezen en/of schrijven van teksten en gebruik van telecommunicatieapparatuur, waarbij er een relatie moet bestaan tussen het specifieke hulpmiddel en de visuele stoornis. Een dergelijke relatie is bij een computer of mobiele telefoon (waaronder smartphone) niet aanwezig, maar wel bij de specifiek voor blinden en slechtzienden op de markt gebrachte hulpmiddelen – bijvoorbeeld een brailleleesregel of spraaksoftware – die de computer of mobiele telefoon toegankelijk maakt voor mensen met een visuele beperking.

Uitgangspunt bij de hulpmiddelenzorg is dat het gaat om functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat hulpmiddelen gebruiksklaar worden afgeleverd zodat de verzekerde ermee aan de slag kan. Onder het gebruiksklaar afleveren van deze apparatuur valt onder meer de programmatuur die nodig is om de apparatuur te laten werken, de noodzakelijke updates en upgrades, installatie, instructie en nazorg.

Geen te verzekeren prestatie

Eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven vallen niet onder de te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om eenvoudige, relatief goedkope hulpmiddelen, zoals een reglette met prikpen, braillelettertang of -schijf, braillefolie, -labels en -papier, handschriftgeleiders, agenda's en kalenders in grootletterschrift, notitieblokken, toetsenbordstickers, eenvoudige hand- en standloepen en leeslinialen. Ook grootletter-

en luisterboeken vallen hieronder. Dergelijke lectuur kan zonder meerkosten geleend worden bij openbare en anderslezenbibliotheken.

Een scanner kan niet beschouwd worden als een aan een lichamelijke handicap aangepast apparaat (zie RZA 1997, 44) zodat de bijbehorende software ook geen verstrekking is. In de nieuwe functiegerichte omschrijving is bepaald dat sprake moet zijn van hulpmiddelen *gerelateerd aan de stoornis in de visuele functie*. Dit is bij een scanner niet het geval en daarmee valt het apparaat niet onder de te verzekeren prestatie.

In- en uitvoerapparatuur en programmatuur voor computers gerelateerd aan een visuele beperking

Relevante jurisprudentie

RZA 2001, 124 CVZ 28-09-2001	Herinstallatie van Outspoken-software is aan te merken als herstel van de verstrekte aangepaste in- en uitvoerapparatuur.
RZA 2000, 144 CVZ 24-10-2000	Een 20-cellige brailleleesregel is niet meer adequaat.
RZA 2000, 138 CVZ 27-09-2000	Monitoren kunnen niet worden aangemerkt als aan een lichamelijke handicap aangepaste uitvoerapparatuur.
RZA 2000, 100 Rb Amsterdam 10-08-2000	Zonder 40-cellige brailleleesregel is van zinvol computergebruik geen sprake meer. Een 20-cellige brailleleesregel is niet langer een bruikbaar instrument.
RZA 1997, 4 ZFR 27-11-1996	Een brailleprinter behoort tot 'aan een handicap aangepaste' uitvoerapparatuur.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Als enige wettelijke voorwaarde geldt de algemene indicatievoorwaarde van artikel 2.1, lid 3 van het Bzv: is verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg aangewezen?

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden "uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening", zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, eerst lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Overzicht relevante jurisprudentie

RZA 2004, 38 Rb Zutphen 07-01-2004	De aanvraag voor een brailletypemachine naast een brailleleesregel met spraakuitvoer is terecht afgewezen, omdat verzekerde voor het onderhoud van maatschappelijke contacten daarop niet nagenoeg is aangevoelen. Veel visueel gehandicapten zullen af en toe nog gebruikmaken van een schrijfmachine voor korte notities, doch daarvoor zijn volgens het Technisch Onderzoekscentrum Visueel Gehandicapten voldoende alternatieven voorhanden.
RZA 1995, 172 ZFR 04-10-1995	Geen aanspraak op een brailleschrijfmachine in de thuissituatie voor een 8-jarig kind nu dit hulpmiddel niet nodig is als primair communicatiemiddel.
RZA 2000, 17 Rb Almelo 06-12-1999	Geen aanspraak op een spraaksynthesizer met software voor een laptop in verband met vrijwilligerswerk nu reeds software is verstrekt om in de thuissituatie van de computer gebruik te kunnen maken.
RZA 1996, 172 Rb Almelo 28-06-1996	Een meer geavanceerde spraaksynthesizer en dito schermuitleespakket is niet noodzakelijk uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, nu reeds een TV-loep en tekstvergrotingspakket is verstrekt.
RZA 1999, 75 Rb Breda 18-03-1999	Visueel gehandicapten hebben geen aanspraak op een nieuw softwarepakket als het eerder verstrekte pakket nog adequaat is voor het doel (in casu: tekstverwerking) waarvoor het destijds verstrekt werd.

Memorecorders

Een eenvoudige memorecorder heeft voor een visueel gehandicapte dezelfde functie als een kladblok voor mensen zonder een visuele handicap. Een meer geavanceerde memorecorder beschikt in tegenstelling tot een eenvoudige memorecorder over extra functionaliteiten naast de memorecorderfunctie. Daarbij kan worden gedacht aan: automatische nummer-, tijds- en datumregistratie, automatische adressen-, en telefoonregistratie, dagkalender- en tijdsaanduiding. Op gestructureerde wijze kunnen adres- en telefoonbestanden, afspraken en notities worden opgeslagen en bewerkt. Een dergelijke geavanceerde memorecorder kan worden aangemerkt als een memorecorder in de zin van de Rzv en kan onder bepaalde omstandigheden tot de verzekerde prestatie worden gerekend.

Overzicht relevante jurisprudentie:

RZA 2003, 115 CVZ 20-05-2003	Een Parrot Voice Mate moet worden aangemerkt als een memorecorder in de zin van de Regeling. Dit hulpmiddel is te beschouwen als een geavanceerde memorecorder vanwege de uitgebreide functies. Deze kan onder bepaalde omstandigheden aangewezen zijn.
RZA 1995, 105 ZFR 20-06-1995	Een visueel gehandicapte, die het brailleschrift onvoldoende beheerst, heeft aanspraak op memorecorder.

CVZ 28-04-2006 Zaaknummer 25046201	De Plectalk PTR1 is te categoriseren als een combinatie van een daisy speler en een geavanceerde memorecorder met extra functionaliteiten. De twee belangrijkste hoofdfuncties (daisyspeler en memorecorder) maken dat dit apparaat te beschouwen is als een verstrekking in de zin van de Regeling.
CVZ 18-11-2004 Zaaknummer 24024047	Verzekerde, die recentelijk visueel gehandicapt is geworden, wil een Parrot Voice Mate in verband met het volgen van een opleiding. Indien deze memorecorder ook gebruikt gaat worden voor het functioneren in het dagelijkse persoonlijke en maatschappelijke leven, bestaat daarop aanspraak op grond van de Regeling. Wanneer het gaat om een hulpmiddel dat zowel in de thuis- als in de arbeidssituatie wordt gebruikt (onder arbeidssituatie valt ook onderwijs met een arbeidsperspectief), dient bij verstrekking op basis van de Ziekenfondswet ook rekening te worden gehouden met de eisen die de arbeidssituatie aan het hulpmiddel stelt. In casu was er overigens geen sprake van additionele functiestoornissen.
CVZ 2-12-2003 Zaaknummer 23007636	Gezien de beperkingen van verzekerde en haar beoogd functioneren zou verstrekking van een Parrot Voice Mate in het geval van verzekerde doelmatig kunnen zijn. In dit geval was geen sprake van additionele functiestoornissen naast de visuele handicap.

Voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie

Per 1 januari 2003 bestaat recht op voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie. Het voorleesapparaat is qua leesfunctionaliteit vergelijkbaar met een computer voorzien van scanner, speciale software en spraakuitvoering. Omdat een deel van de doelgroep geen computer heeft of er niet (meer) mee kan/wil werken, werd een eenvoudiger voorleesapparaat ontwikkeld, waarin genoemde computeraanpassingen zijn verenigd. Deze apparatuur bestaat uit een kastje en een fladbedscanner. Op het kastje bevindt zich een aantal knoppen voor de basisfuncties: scannen, voorlezen, pauze, herhalen en afsluiten. Met het apparaat kan een op de scanner gelegde tekst met één druk op de knop worden gescand, herkend en voorgelezen. Handgeschreven teksten kan het apparaat niet herkennen.

ReadingPen

Een ReadingPen moet op de juiste plaats gepositioneerd kunnen worden. Voor de doelgroep visueel gehandicapten voor wie een voorleesapparaat tot de verzekerde prestatie behoort, zal de ReadingPen in het algemeen naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet zijn aangewezen.

RZA 2003, 211 CVZ 22-10-2003	Voor de doelgroep visueel gehandicapten die voor verstrekking van een voorleesapparaat in aanmerking kunnen komen, zal de ReadingPen in het algemeen niet doelmatig zijn.
------------------------------------	---

Beeldschermloepen

De beeldschermloep is een opto-elektronisch leeshulpmiddel, waarbij het beeld van een opname met een camera elektronisch wordt bewerkt en weergegeven op een monitor. Een reeks innovatieve technieken en trends kunnen worden waargenomen. Om plaats te besparen is er een model verkrijgbaar waarbij de camera beweegt in plaats van het leesplateau. Bovendien kan deze beeldschermloep ook schrijfbewegingen volgen zodat hetgeen geschreven wordt steeds in beeld blijft. Daarnaast is er een beeldschermloep die kan worden aangesloten op elke willekeurige TV, zijn er apparaten met een losse

camera en een los beeldscherm, en zijn steeds meer beeldschermen aan te sluiten op een PC.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Bij de aanvraag ter vervanging van een (geavanceerde) beeldschermloep dient gekeken te worden naar het volgende:

- Is de huidige beeldschermloep, gezien zijn technische staat, nog adequaat/bruikbaar voor het doel waarvoor het is verstrekt?
- Is de huidige beeldschermloep nog adequaat voor het doel waarvoor is verstrekt, gezien de beperkingen en de zorgbehoefte van verzekerde (subject)? Niet enkel de visuele beperking speelt bij die medische beoordeling een rol. Ook is van belang de geschiktheid (bedienbaarheid/het gebruik kunnen maken) van de huidige beeldschermloep in het licht van andersoortige beperkingen van verzekerde.

Zaaknummer 26011160 Niet gepubliceerd CVZ 24-01-2006	Verstrekking van een mobiele loep om in de bibliotheek kranten en tijdschriften te kunnen lezen is niet aangewezen. Hulpmiddelen voor het lezen buitenshuis zijn bedoeld om het slechtzienden mogelijk te maken aldaar de meest noodzakelijke informatie tot zich te nemen. Tijdschriften en kranten kunnen thuis gelezen worden.
Zaaknummer 23073667 Niet gepubliceerd CVZ 25-02-2004	Beeldschermloepen worden kleiner, draagbaar en dus ook buitenshuis bruikbaar. Een draagbare loep kan bovendien in plaats van <i>andere</i> hulpmiddelen worden verstrekt (substitutie). Dit kan met name aan de orde zijn als de verzekerde nog geen hulpmiddelen heeft, of als hulpmiddelen aan vervanging toe zijn. Een beeldschermloep kan aldus een of meer bijzondere gezichtshulpmiddelen vervangen, die anders afzonderlijk naast de beeldschermloep moeten worden verstrekt. Een draagbaar hulpmiddel kan voor de verzekerde een groter gebruiksgemak betekenen dan een standaard beeldschermloep. Anderzijds heeft een draagbare beeldschermloep ook beperkingen: door een kleiner beeldscherm kan bij sterke vergrotingen het vloeiend lezen worden belemmerd. Samengevat kan aanspraak op een multifunctionele en draagbare loep bestaan indien dit hulpmiddel aan de zorgvraag van deze verzekerde beantwoordt (doelmatigheid) en bovendien, indien aan de orde, met verstrekking van dit hulpmiddel de verstrekking van andere hulpmiddelen (bijvoorbeeld een conventionele loep) achterwege kan blijven (substitutie).
Zaaknummer 24054704 Niet gepubliceerd CVZ 5-11-2004	Een ziekenfonds dient bij de beoordeling van een aanvraag rekening te houden met de specifieke omstandigheden van een verzekerde, waaronder de woonsituatie.

RZA 2003, 213 CVZ 22-10-2003	Door het geringe gewicht is de Traveller draagbaar en geschikt om ook buitenshuis te gebruiken. Hierdoor worden de mogelijkheden van verzekerde om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer vergroot. Gezien haar zorgbehoefte is verzekerde meer gebaat bij een Traveller loop en vanuit het oogpunt van doelmatige zorgverlening zijn er onvoldoende redenen om tot het oordeel te komen dat verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op de Traveller loop. Gelet op de toepasselijke regelgeving en het standpunt van de medisch adviseur is het College van oordeel dat verzekerde gezien haar zorgbehoefte meer is gebaat bij een Traveller loop en dat er vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening onvoldoende redenen zijn om tot het oordeel te komen dat verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op de Traveller loop. Daarbij merkt het College op dat draagbare beeldschermloepen al meerdere jaren op de markt zijn, terwijl VISIO bij deze verzekerde in maart 2002 een niet draagbare zware beeldscherm loop heeft geadviseerd.
RZA 1999, 75 RB Breda 18-03-1999	Een aanspraak op een verstrekking kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover een verzekerde uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. In het licht daarvan is eiser op een nieuwere meer geavanceerde uitvoering van een hulpmiddel aangewezen wanneer het oude verstrekte hulpmiddel voor het doel waarvoor het destijds is verstrekt niet meer adequaat is.

C. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie

Bij deze categorie hulpmiddelen gaat het om hulpmiddelen voor de oriëntatie en/of het omzeilen van obstakels, waarmee de mensen met een visuele beperking in staat zijn de weg te verkennen en zich veilig, adequaat en zelfstandig te kunnen verplaatsen in het verkeer. Het gaat daarbij om hulpmiddelen zoals de blindentaststok en blindengeleidehond. Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een blindengeleidehond, indien deze hond een substantiële bijdrage levert aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen.

Blindentaststokken

RZA 1995, 49 CVZ, 02-03-1995	De blindentaststok Ultra Cane is aan te merken als een blindentaststok als vermeld in artikel 2.17, 1 ^e lid, c Rzv. Nu alle zorgvormen, dus ook hulpmiddelen, moeten voldoen aan het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten', is nader onderzocht of de Ultra Cane aan dit criterium voldoet. Van de Ultra Cane, een zogeheten 'welzijnsgerelateerd' hulpmiddel, is onderzocht of het voldoet aan hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten. Dat is niet het geval, zodat het hulpmiddel niet behoort tot de te verzekeren prestaties als omschreven in de Zvw en aanverwante wetgeving.
------------------------------------	--

Een reserve-taststok en stokken specifiek voor kinderen vallen wel onder de aanspraak. De kosten van dopjes voor taststokken worden beschouwd als kosten van normaal gebruik in de zin van artikel 2.9 lid 2 Bzv, en blijven daarmee voor rekening van de verzekerde.

Blindengeleidehond

Blindengeleidehonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen.

Voor de gebruikskosten van de blindengeleidehond is een specifieke regeling getroffen in de Regeling zorgverzekering. Een verzekerde kan een tegemoetkoming krijgen in de redelijk te achten gebruikskosten van een geleidehond. Bij deze gebruikskosten gaat het om kosten voor het levensonderhoud en de medische en dagelijkse verzorging van de hond. Het gaat hier om verbruikskosten (hondenbrokken) of andere op geld waardeerbare zorg (bijv. bezoek dierenarts). De gebruikskosten van blindengeleidehonden vallen daarom onder het eigen risico. Dat deze tegemoetkoming wordt afgekocht met een budget ipv. dat de verzekerde iedere keer een rekening indient doet hierbij niet ter zake.

Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming, artikel 2.15 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub h en artikel 2.15 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming zoals hieronder beschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

h. hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming als omschreven in artikel 2.15

Artikel 2.15

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

(...);

h. kappen ter bescherming van de schedel;

(...);

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

Tot deze laatste categorie vallen ook de bandagelenzen zonder visuscorrectie.

Kappen ter bescherming van de schedel, artikel 2.15, lid 1, sub h

Voorwaarden voor te verzekeren prestatie:

Recht op kappen ter bescherming van de schedel bestaat indien er sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornissen grote kans op vallen bestaat. In deze gevallen kan de kap ook preventief worden verstrekt. Bij genoemde kap moet men denken aan een aangepaste helm of een valhelm.

CVZ 17-11-2003 Zaaknummer 23012575	Een valhelm dient gezien te worden als een kap ter bescherming van de schedel. In casu heeft verzekerde geen indicatie en is daarom geen verstrekking mogelijk.
---	---

Verbandmiddelen, artikel 2.15, lid 1, sub j

Voorwaarden voor te verzekeren prestatie:

Verbandmiddelen vallen onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' indien ze toegepast worden bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Verbandmiddelen die door de hulpverlener binnen de praktijk of instelling als onderdeel van de zorg worden toegepast, vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Wanneer een verzekerde een voorschrift mee krijgt om verbandmiddelen 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 hulpmiddelenzorg.

Verbandmiddelen

Als er een verbandfunctie is – wondverzorging en –preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie – zijn genoemde producten te beschouwen als verbandmiddel. Voorzieningen die puur ter bescherming van kleding worden toegepast, vallen niet onder de verbandmiddelen. Of er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige behandeling nodig is, dient van geval tot geval te worden beoordeeld. Het verdient voorkeur om de indicatie hierbij als uitgangspunt te nemen, waarbij de in dit rapport opgenomen indicatieve lijst behulpzaam kan zijn.

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

- *Definitie verbandmiddel*

Welke materialen zijn te kwalificeren als verbandmiddel?

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

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

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

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

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

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

- *Indicatiecriterium*

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

Tot de te verzekeren prestaties behoren verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen. De vraag is wanneer een behandeling 'langdurig' is en wanneer 'ernstig'. In 1997 schreef de Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad – met verwijzing naar een advies uit 1994 – dat bij een periode van twee maanden gesproken kan worden van langdurig gebruik. Diezelfde commissie schreef echter in 1999 (RZA 1999, 130) dat dit criterium niet algemeen toepasbaar is. Van geval tot geval moet bekeken worden of voldaan is aan het indicatiecriterium. Het indicatiecriterium (ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met verbandmiddelen is aangewezen) is sindsdien niet veranderd.

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

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

In genoemd advies werd als laatste indicatie genoemd:

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

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

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

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

Diverse materialen

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

In deze gevallen werden de handschoenen voorgeschreven:

- ter vochtabsorptie (zoals ingeval van nattend eczeem);

- ter afdekking bij dishydrotische eczeem om infecties tegen te gaan;
- ter afdekking in verband met zalftherapie.

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

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

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

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

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

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

Ook **anti-krabpakken** zijn in het verleden aangemerkt als verbandmiddel, omdat het pak enkele verbandfuncties vervult. Ten eerste kan onder de overall – net als bij gewoon verband – zalf of crème worden aangebracht. Een tweede en derde verbandfunctie van de overall zijn bescherming en afdekking van de aangedane huid, met name ter voorkoming van krabben⁴³.

N.B. Het standpunt van het CVZ over verbandmiddelen zal binnen afzienbare termijn worden aangescherpt. Dit aangescherpte standpunt was op het moment dat de kennisbundel ter perse ging nog niet gereed.

<p>CVZ 05-10-2007 zaaknummer 27061147</p>	<p>Verzekerde kreeg het verbandmiddel Tegaderm® op voorschrift van de medisch-specialist om deze buiten de polikliniek te gebruiken. Het valt daarom onder de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’</p> <p>Voor verstrekking van verbandmiddelen dat het moet gaan om een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen. Gezien het feit dat verzekerde de Tegaderm® drie weken gebruikte, is geen sprake van langdurig gebruik.</p>
---	---

⁴³ Zaaknr. 9638251

Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden, artikel 2.16 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub i en artikel 2.16 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16

Artikel 2.16

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel i, omvatten, uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar:

a. pessaria;

b. koperhoudende spiraaltjes.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Leeftijdsgrens

Met ingang van 1 januari 2008 is de leeftijdsgrens voor de onder de te verzekeren prestaties vallende anticonceptiemiddelen geschrapt. (Stc. 15 juni 2007, nr. 113). Met ingang van 1 januari 2011 is de leeftijdsgrens weer opgenomen.

Anticonceptionele doeleinden

Verstrekking van de genoemde hulpmiddelen kan slechts plaatsvinden voor *anticonceptionele* doeleinden. Indien anticonceptie niet het doel is, is er geen sprake van een verzekerde prestatie in de zin van de Rzv.

Veel verstrekkingengeschillen hebben betrekking op aanvragen voor *steunpessaria*, die worden voorgeschreven ter correctie van baarmoederuitzakking. Omdat anticonceptie niet het doel is, kunnen deze pessaria niet op basis van de Rzv worden verstrekt.

Spiraaltjes (IUD's): koperhoudend

Slechts *koperhoudende* spiraaltjes kunnen op basis van de Rzv worden verstrekt.

Overigens mogen koperhoudende IUD's alleen in de handel worden gebracht als zij zijn voorzien van een CE-keurmerk.

Het Mirena-spiraaltje, een anticonceptiemiddel met een meerwaarde voor vrouwen met overmatig menstrueel bloedverlies, valt niet onder de hulpmiddelen zoals omschreven in de Rzv. Omdat dit spiraaltje levonorgestrel bevat is het als geneesmiddel geregistreerd en kan het wel worden verstrekt op basis van de Regeling farmaceutische hulp 1996 (vanaf 1 januari 2006 opgenomen in de Rzv).

Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, artikel 2.17 Rzv

Relevante regelgeving:

- Zvw artikel 10, sub d
- Bzv artikel 2.9
- Rzv, artikel 2.6, sub j en artikel 2.17

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen (artikel 2.9 lid, 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed. Deze hulpmiddelen laten zich moeilijk functiegericht omschrijven, omdat er meerdere stoornissen ten grondslag kunnen liggen aan de noodzaak om op bed verzorgd of verpleegd te worden.

Artikel 2.6, onder j, jo artikel 2.17 van de Regeling zorgverzekering luidt per 1 januari 2013 als volgt:

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17.

Artikel 2.17

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:*
 - a. *bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;*
 - b. *anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;*
 - c. *dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;*
 - d. *bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig uit bed komen;*
 - e. *glij- en rollakens;*
 - f. *bedverkorters, -verlengers en -verhogers;*
 - g. *ondersteken;*
 - h. *bedbeschermdende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermdende onderlegger kunnen worden ondervangen;*
 - i. *infuusstandaarden.*
2. *De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.*

Toelichting

Artikel 2.17, eerste lid

De hier genoemde hulpmiddelen kunnen geïndiceerd zijn indien sprake is van verzorging en/of verpleging op bed.

In het algemeen kan worden gesteld dat een verzekerde slechts is aangewezen op een bed in speciale uitvoering als sprake is van volledige ADL-zorg op bed of een combinatie van gedeeltelijke ADL-zorg op bed en verpleegkundige of verzorgende handelingen op bed op meerdere momenten gedurende de dag. Onder ADL-zorg wordt verstaan wassen en aan- en uitkleden. Voorbeelden van verpleegkundige handelingen zijn onder andere wondverzorging en katheteriseren; bij verzorgende handelingen moet onder andere gedacht worden aan hulp bij het gebruik van incontinentiemateriaal.

Vage klachten of rugpijnklaarten van al dan niet bekende aard vormen geen indicatie voor een aangepast bed of matras. De te verzekeren prestatie omvat ook bijkomende hulpmiddelen, zoals dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels die nodig kunnen zijn bij de verzorging en verpleging van een verzekerde op bed, evenals hieraan gerelateerde transferhulpmiddelen, voor het veranderen van lichaamshouding in bed en het (zelfstandig) in en uit bed komen. Rugsteunen, bedverhogers en ondersteek kunnen onder meer nodig zijn bij kraamverzorging. Tot slot zijn ook de infuusstandaarden in dit artikel ondergebracht, die tot de AWBZ-uitleen behoorden.

Artikel 2.17, tweede lid

Als geen sprake is van verzorging of verpleging op bed dan kunnen de hulpmiddelen alleen worden verstrekt indien deze noodzakelijk zijn ter bewaring van de zelfredzaamheid.

Bedden in speciale uitvoering

Artikel 2.17, lid 1, sub a, Rzv ziet op bedden in een speciale uitvoering, met inbegrip van de daarvoor bestemde matrassen. Een adequate hoogte en verstelbaarheid van hoofd- en voeteneinde worden gerekend tot de voorzieningen van een normaal bed. Een bed in een speciale uitvoering komt pas ter sprake als de standaard verstelmogelijkheid van de bedden met hoofd- en voeteneindeverstelling ontoereikend is, gezien de functiebeperkingen of de verpleegbehoefte van verzekerde.

Zaaknummer 2011053372	Een (beveiligde/gepolsterde) hoge omranding voor een kinderbed kan gezien worden als onrusthekken. Indien de hoge hekken integraal onderdeel uitmaken van het kinderbed, kan een dergelijk bed aangemerkt worden als bed in speciale uitvoering.
RZA 2002, 12 CVZ 20-12-2001	Een Rotoflexbed, een hoog-laagbed met opsta-hulp, is een bed in speciale uitvoering.
RZA 2000, 71 CVZ 22-05-2000	Een help-je-zelf bed is een bed in speciale uitvoering als bedoeld in de regelgeving.
CVZ 25-11- 1999 zaaknummer BZ-99-2027	Een bed met verstelbaar hoofd- en voeteneinde is geen bed in een speciale uitvoering.
RZA 2001, 51 CVZ 26-04-2001	In een verzorgingshuis heeft een verzekerde recht op de verstrekking van hulpmiddelen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996, tenzij het gaat om een outillagemiddel. Indien een seniorenbed of een hoog-laag-bed verplicht wordt gesteld door een verzorgingshuis, behoort het bed tot de standaard-inventarisgoederen.

RZA 2000, 81 CVZ 23-03-2000	Voor verzekerde noodzakelijk hoog-laag bed behoort tot de zorg in GVT (gezinsvervangend tehuis voor gehandicapten).
RZA 1996, 143 CVZ 22-08-1996	Een bedbox is in dit geval te beschouwen als een bed in speciale uitvoering, omdat het gaat om een ligvoorziening in een speciale uitvoering voor een complex gehandicapt drie jarig meisje.
RZA 1997, 8 CVZ 27-11-1996	Een zijligbank kan aangemerkt worden als bed in een speciale uitvoering voor verzekerden (veelal kinderen) die als gevolg van ernstige anatomische afwijkingen van de wervelkolom en een gebrek aan spierspanning van de romp veel moeten liggen, waarbij wisseling van de lighoudig noodzakelijk is. Met dit hulpmiddel kan de verzekerde houdingen aannemen die een beter oogcontact mogelijk maken dan in een buik- of rugligging.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Bedden in speciale uitvoering kunnen geïndiceerd zijn als sprake is van verzorging en/of verpleging op bed. Daarnaast kunnen deze hulpmiddelen gelet op het tweede lid van artikel 2.17, Rzv worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

Zelfredzaamheid

Het gaat hierbij om verzekerden die onvoldoende kracht hebben in armen of rug om uit bed op te staan, en waarbij niet kan worden volstaan met andere hulpmiddelen zoals een papegaai of een seniorenbed. Het criterium dat het gebruik strekt tot behoud van de zelfstandigheid dient ruim geïnterpreteerd te worden. Ook als mantel- of thuiszorg nodig is/blijft, kan gesteld worden dat er sprake is van behoud van de zelfredzaamheid als door de verstrekking van het bed opname in een instelling kan worden voorkomen.

Indicatie voor verpleging

In het algemeen kan worden gesteld dat een verzekerde slechts is aangewezen op een bed in speciale uitvoering als sprake is van volledige ADL-zorg op bed of een combinatie van gedeeltelijke ADL-zorg op bed en verpleegkundige of verzorgende handelingen op bed op meerdere momenten gedurende de dag. Onder ADL-zorg wordt verstaan wassen en aan- en uitkleden. Voorbeelden van verpleegkundige handelingen zijn onder andere wondverzorging en katheteriseren; bij verzorgende handelingen moet onder andere gedacht worden aan hulp bij het gebruik van incontinentiemateriaal.

Bij een verpleegindicatie moet er in beginsel vanuit gegaan worden dat de speciale uitvoering van het bed (zoals de hoog-laag verstelling) noodzakelijk is voor de voor verzekerde benodigde zorg, gelet op zijn beperkingen. De hoogte van een seniorenbed (57 cm) is niet voldoende om verzorging op bed te kunnen geven. Daarvoor is een hoogte van tenminste 60 cm vereist. Als tegelijkertijd ook sprake is van een transferprobleem, waarbij de hoog-laag verstelling van het bed de verpleging bij het ondersteunen van de transfer faciliteert, is dat *geen* reden om de verstrekking af te wijzen. De hoog-laag verstelling is dan immers niet uitsluitend bedoeld voor het faciliteren van de verpleging, maar stelt ook de verzekerde in staat om met hulp uit bed te komen (RZA 2001, 90).

Vage klachten, of rugpijnklachten van al dan niet bekende aard vormen geen indicatie voor de verschaffing van een bed in een speciale uitvoering. Ook therapeutische doelen (bijvoorbeeld het verbeteren van de doorbloeding van de benen door middel van een

elektrisch verstelbaar voeteneinde en het verminderen van maagklachten door met behulp van een bed met verstelbaar hoofd- en middengedeelte in een rechtopzittende houding te slapen) vormen geen indicatie.

RZA 1995, 138 CVZ 23-08-1995	Alleen de geïndiceerde verzekerde heeft aanspraak op een hoog-laagbed en niet zijn niet-geïndiceerde partner. Een tweepersoons hoog-laagbed wordt niet verstrekt.
RZA 1995, 136 CVZ 25-07-1995	Verzekerde heeft een verpleeghuisindicatie (een indicatie voor opname in een instelling, red.), maar kan door gebruik van een speciaal bed en met behulp van professionele hulpverleners in de thuissituatie (verzorgingshuis) blijven.
RZA 1994, 126 CVZ 3-08-1994	Het begrip 'behoud van zelfstandigheid' moet bij een kind in die zin worden geïnterpreteerd dat de door de ouders aan hun kind te verlenen zorg door de verstrekking van dit bed blijft behouden en opname in een (zwakzinnigen)inrichting kan worden voorkomen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg is aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Bij bedden dient doorgaans een afweging tussen de functionele voordelen van het aangepaste bed en de mogelijkheid deze voordelen via eenvoudiger middelen te bereiken te worden gemaakt.

RZA 2002, 12 CVZ 20-12-2001	Een RotoFlexbed is in casu vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening aangewezen boven een goedkoper hoog-laagbed met tillift.
RZA 2002, 39 CVZ 24-01-2002	Een Rotoflexbed, een hoog-laagbed met opstahulp, is in casu niet aangewezen omdat medisch gezien aannemelijk is dat door eenvoudigere middelen eenzelfde resultaat bereikt kan worden.
RZA 2000, 71 CVZ 22-05-2000	Verzekerde beschikt over een hoog-laag bed. Aangevraagd is een zogenoemd help-je-zelf-bed omdat verzekerde regelmatig uit bed moet om te plassen. Met een help-je-zelf-bed kan een opname worden voorkomen. Er is derhalve geen sprake van een onnodig kostbare verstrekking.
RZA 1999, 70 CVZ 20-04-1999	Bij verblijf in een AWBZ-instelling is een gecapitonneerd bed in verband met automutilatie voor de thuissituatie redelijkerwijs niet aangewezen, nu met eenvoudiger oplossingen kan worden volstaan om de gevolgen van het automutilerend gedrag te minimaliseren.

RZA 1997, 8 CVZ 27-11-1996	Verstrekking van de zijligbank als tweede exemplaar is bij regelmatige wisseling van de lighouding redelijkerwijs aangewezen. De zijligbank kan aangemerkt worden als een bed in een speciale uitvoering en kan geïndiceerd zijn bij verzekerden (veelal kinderen) die als gevolg van ernstige anatomische afwijkingen van de wervelkolom en een gebrek aan spierspanning van de romp veel moeten liggen, waarbij wisseling van de lighouding noodzakelijk is. Met dit hulpmiddel kan de verzekerde houdingen aannemen die een beter oogcontact mogelijk maken dan in een buik- of rugligging.
RZA 1997, 94 CVZ 23-06-1997	Er bestaat aanspraak op een hoog-laag-bed voor de weekeinden thuis bij verblijf door de week in Het Dorp.
RZA 1997, 146 CVZ 23-09-1997	Uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening is het in individuele gevallen mogelijk een bedbodemplift in bruikleen te verstrekken in plaats van een hoog-laag-bed. Het moet dan wel zo zijn, dat de verzekerde al beschikt over een adequaat bed (bedbodemplift) en matras en bovendien voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking. De bedbodemplift moet in dat geval worden gezien als (los) onderdeel van een bed in speciale uitvoering als bedoeld in artikel 26c, eerste lid, onderdeel d van de Regeling.
RZA 1997, 153 CVZ 20-10-1997	Een watermatras kan voor een peuter een adequate voorziening zijn. De peuter heeft een indicatie voor een hoog-laag-bed. Hij heeft een ernstig probleem met de temperatuurregulatie. Als het gebruik van een elektrische deken volgens de kinderarts niet mogelijk of gevaarlijk is, kan een watermatras worden verstrekt.
RZA 1996, 143 CVZ 22-08-1996	Een bedbox is in dit geval te beschouwen als een bed in speciale uitvoering, omdat het gaat om een ligvoorziening in een speciale uitvoering voor een complex gehandicapt drie jarig meisje. Het meisje is ook overdag redelijkerwijs aangewezen op de bedbox, als tweede voorziening, naast het aangepaste bed.

Anti-decubitusbedden, matrassen en overtrekken

Een verzekerde heeft onder omstandigheden (zie onder) recht op anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus (weefselversterf door liggen).

Ten aanzien van de vraag of een matras kan worden aangemerkt als een anti-decubitusmatras kan verwezen worden naar het CVZ rapport. Op zich zijn er weinig objectieveerbare maatstaven aangelegd om vast te kunnen stellen of een matras een anti-decubitusmatras is.

Uit het rapport van CVZ: Anti-decubitusmaterialen onder druk.

Drukreducerende systemen zijn onder te verdelen in statische en dynamische systemen. Statische matrassen (o.a. foammatrassen) worden als drukreducerend hulpmiddel met name gebruikt bij de preventie van decubitus. Door de aard en de samenstelling van het materiaal zal de vormconsistentie van de matras wijzigen ten gevolge van de druk die erop uitgeoefend wordt door het lichaamsoppervlak. Dit in tegenstelling tot de zogenoemde dynamische matrassen (low-air-loss systemen, alternerende systemen, air-fluidized bedden) die door externe factoren (bv. een luchtpomp) kunnen wijzigen van vorm.

Deze bedden zijn kostbaar. Ze dienen slechts voorgeschreven te worden op strikte indicatie (dus bij een patiënt met een hoog risico op decubitus die geen of onvoldoende wisselhouding ondergaat).

In een meta-analyse van de Cochrane groep van 14 klinische studies i.v.m. statische matrassen wordt aangegeven dat ondanks de methodologische problemen bij de meeste onderzoeken, toch geconcludeerd mag worden dat foammatrassen van voldoende dikte druk beter reduceren dan de klassieke ziekenhuismatrassen. De geanalyseerde onderzoeken laten echter niet toe een 'beste koop' aan te bevelen. Verder onderzoek naar de effecten van deze bij decubitus-preventie gebruikte systemen is nodig. Er is voldoende bewijs om te adviseren dat patiënten die geen of onvoldoende wisselhouding kunnen krijgen verpleegd dienen te worden op een drukspreidend systeem, zoals een alternerend systeem (pompsysteem). De thans in de handel verkrijgbare hulpmiddelen zijn vrijwel zonder uitzondering alleen onderzocht op de vermindering van druk. Alleen hulpmiddelen die ook op de vervormende eigenschappen zijn onderzocht dienen eventueel toegepast te worden.

BZ-99-732 CVZ 17-05-1999	De DFC-matras is aan te merken als een anti-decubitusmatras ter preventie van decubitus.
BZ-00-0534 CVZ 06-03-2000	Een met water gevulde matras is wel aan te merken als een anti-decubitus matras (ook BZ-99-1625, BZ-00-4474).
RZA 2002, 130	Verstrekking van een anti-decubitusmatras voor een ander doel dan ter behandeling en preventie van decubitus is nergens in het gesloten systeem van vergoedingen aangewezen en kan dus niet worden aangemerkt als een hulpmiddel waarop voor ziekenfondsrekening aanspraak bestaat, ook niet wanneer er andere redenen zijn om zo'n matras te nemen.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Een anti-decubitusmatras is geïndiceerd bij decubitus of ter preventie van decubitus (conform de CBO AD score).

Er wordt vaak een anti-decubitushulpmiddel aangevraagd zonder dat sprake is van decubitus, dan wel dreigende decubitus. Het criterium voor dreigende decubitus is in de jurisprudentie ontwikkeld.

Uit het rapport van CVZ: Anti-decubitusmaterialen onder druk.

Ondanks de vrij negatieve beoordeling van risicoscoresystemen is de CBO-werkgroep toch van mening dat risicosystemen moeten worden gebruikt, voornamelijk door de noodzaak patiënten daadwerkelijk regelmatig (dagelijks) te onderzoeken in combinatie met het mogelijke leereffect voor de verpleegkundige. De uitkomst van een risico-inschatting door middel van een risicoscorelijst mag niet het enige criterium zijn bij het besluit tot het al dan niet nemen van preventieve maatregelen. De werkgroep adviseert een risicoscorelijst te gebruiken als hulpmiddel naast de klinische blik van de verpleegkundige. Immobiliteit en verminderde activiteit zijn de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van decubitus.

CVZ BZ-00-3167 27-09-2000 en BZ-00-2481 04-08-2000	Een verhoogde kans op decubitus bestaat als er sprake is van bedlegerigheid/immobilisatie waarbij er een (substantiële) afname is van de (obligate) continue beweeglijkheid van een persoon (bijvoorbeeld verliggen, omdraaien, enz). Daardoor kan er een lokale ischemie (bloedleegte) ontstaan, die kan leiden tot decubitus.
RZA 1998, 162 RB Almelo 8-6-1998	Eiser heeft geen decubitusprobleem dan wel een dreigend decubitusprobleem. Hij heeft daarom geen indicatie.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis is omschreven.

Gezien de hoge kosten die met deze aanspraak gemoeid kunnen zijn, is het belangrijk dat tijdig anti-decubitusmateriaal wordt ingezet. Preventie van decubitus is vele malen goedkoper dan behandeling, omdat het niet behandelen van (dreigende) decubitus zodanige ernstige wonden tot gevolg heeft, dat er een indicatie ontstaat voor opname in een instelling en wondbehandeling door een verpleegkundige. Tevens is, gezien de hoge kosten, van belang dat steeds de goedkoopste adequate voorziening wordt verstrekt.

CVZ 03-06-2000 zaaknummer BZ-00-0534,	Als sprake is van een verhoogd risico op decubitus moet worden beoordeeld of een goedkopere voorziening als een oplegmatras volstaat (zie ook BZ-00-2547).
RZA 1998, 162 RB Almelo 8-6-1998	De DFC-matras is onnodig kostbaar in vergelijking met een adequate voorziening ter preventie van decubitus, bijvoorbeeld een vezelmatras.

Bijkomende hulpmiddelen bij bedden

In artikel 2.17, lid 1, sub c tot en met i gaat het om bijkomende hulpmiddelen bij bedden die nodig kunnen zijn bij de verzorging of verpleging van een verzekerde. Per 1 januari 2013 is het pakket aan hulpmiddelen uitgebreid met een aantal zaken die voorheen werden uitgeleend via de AWBZ. Het betreft de volgende hulpmiddelen: glij- en rollakens, bedverhogers, ondersteken en infuusstandaarden.

Zaaknummer 2011053372	Een (beveiligde/gepolsterde) hoge omranding voor een kinderbed kan gezien worden als onrusthekken. Indien de hoge hekken integraal onderdeel uitmaken van het kinderbed, kan een dergelijk bed aangemerkt worden als bed in speciale uitvoering.
--------------------------	--

BZ-00-1855 CVZ 09-06-2000	Een bedleestafel is aangewezen bij verzekerden die chronisch bedlegerig zijn.
---------------------------------	---

Om te voorkomen dat met de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie de beschermende onderleggers die gebruikt worden voor andere doeleinden zijn uitgesloten van het basispakket, zijn deze toegevoegd aan artikel 2.17.

Het gaat hier om beschermende onderleggers bij hygiënische problemen die zich kunnen voordoen bij verlies van bloed en exsudaat. Beschermende onderleggers die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie vallen zijn in het algemeen uitgesloten van de te verzekeren prestatie, tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag (artikel 2.11, derde lid, onder e, Rzv).

Injectiespuiten, artikel 2.19 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub l en artikel 2.19 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de injectiespuiten zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19

Artikel 2.19

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

Onder de verzekerde prestatie vallen injectiespuiten, dan wel injectiepen met toebehoren. Deze dienen, al dan niet als wegwerpartikel verpakt met toebehoren, slechts te worden verstrekt indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maakt, met uitzondering van gebruik bij behandeling van diabetes. In dat geval vallen de injectiespuiten en -penen onder de functiegerichte aanspraak zoals beschreven in artikel 2.6 o. Bijkomende middelen welke beogen het injecteren te vergemakkelijken of comfortabeler te maken, behoren in het algemeen niet tot de aanspraak.

Op deze middelen in een aan een handicap aangepaste uitvoering bestaat slechts recht indien de verzekerde ten gevolge van een ernstig motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of -pen in een niet aangepaste uitvoering.

Het CVZ heeft de Rebismart aangemerkt als een injectiepen. De zorgverzekeraar zal uit oogpunt van doelmatigheid in geval van de individuele verzekerde moeten oordelen of hij of zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op dit hulpmiddel.

BZ-00-0649 CVZ 06-06-2000	Elektroden zijn niet aan te merken als injectiespuiten of injectiepen.
BZ-99-1289 ZFR 29-07-1999	AndroPen is te beschouwen als injectiepen als bedoeld in de regelgeving.
BZ-98-1193 ZFR 04-09-1989	Automatische injector aan te merken als toebehoren dat injecteren vergemakkelijkt en valt daarom niet onder de aanspraak.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Recht op verschaffing van deze middelen bestaat indien sprake is van aandoeningen (niet zijnde diabetes) die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maken. Gedacht kan worden aan lijdens aan astma bronchiale en hemofilie, maar ook aan verzekerden die thuis hemodialyse toepassen.

Op deze middelen in een aan een handicap aangepaste uitvoering bestaat slechts recht indien de verzekerde ten gevolge van een ernstig motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of -pen in een niet aangepaste uitvoering.

CVZ 08-06-2004 Zaaknummer 23082652	Wondverzorging na buikoperatie kan niet worden aangemerkt als langdurig gebruik. Verzekerde heeft dus geen aanspraak op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006: Rzv). Verzekerde heeft aanspraak op huishoudelijk schone spuiten (geen steriele spuiten noodzakelijk) in het kader van de zorgaanspraak thuiszorg.
RZA 2003, 79 CVZ 22-04-2004	Er is geen aanleiding om de aanspraak op injectiespuiten te beperken tot het gebruik voor toediening van geneesmiddelen. Verzekerde is langdurig op het gebruik aangewezen voor het toedienen van voeding. Daarom bestaat aanspraak op verstrekking van injectiespuiten. Het ziekenfonds wordt aangeraden te onderzoeken of gebruik van meer duurzame spuiten handiger en voordeliger is dan wegwerpspuiten (zie ook RZA 1989, 201).
CVZ 24Zaaknummer 21048465	Geen aanspraak op injectiespuiten en- naalden omdat in objectieve zin niet aannemelijk is dat het toe te dienen middel een redelijk uitzicht op verbetering of herstel biedt. Er is dus niet voldaan aan indicatiecriterium artikel 18, tweede lid, Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006: artikel 2.19, lid 1 Rzv).
RZA 2000, 72 CVZ 22-05-2000	Langdurig gebruik van injectiespuiten niet noodzakelijk, indien werkzaamheid van toe te dienen middel wetenschappelijk niet is aangetoond.
Cie 260-7562 ZFR 11-02-1997	Aanspraak op injectiespuiten ook nu het geneesmiddel waar het voor bedoeld is, geen verstrekking is.

RZA 1989, 201 ZFR 27-09-1989	Aanspraak op injectiespuiten indien sprake is van aandoeningen die een langdurig gebruik hiervan noodzakelijk maken. Dat het ten behoeve van sondevoeding - en niet van medicijnen - is doet aan dit oordeel niet af.
------------------------------------	---

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Op het gebied van injectiespuiten zijn vele ontwikkelingen gaande. De zogenaamde hogedrukspuiten - die overigens niet vallen onder het tweede lid van artikel 2.19 Rzv - dienen alleen in zeer bijzondere gevallen te worden verstrekt, aangezien de effecten op langere termijn van het gebruik van een dergelijke spuit niet bekend zijn. Bij zijn oordeelsvorming over de verschaffing van een hogedrukspuit dient de zorgverzekeraar met toepassing van artikel 2.1, lid 3 Bzv mede te bezien of een toebehoren, zoals een apparaatje dat speciaal ontwikkeld is voor het geven van pijnloze injecties met behulp van een normale injectiespuit, als een alternatief is aan te merken.

CVZ 29-04-2003 Zaaknummer 22033617	Een tweede (disetronic) prikpen is, vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, niet noodzakelijk omdat een prikpen op korte termijn is te vervangen en onderbreking van de behandeling gedurende één dag niet tot ernstige medische complicaties leidt. Verzekerde is op grond van artikel 2a niet aangewezen op een tweede prikpen.
---	--

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, artikel 2.6, sub m Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub m Rzv

Met ingang van 1 januari 2003 kunnen alle hulpmiddelen voor het in dit artikel van de Rzv gestelde doel worden verstrekt. Om dit te realiseren heeft de staatssecretaris de aanspraak op deze hulpmiddelen functiegericht omschreven. Tevens zijn de maximum vergoedingsbedragen uit de Rzv geschrapt.

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen en lymfevaten

In artikel 2.6, sub m, Rzv is de functiegerichte omschrijving van ‘*uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe*’ vormgegeven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

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

Dit betekent dat alle uitwendige hulpmiddelen voor het gestelde doel in principe onder de verstrekking vallen.

Drie specifieke hulpmiddelen zijn:

- a. elastische kousen
- b. de aan- en uittrekhelp en hulpmiddelen die zowel voor het aan- als voor het uittrekken kunnen worden gebruikt
- c. compressieapparatuur

Ad a.

De omschrijving van de aanspraak spreekt van *langdurig* compenseren van functieverlies. Dit om onderscheid te maken tussen hulpmiddelen die tijdelijk worden ingezet als onderdeel van de medische behandeling en zodoende behoren tot de aanspraak op die behandeling (bijvoorbeeld de therapeutische elastische kousen in verband met de nabehandeling van het verwijderen van spataderen).

Steunkousen (klasse 1) vallen evenmin onder de omschrijving, omdat bij gebruik van deze kousen geen sprake is van *een functieverlies van de aderen*.

RZA 1998, 155 ZFR 16-10-1998	Lipectomypany is te beschouwen als noodzakelijk onderdeel van dagbehandeling in ziekenhuis.
BZ-00-3838	Thrombexinekous is onderdeel van de nabehandeling van een spataderoperatie.

Een elastische bandage als de achillotrain kon en kan ook onder de functionele omschrijving niet onder de aanspraak vallen. Immers deze dient niet voor het compenseren van functieverlies van aderen of lymfevaten.

UB 21033120	Achillotrain is geen elastische kous in de zin van de regelgeving omtrent hulpmiddelen.
CVZ 11-03-2010 Zaaknr. 29129987	Bij het behandelen van <i>ulcus cruris venosum</i> met dubbellaags compressiekousen is sprake van het langdurig compenseren van het functieverlies van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, zoals bedoeld onder artikel 2.6, onder m, Rvz. Bovendien is het toepassen van deze kousen bij genoemde indicatie een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Ad b.

De aantrekhelp voor therapeutische elastische kousen, die ook als uittrekhelp gebruikt kan worden, valt onder de verzekerde prestatie. De aan- en uittrekhelp komt de effectiviteit van de compressietherapie ten goede en bespaart op de inzet van professionele dienstverlening. Gelet op de voordelen die de aan- en uittrekhelp dragers van therapeutische elastische kousen biedt en de bijdrage die dit hulpmiddel levert aan het behoud van de kwaliteit van de kous, moet de aanspraak niet worden beperkt tot de kousen met een hogere drukklasse. Voor de duurdere aan-/uittrekhelpmiddelen is een individuele beoordeling op zijn plaats, omdat een dergelijke aan- en uittrekhelp niet voor iedere gebruiker van therapeutische elastische kousen als doelmatige zorg kan worden aangemerkt.

De voorwaarde dat een aan-/uittrekhelp *altijd* dient ter vervanging van inzet van persoonlijke verzorging en dat dit moet blijken uit een CIZ-indicatie is niet juist. Als het CIZ zijn taak goed uitvoert, zal het geen indicatie afgeven voor persoonlijke verzorging, als deze alleen betrekking heeft op het aan- of uittrekken van elastische kousen en de verzekerde met een aan-/uittrekhelp zelfstandig zijn kousen kan aan-/uittrekken. Immers de Zvw is een voorliggende voorziening en in dat geval is een aan-/uittrekhelp aangewezen (en geen AWBZ-zorg).

Als het CIZ wél een indicatie heeft afgegeven, dan dient te worden nagegaan voor welke activiteiten de indicatie is afgegeven. Afhankelijk daarvan dient te worden bepaald of een aan-/uittrekhelp redelijkerwijs is aangewezen. Voor de vraag of *eenvoudige* aan-/uittrekhelpmiddelen kunnen worden verstrekt is het niet relevant of verzekerde bij het aan-/uittrekken hulp krijgt van zorgverleners. Met andere woorden, bij eenvoudige aan-/uittrekhelpen is het vergroten van de zelfredzaamheid niet per se aan de orde.

Veel oude mensen kunnen niet zelfstandig hun kousen aan- en uittrekken. Zij hebben – ondanks de beschikbaarheid van een eenvoudige aan- en uittrekhelp – nog steeds hulp nodig van zorgverleners. Aan- en uittrekhelpen zijn individuele (persoonsgebonden)

hulpmiddelen. Uit hygiënische overwegingen is het niet wenselijk dat een zorgverlener één aan-/uittrekhulp voor meerdere patiënten gebruikt (denk aan schimmelinfecties, wondjes of hudschilders). Niet alleen voor de zorgverlener maar ook voor de patiënt is het aangenamer als een aan-/uittrekhulp wordt gebruikt. Er behoeft immers minder kracht te worden gezet om de kousen aan- en uit te trekken. Tenslotte zullen de kousen bij gebruik van een aan-/uittrekhulp langer meegaan.

CVZ 25-03-2008 zaaknummer 28010052	Een lymfedrainage apparaat is een uitwendig hulpmiddel als beschreven in artikel 2.6, lid 1, onder m Rzv. Het is aldus een verzekerde prestatie. Indien een indicatie voor lymfedrainage aanwezig is (waarbij gelet moet worden op mogelijke contra-indicaties), kan een verzekerde aangewezen zijn op verstrekking van lymfedrainage apparatuur in de thuissituatie. Een dergelijke aanspraak bestaat indien, mede op grond van de CBO richtlijn, een combinatie van (klassieke) maatregelen niet slaagt.
CVZ 20-07-2007 zaaknummer 27036470	Een Dressbuddy dubbel (voor eenhandig gebruik) is een hulpmiddel voor het aantrekken van therapeutische elastische kousen. Een Easy Caran is eveneens een aantrekhulpmiddel, namelijk een glijhoes waar overheen de therapeutische elastische kous wordt aangetrokken.
RZA 2006, 74 CVZ 21-03-2006	Geen aanspraak op AWBZ-zorg als verzekerde kan volstaan met gebruik van een kousenuittrekhulpmiddel. Dit hulpmiddel valt onder de Rzv. Als verzorgenden een verzekerde uitsluitend voor het aan- en uittrekken van de kousen bezoeken, dan kan een duur hulpmiddel, waarmee verzekerde dit zelfstandig kan doen, doelmatig zijn, omdat daarmee de inzet van thuiszorg vervalt. Verzekerde is een zelfstandig wonende vrouw voor wie het aan- en uittrekken zonder hulpmiddelen problemen oplevert. Onderzocht moet worden of zij het hulpmiddel Ort-O-Mate nodig heeft of dat kan worden volstaan met eenvoudiger hulpmiddelen.
RZA 2005, 3 CVZ 17-12-2004	Verzekerde heeft een Ort-O-Mate aangevraagd, een gemotoriseerd uittrekapparaat voor elastische kousen. In een verzorgingshuis kan een verzekerde geen <i>aanspraak</i> maken op een hulpmiddel ten laste van de AWBZ, aangezien er geen sprake is van de combinatie verblijf en behandeling. Ook kan de Ort-O-Mate niet als (standaard) outillage worden aangemerkt. Verzekerde, die een indicatie heeft voor persoonlijke verzorging, heeft wel aanspraak op hulp bij het uittrekken van de kousen ten laste van de AWBZ. De Ort-O-Mate valt onder de in artikel 2.6, lid 1, onder m Rzv omschreven hulpmiddelen en is dus een te verzekeren prestatie. Verzekerde kan niet met een eenvoudiger uittrekhulp volstaan en heeft medisch gezien een indicatie voor het apparaat. Echter uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is verzekerde in casu hierop niet aangewezen, aangezien de verzorging bij verzekerde – desnoods 's avonds laat – de kousen kan uittrekken. In de thuissituatie zal dit afhankelijk van de omstandigheden mogelijk anders liggen.

Ad c.

Omdat het recht op therapeutisch elastische kousen functiegericht is omschreven, is het in principe mogelijk de compressieapparatuur onder deze aanspraak te laten vallen.

Als aanbeveling komt uit de CBO-richtlijn "lymfoedeem" naar voren dat het op medische gronden niet wenselijk is om pneumatische compressietherapie toe te passen in de thuissituatie. Uit informatie van de Stichting Werkgroep Lymfoedeem blijkt dat het gevaar van toepassing thuis is, dat verzekerden de druk te hoog opvoeren, waardoor de lymfvaten beschadigd raken met alle gevolgen van dien.

Omdat pneumatische compressietherapie moet worden toegepast in een speciaal centrum, zoals bij voorbeeld een ziekenhuis, valt deze therapie onder het recht op medisch specialistische zorg.

In uitzonderlijke gevallen kan het noodzakelijk zijn de compressieapparatuur thuis toe te passen. Volgens de Stichting Werkgroep Lymfoedeem is een zeer kleine groep van lymfoedeempatiënten hiervoor geïndiceerd. De functiegerichte omschrijving biedt de mogelijkheid de compressieapparatuur in uitzonderlijke situaties op grond van de Regeling te verstrekken. Als sprake is van langdurige toepassing van pneumatische compressietherapie in de thuissituatie, moet op basis van de CBO-richtlijn worden beoordeeld of verzekerde redelijkerwijs naar inhoud en omvang op de apparatuur is aangewezen (artikel 2.1, lid 3 Bzv).

Compressietherapie voor andere doeleinden, bijv. het voorkomen of behandelen van littekenweefsel valt niet onder de onderhavige aanspraak. (Het recht op drukpakken is ook uit de Rzv gehaald; drukpakken kunnen onderdeel zijn van een medisch-specialistische behandeling; zie de Circulaire 02/57 van het CVZ van 18 december 2002).

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

De Rzv bevat als medische indicatievoorwaarde dat de toepassing van deze hulpmiddelen noodzakelijk moet zijn voor het langdurig compenseren van functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe.

RZA 2004, 129 CVZ 25-08-2004	Aanspraak op compressietherapie bestaat slechts indien, mede op grond van de CBO Richtlijn, een combinatie van maatregelen: manuele lymfedrainage, zwachtelen (korte rekwachtels), therapeutische elastische kous(en) niet slaagt. In dit geval is met manuele lymfedrainage, zwachtelen en therapeutische kous(en) ondersteund door kortdurende compressietherapie een gunstig resultaat bereikt. De arm is hierdoor in omvang afgenomen. Gelet op het advies van de medisch adviseur is het thuis ter beschikking stellen van de Lymfapress® onder die omstandigheden redelijkerwijs niet aangewezen.
CVZ 24-12-2004 Zaaknummer 24077861	Bij het dragen van kousen bij zwangerschap is niet aan de orde dat de elastische kousen onderdeel zijn van een medische behandeling, tenzij er sprake is van een spataderoperatie. Het is bij zwangerschap aanneemelijk dat het gaat om langdurig compenseren van functieverlies van aderen, wanneer de door de behandelaar vastgestelde ernst van de varicosis leidt tot het in de periode van de zwangerschap en de eerste weken daarna aanmeten van kousen met drukklasse 2. Met de functionele omschrijving in artikel 2.6, lid, onder m Rzv is niet is bedoeld de aanspraak zoals die voorheen gold te beperken.

<p>CVZ 24037070 18-08-2004</p>	<p>Het AV-Impulse systeem is geen hulpmiddel dat valt onder de uitwendige hulpmiddelen van artikel 2.6, lid 1, onder m Rzv. Het AV-Impulse systeem maakt gebruik van kleine drukmanchetten die slechts de voet en enkel omvatten. Het heeft een antitrombotische werking, hetgeen een intact veneus systeem veronderstelt. Bij chronisch lymfoedeem kan naast de therapie met zwachtels of kousen eventueel compressieapparatuur aanvullende ondersteuning bieden om het oedeem in de (gehele) extremiteit te verminderen. Het AV-Impulse systeem werkt echter alleen op een heel beperkt gebied. Behandeling met de AV-impulse bij andere soorten oedeem, zoals reactief oedeem, is <i>mogelijk</i> gebruikelijke medisch-specialistische zorg.</p>
<p>CVZ 24014589 06-09-2004</p>	<p>De Motomed, een motor-aangedreven bewegingstrainer, is geen hulpmiddel dat valt onder de uitwendige hulpmiddelen van artikel 2, lid 1, sub m van de Regeling. Hoewel de veneuze circulatie bij verzekerde enigermate wordt gestimuleerd en het lymfevocht ook beter wordt afgevoerd, moet dit als een neveneffect worden gezien. De 'intended use' van de bewegingstrainer is, anders dan bij compressieapparatuur, niet primair gericht op behandeling van aderen en lymfevaten.</p>
<p>UB 21025807</p>	<p>De aandoening erysipelas is een indicatie waarbij een druk van tenminste 33 hectopascal noodzakelijk is.</p>

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Ingeval er sprake is van vervanging van een kous, dient de verzekeraar eerst vast te stellen of de kous nog voldoende druk uitoefent. Als dat binnen de normale vervangingstermijn niet het geval is, is het van belang om de oorzaak van de slijtage te achterhalen. Oorzaak kan zijn een verkeerde soort kous, maar ook verkeerd onderhoud. De zorgverzekeraar dient ervoor zorg te dragen dat verzekerde goed geïnstrueerd is ten aanzien van het onderhoud.

Verstrekking van hulpmiddelen om de verstrekte elastische kousen goed te gebruiken en te laten functioneren, zoals de aan- en uittrekhulp, kan met name doelmatig zijn.

<p>BZ-00-4834</p>	<p>Aannemelijk dat functionaliteit van kousen door effect van pneumatische compressietherapie (lymfapress) niet meer voldoende is, zodat vervanging is aangewezen; daarnaast is onderzoek nodig hoe schadelijke invloed van zalftherapie op de kousen kan worden voorkomen.</p>
-------------------	---

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem, artikel 2.6, sub n Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub n Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: zelfmeetapparatuur van bloedstollingstijden

Vanaf 1 januari 2011 wordt in de Rzv niet langer 'zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden' als te verzekeren prestatie genoemd, maar wordt in artikel 2.6, onder n, gesproken van '*uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem*'.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

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

In de nieuwe omschrijving wordt in termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gesproken van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem. Onder het hematologisch systeem verstaat de ICF de functies gerelateerd aan:

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

Onder deze functiegerichte omschrijving valt de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. Deze zorg wordt in het algemeen verzorgd door trombosediensten. De zelfmeetapparatuur kan ter beschikking worden gesteld aan mensen die langdurig met orale antistollingsmiddelen moeten worden behandeld (>6 maanden tot levenslang) en aan mensen die door hun werkzaamheden niet in staat zijn om zich bij trombosediensten te laten controleren. Mogelijke toebehoren bij deze apparatuur zijn de bij de apparatuur behorende teststrips, een vingerpriksysteem met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole. Het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen en het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling vallen ook onder de te verzekeren prestatie. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden (artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering). De verzekerde die op de zelfmeetapparatuur voor stollingstijden van het bloed is aangewezen, heeft eveneens recht op de daarbij behorende zorg.

Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, artikel 2.6, sub o Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub o Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: diabetes hulpmiddelen

Vanaf 1 januari 2011 wordt in de Rzv niet langer 'diabeteshulpmiddelen' als te verzekeren prestatie genoemd', maar wordt in artikel 2.6, onder o, gesproken van 'uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel'.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

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

De functiegerichte omschrijving in het per 1 januari 2011 geldende nieuwe onderdeel o betreft de diabeteshulpmiddelen. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de injectiepenningen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de bloedglucosemeter inclusief de noodzakelijke teststrips inclusief eventuele noodzakelijke toebehoren.

Indien een verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een niet-aangepaste uitvoering van bijvoorbeeld een bloedglucosemeter, heeft een verzekerde aanspraak op een aan de handicap aangepaste bloedglucosemeter. Ketonen teststrips maken geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving, maar van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Er is dus sprake van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie. Ook continue bloedglucose monitoring (CGM) valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden', voor zover deze interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

CVZ 21-01-2004 Zaaknummer 23079690	Een bh-beschermhoes in plaats van standaard beschermhoes voor een insulinepomp is onnodig kostbaar. Het valt niet onder 'toebehoren' bij een draagbare, uitwendige infuuspomp.
--	--

RZA 1997, 116 ZFR 18-07-1997	Leren in plaats van kunststoffen beschermhoes voor insulinepomp is onnodig kostbaar. Het valt niet onder 'toebehoren' bij een draagbare, uitwendige infuuspomp.
RZA 1993, 110 ZFR 28-05-1993	Implanteerbare insulinepomp niet vermeld op limitatieve lijst van hulpmiddelen; wel aanspraak als onderdeel van de verstrekking 'opneming en verder verblijf in ziekenhuis'.
RZA 1988, 6 ZFR 01-12-1987	Aanspraak op 'hulpmiddelen voor zelfcontrole van diabetes-patiënten' in een aan een handicap aangepaste uitvoering bestaat slechts indien verzekerde tengevolge van een verminderd gezichtsvermogen dan wel een ernstige motorische handicap redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in normale uitvoering. In casu is hier geen sprake van.
CVZ 01-11-2010 Zaaknummer 28118088	<p>CGM valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden' en niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.</p> <p>Het CVZ concludeert dat er patiëntengroepen bestaan waarbij langdurige therapeutische toepassing van (real-time) CGM zinvol is. Voor deze patiëntengroepen voldoet deze interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk wanneer de indicatiestelling en de toepassing van CGM op geprotocolleerde wijze plaatsvindt.</p> <p>Het betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kinderen met diabetes type 1; - volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol)); - zwangere vrouwen met bestaande diabetes.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Op dit moment voldoet de behandeling van diabetes door middel van zelfcontrole aan de stand van de wetenschap en praktijk bij onderstaande indicaties:

1. er sprake is van suikerziekte die met insuline wordt behandeld (type 1)
2. indien de suikerziekte nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen (zie ook RZA 2000, 6).
3. langdurige zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

CVZ 20-09-2010 Zaaknr. 2010004436	Naar aanleiding van de Pakketscan diabetes heeft het CVZ een herbeoordeling uitgevoerd van de effectiviteit van zelfcontrole bij mensen met type 2 diabetes die geen insuline gebruiken. Gezien het feit dat het CVZ de significante verbetering op het HbA1c gehalte in het bloed niet klinisch relevant acht en er in recente RCT's (van goede kwaliteit) ongewenste neveneffecten gevonden zijn, is het CVZ van mening dat langdurige zelfcontrole bij mensen met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
--	---

Ad. 2. Het is noodzakelijk om de medische informatie in de aanvraag te toetsen met betrekking tot het aantal tabletten dat door betrokkene gebruikt wordt en de daarmee bereikte instelling. Indien maximale dosering (Farmacotherapeutisch Kompas) niet

mogelijk is door contra-indicaties dient dit te worden beargumenteerd. Indien deze informatie niet aanwezig is kan geen goede beoordeling plaatsvinden. Voor de beoordeling van het uitbehandeld zijn wordt uitgegaan van twee standaarden, de NHG-standaard en het Farmacotherapeutisch Kompas. Hierin staan de maximale doseringen voor orale anti-diabetica vermeld waarna de behandelaar een behandeling met insuline kan overwegen.

AWB 05/495 ZFW G V05 Rb Groningen 19-04-2006	Verzekeraar heeft medisch onderzoek niet meegenomen in beslissing. Voorts dient er bij de toepassing van categorieën ruimte te blijven voor afwijking in individuele gevallen. Gekeken dient te worden naar de (geobjectiveerde) individuele behoefte van eiseres en met hoeveel strips in haar individuele situatie een adequaat functionerend hulpmiddel wordt verstrekt.
AWB 05/2090 ZFW Rb Roermond 21-06-2006	Bij eiseres is sprake van o.a. schommelende suikerspiegel. De rechtbank oordeelt dat er formeel geen aanspraak bestaat op diabetesteststrips daar er geen sprake is van suikerziekte die met insuline wordt behandeld of suikerziekte waarbij de behandeling met insuline wordt overwogen of suikerziekte die nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen.
RZA 2004, 6 CVZ 19-12-03	Operationalisering van begrip "nagenoeg uitbehandeld" bij aanspraak op diabetesteststrips. Er bestaat ook aanspraak op diabetesteststrips als de suikerziekte nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikergehalte verlagende middelen. Hiermee werd beoogd om tijdelijk gebruik van diabetesteststrips beschikbaar te stellen om voor bepaalde patiëntengroepen insulinebehandeling zo lang mogelijk uit te stellen. Het betreft patiënten met maximale dosering orale bloedsuikerverlagende middelen en patiënten die behandeld zijn volgens de NHG-standaard, maar desondanks aantoonbaar niet goed zijn ingesteld.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

In de tot 1 januari 2006 geldende Regeling hulpmiddelen 1996 stond in artikel 20, lid 1, sub d dat de verzekerde ook recht heeft op de noodzakelijke voorlichting over het doelmatig gebruik van de teststrips. Dit om doelmatig gebruik van teststrips te bevorderen. In artikel 2.20 Rzv is dit weggelaten, maar uit de toelichting bij artikel 2.6 van de Rzv blijkt dat het uitgangspunt bij de verstrekking van hulpmiddelen is dat de zorgverzekeraars een hulpmiddel gebruiksklaar dienen af te leveren. Immers, artikel 2.9 Bzv bepaalt dat het gaat om *functionerende* hulpmiddelen. Een hulpmiddel is gebruiksklaar als het werkt en de verzekerde weet hoe hij met het hulpmiddel moet omgaan. Dit betekent dat de gebruikersinstructie onderdeel is van het hulpmiddel.

Er bestaat recht op extra teststrips indien een verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Uit informatie van een arts of specialist zal deze noodzaak voor extra teststrips moeten worden aangetoond.

RZA 2002, 154 CVZ 21-06-2002	Verzekerde krijgt insuline toegediend via een insulinepomp. Verzekerde is slechthorend en hoort het alarmsignaal van de verstrekte insulinepomp niet. Aangevraagd wordt een insulinepomp met een extra trilfunctie. Hierbij is artikel 2a, eerste lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) van belang. Gelet op de doofheid van verzekerde beschikt verzekerde niet over een adequaat hulpmiddel. Verzekerde is op grond van voornoemd artikel redelijkerwijs aangewezen op een insulinepomp met trilfunctie, mits de trilfunctie sterk genoeg is om hem uit zijn slaap te wekken. (nb.: de doelmatigheidstoets van artikel 2a, eerste lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is vanaf 1 januari 2006 verwoord in artikel 2.1, lid 3 Bzv: een verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg of een dienst indien hij daarop naar aard en inhoud redelijkerwijs is aangewezen).
21055375 CVZ 27-02-2002	Verzekerde komt niet in aanmerking voor de gevraagde extra teststrips omdat niet aannemelijk is gemaakt dat verzekerde niet kan uitkomen met de reeds verstrekte hoeveelheid teststrips.

Draagbare uitwendige infuuspompen, artikel 2.22 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1, 2.8 en 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub p en artikel 2.22 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de draagbare uitwendige infuuspompen zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22

Artikel 2.22

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel p, omvatten draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van insuline.

Ddraagbare uitwendige infuuspompen voor insuline vallen onder de hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel als omschreven in artikel 2.6, onder o, Rzv.

Volgens de toelichting op artikel 2.22 worden tot toebehoren van de infuuspompen onder meer gerekend fixatiemateriaal, desinfectantia, verbindingsslangetjes en naalden. Bij de eerste aanschaf behoren ook de batterijen, maar deze kunnen niet voor rekening van de zorgverzekering worden vervangen.

Implanteerbare infuuspompen vallen niet onder de hulpmiddelenzorg, maar onder de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

Schoenvoorzieningen, artikel 2.23 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub q en artikel 2.23 en bijlage 3, onder 7 Rzv
- Artikel 2.33, vijfde en zesde lid, Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de schoenvoorzieningen zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

q. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen als omschreven in artikel 2.23

Artikel 2.23

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel q, omvatten:*
 - a. *verbandsschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 7, van deze regeling;*
 - b. *allergeenvrije schoenen, indien er sprake is van een allergie.*

Artikel 2.33 de eigen bijdragen:

(...)

5. *Indien de aanschaffingskosten van verbandsschoenen hoger zijn dan € 149, bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.*
6. *De eigen bijdrage voor allergeenvrije schoenen bedraagt:*
 - a. *€ 137,50 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 331,50;*
 - b. *€ 69 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 263.*

Toelichting

Artikel 2.23, eerste lid, algemeen

De aanspraak op schoenvoorzieningen omvat zowel de verschaffing van verbandsschoenen als van allergeenvrije schoenen.

Artikel 2.23, eerste lid, onderdeel a

De verschaffing van verbandsschoenen gaat uit van fabrieksmatig vervaardigde verbandsschoenen.

Artikel 2.23, eerste lid, onderdeel b

Allergeenvrij schoeisel wordt voorgeschreven aan patiënten die als gevolg van een bepaalde allergie geen gewoon confectieschoeisel kunnen verdragen. Het gaat in principe om in serie vervaardigd allergeenvrij schoeisel.

Artikel 2.33, vijfde en zesde lid

Het vijfde lid betreft de maximum vergoeding voor verbandschoenen die onder de in artikel 2.23, onderdeel a, omschreven hulpmiddelen vallen.

Het zesde lid betreft de eigen bijdrage voor allergeenvrije schoenen die onder de in artikel 2.23, onderdeel b, omschreven hulpmiddelen vallen.

Verbandschoenen zijn schoenen die speciaal gemaakt zijn voor voeten die tijdelijk 'in het verband' zitten. Indien ze op maat worden gemaakt, wordt met de voet in het verband de maat opgenomen. De Rzv gaat overigens uit van fabrieksmatig vervaardigde schoenen, maar ook de individueel vervaardigde verbandschoen een verstrekking is. Door uitsparingen in supplement en/of in de zool worden ulceraties (verzweringen) en drukpijnlijke plekken geheel drukvrij gehouden. Geringe orthopedische aanpassingen zijn mogelijk, maar de schoen geeft niet veel steun of stabiliteit. De schoen is bij ulcera en postoperatief bedoeld om de patiënt zo snel mogelijk te mobiliseren. Kort gezegd is een verbandschoen een tijdelijke voorziening bestemd voor snelle mobilisatie als nog geen definitieve schoenvoorziening mogelijk is.

Bij allergeenvrije schoenen gaat het in principe om in serie vervaardigd allergeenvrij schoeisel.

Voor verbandschoenen geldt een maximumvergoedingsbedrag. De prijs van fabrieksmatig vervaardigde verbandschoenen blijft in het algemeen onder dit maximaal voor rekening van de verzekering komende bedrag.

Aan de eigen bijdrage voor allergeenvrije schoenen ligt het besparingsmotief ten grondslag. Immers, iedereen zal regelmatig schoenen moeten aanschaffen. Het is daarom billijk dat ook verzekerden die aangewezen zijn op allergeenvrije schoenen, een vergelijkbaar bedrag in de aanschaffingskosten van deze schoenen verschuldigd zijn.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Verbandschoenen

Indicaties voor verbandschoenen zijn volgens bijlage 3, onder 7:

- huiddefecten
- huidulcera
- sensibiliteits- en circulatiestoornissen aan de voet
- in de herstelperiode na partiële amputaties
- traumatische beschadigingen aan de voet
- operatieve ingrepen aan de voet

Het komt nogal eens voor dat de aanvragende arts de indicatie van de verzekerde niet of onvoldoende heeft gespecificeerd. De zorgverzekeraar dient dan informatie bij de behandelaar(s) op te vragen om te onderzoeken of verzekerde een van de indicaties uit bijlage 3, onder 7 heeft.

CVZ 16-12-2002 Zaaknummer 22045045	Nader onderzoek nodig bij onduidelijkheid over de indicatie (er was sprake van terminale nierinsufficiëntie die mogelijk de oorzaak was van een sensibele polyneuritis en/of circulatiestoornissen).
---	--

Voor verbandschoenen geldt een maximale vergoedingslimiet, die volgens de toelichting is gebaseerd op fabrieksmatig vervaardigde verbandschoenen.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

BZ 00-0099	Een hakverhoging aan een verbandschoen is te beschouwen als een wijziging van dit hulpmiddel in de zin van artikel 2, lid 2 Regeling hulpmiddelen 1996 (oud). Verzekerde heeft aanspraak op een adequate verbandschoen.
BZ 00-4235	Hygiëne is zeer belangrijk bij het gebruik van verbandschoenen. In deze zaak was sprake van een dermate grote afgifte van wondvocht en bloed aan het verband dat de verbandschoenen zo vaak gewassen dienden te worden dat verstrekking van een reservepaar doelmatig werd geacht, hetgeen dus uitzonderlijk is.

Allergeenvrije schoenen

De indicatie voor allergeneenvrije schoenen is een door de huidarts vastgestelde allergie, die door deze bij de aanvraag aangegeven dient te worden. Een contactallergisch onderzoek moet uitwijzen welke stof in het confectieschoeisel een allergische reactie geeft.

Er geldt een eigen bijdrage regeling conform de orthopedische schoenen, waarnaast bovendien een bovengrens bestaat tot welke de zorgverzekeraar vergoedt.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud) zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven.

RZA 2002, 42 CVZ 24-01-2002	Nu verzekerde geen reservepaar allergeneenvrije schoenen heeft, beschikt verzekerde niet over een te allen tijde adequaat hulpmiddel, indien verzekerde gezien haar allergie redelijkerwijs alleen gebruik kan maken van allergeneenvrij schoeisel.
BZ 00-0310	Voor een tweede paar allergeneenvrije schoenen in verband met werk werd verwezen naar de wet WIA.

Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding, artikel 2.24 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub r en artikel 2.24 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de hulpmiddelen voor het toedienen van voeding zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24

Artikel 2.24

- 2. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel r, omvatten, indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:*
 - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;*
 - b. uitwendige voedingspompen met toebehoren;*
 - c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding.*
 - d. (vervallen)*
- 3. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.*

De verschaffing van de middelen genoemd onder b en d omvat tevens de batterijen of accu's en oplaadapparatuur behorende bij de eerste aanschaffing. De verschaffing omvat niet de kosten van de voedings-, genees- of verbandmiddelen.

De toelichting vermeldt uitdrukkelijk dat het moet gaan om toepassing van de middelen in de thuissituatie. Waar bij toebehoren aan gedacht moet worden staat in de toelichting.

Sinds de Rzv geldt, is een sonde in de thuissituatie een verstrekking en zijn oneigenlijke toepassingen/interpretaties niet meer aan de orde.

RZA 2003, 79 CVZ	Een PEG sonde (waarmee voeding wordt toegediend) is niet aan te merken als een niet-klinisch ingebrachte sonde, noch als uitwendig toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding (maar wel als injectiespuit op grond van artikel 2.19 Rzv).
RZA 1993, 82	De Centrale Raad oordeelde dat een sonde niet als katheter kon worden aangemerkt.
RZA 1989, 201	Injectiespuiten mogen ook voor sondevoeding worden gebruikt.

BZ-00-0487	Een elektrische borstkolf is geen apparatuur voor het toedienen van voeding en kan daarom niet als uitwendige voedingspomp worden beschouwd.
------------	--

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken, artikel 2.6, sub s Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub s, Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 3 Bzv).

Functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg: diabetes hulpmiddelen

Vanaf 1 januari 2012 wordt in de Rzv niet langer 'spraakvervangende hulpmiddelen' als te verzekeren prestatie genoemd', maar wordt in artikel 2.6, onder s, gesproken van 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken'.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

Onder deze categorie hulpmiddelen vallen onder meer letter- of symbolensets en -borden, draagbare communicators (zowel voor schrift als spraak), luisterhoorns en luisterslangen. Er bestaan twee verschillende technieken voor opslag en uitvoer van spraak: gedigitaliseerde spraak en de synthetische spraaktechniek. Hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid (stemprothesen of spraakversterkers) vallen vanaf 1 januari 2010 onder artikel 2.8 van de Rzv.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Doelgroep voor apparatuur met spraakuitvoer zijn verzekerden die niet met behulp van spraak kunnen communiceren. De meest urgente groep van spraakgehandicapten die voor deze voorziening in aanmerking komen, zijn spraakgehandicapten die buiten de spraakuitvoerapparatuur eigenlijk geen alternatieve mogelijkheid hebben om op een adequate manier te communiceren.

RZA 2004, 117 Beroepsce WTZ 17 maart 2004, nr. 0419	Nu sprake is van een ernstige spraakhandicap bestaat aanspraak op spraakvervangende hulpmiddelen. Het computerprogramma c.q. communicatiesysteem Mind Express kan tot deze aanspraak worden gerekend.
---	---

RZA 1998, 124 ZFR 21-07-1998	Bij een ernstige spraakhandicap bestaat aanspraak op een Canon light-writer (draagbare communicator, die visuele tekst produceert en eventueel kan worden aangesloten op een spraaksynthesizer) als spraakvervangende apparatuur.
------------------------------------	---

Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering, artikel 2.26 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub t en artikel 2.26, sub a Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 3 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de daisyspelers en –programmatuur voor dyslectici en voor persoonlijke alarmeringsapparatuur zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26

Artikel 2.26

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

- (vervallen);*
- (vervallen);*
- (vervallen);*
- (vervallen);*
- (vervallen);*
- (vervallen);*
- opname- en voorleesapparatuur, zijnde daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici.
- (vervallen);*
- (vervallen);*
- signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - (vervallen);*
 - persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Toelichting

Artikel 2.26

Artikel 2.26 is gewijzigd in verband met de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie en de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Dit betekent dat de onderdelen a tot en met f, h en i, en j, 1° zijn vervallen. De onderdelen c, e en i waren al per 1 januari 2012 vervallen in verband met de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie en hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken.

- ***onderdeel g***

Voor het afspelen van het digitaal gesproken boek is een speciale CD-romlezer nodig of een computer met een uitleesprogramma (programmatuur) gebaseerd op een internationaal geaccepteerde standaard voor verwerking en afspelen van digitaal opgenomen gesproken lectuur, het zogenoemde digital audiobased information system (daisy). De daisy-speler is een draagbare CD-romspeler die niet vervangen kan worden door een reguliere CD-romspeler. Er is daisy-apparatuur in verschillende prijsklassen, voorzien van verschillende functionaliteiten. Voor het lezen van ontspannende lectuur hoeft men in het algemeen geen gebruik te maken van indexmogelijkheden, waardoor men kan volstaan met eenvoudige apparatuur. Voor het raadplegen van naslagwerken is meestal een uitgebreider apparaat nodig.

Met de daisy-software kan op een normale PC, voorzien van speciale in- en uitvoerapparatuur voor blinden, het gesproken boek worden weergegeven.

De daisy-speler en daisy-software zijn geïndiceerd voor motorisch gehandicapten en voor dyslectici.

Als een daisy-speler overwegend nodig is voor het volgen van onderwijs of voor het werk moet deze op grond van de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten bij het UWV worden aangevraagd.

- ***onderdeel j,***

* *subonderdeel 2*

De hier bedoelde apparatuur bestaat uit een draagbare, draadloze noodschakelaar waarmee in noodsituaties een telefoonkiesautomaat in werking kan worden gesteld. Deze automaat legt contact met patiënten of een 24-uurs bemande centrale, die op hun beurt een hulpverlener inschakelen voor daadwerkelijke assistentie. Het doel van de alarmeringsapparatuur is zelfstandig wonen mogelijk te maken voor personen die sociaal redzaam zijn en redzaam zijn in de algemeen dagelijkse levensverrichtingen, maar als gevolg van ziekte of gebrek een verhoogd risico lopen in een nood situatie terecht te komen.

De apparatuur kan worden verstrekt aan gehandicapten:

- voor wie een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen;
- die bovendien gedurende langere tijd op zichzelf zijn aangewezen;
- en van wie men niet kan verwachten dat ze in een nood situatie de telefoon zelfstandig kunnen bedienen.

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendoed valt niet onder de onderhavige apparatuur.

Daisy (Digital Audiobased Information SYstem) spelers of daisyprogrammatuur voor dyslectici

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, sub t en artikel 2.26, sub g Rzv

Ten aanzien van geschillen over de verstrekking van daisyspelers aan schoolgaande kinderen met dyslexie is het volgende van belang.

De vergoeding van leermiddelen voor dyslectici op grond van de wet REA (nu: WIA) is door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, met terugwerkende kracht vanaf 23 augustus 2003, uitdrukkelijk uitgesloten (Besluit van 4 november 2003 tot wijziging van het Reïntegratie-instrumentenbesluit Wet REA, Staatsblad 2003, 463). Bedoeld worden onder meer daisyspelers. De daisyspeler wordt geacht te behoren tot het domein van de wet WIA voorzover primair aangevraagd als leermiddel. Nu deze aanvragen niet meer door het UWV worden gehonoreerd, komen deze vaak bij de zorgverzekeraars terecht. De vergoeding van daisyspelers en daisyprogrammatuur voor kinderen die een daisyspeler nodig hebben voor het volgen van (basis)onderwijs vormt aldus een knelpunt. Naar aanleiding van deze – reeds langer bestaande – domeindiscussie heeft het CVZ in het Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 (ook te raadplegen via www.cvz.nl) de minister van VWS geadviseerd een interdepartementaal traject te starten om samen met de ministeries van OCW en SZW na te gaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen – waaronder de daisyspeler – voor dyslectici kan worden verbeterd en daarmee het onderwijs aan deze doelgroep.

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De omvang wordt verder bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 3 Bzv).
- In de Rzv is (deels limitatief en deels functiegericht) omschreven op welke hulpmiddelen aanspraak bestaat en aan welke indicaties – indien van toepassing – verzekerde moet voldoen.

Daisyspelers

Recht op een daisyspeler bestaat voor dyslectici bij wie behandeling van de dyslexie niet succesvol is gebleken (circulaire 02/57 van het College d.d. 18 december 2002 inzake de Wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996). Zulks wordt *niet* vermeld in de Rzv zelf, noch in de officiële artikelsgewijze toelichting, doch vloeit voort uit de algemene indicatievoorwaarde van artikel 2.1, derde lid Bzv waarin is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Wanneer een daisyspeler wordt aangevraagd voor onderwijsdoeleinden zal deze dikwijls ook thuis gebruikt worden voor andere doeleinden, ook al zal dat niet altijd door de verzekerde worden aangegeven. In sommige gevallen zal niet duidelijk zijn of de speler primair voor het onderwijs of voor thuis wordt aangevraagd. Het College raadt aan om in de gevallen waarin duidelijk is dat daisyspeler hoofdzakelijk voor onderwijsdoeleinden wordt aangevraagd – en niet hoofdzakelijk voor een ander doel, bijvoorbeeld om thuis boeken te lezen die passen in de interessewereld van verzekerde – de aanvraag primair af te wijzen op de grond dat de verstrekking van een daisyspeler als leermiddel tot het

domein van de wet WIA behoort. Het is dan geen verstrekking op grond van de Zwv. Vergoeding van leermiddelen voor dyslectici op grond van de wet WIA is overigens, zoals hierboven al werd opgemerkt, per 23 augustus 2003 uitdrukkelijk uitgesloten.

Wanneer een verzekerde de daisyspeler niet hoofdzakelijk als leermiddel gaat gebruiken dient de zorgverzekeraar te toetsen of de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het CVZ heeft op 30 juli 2007 het Rapport "Dyslexie: van zorg verzekerd?" uitgebracht. Er is een 'Protocol behandeling' opgesteld voor kinderen met ernstige dyslexie. De eindverantwoordelijkheid van de diagnostiek en behandeling volgens dit protocol ligt bij een psycholoog of orthopedagoog. Deze heeft een tweejarige postacademische opleiding doorlopen en is bij de overheid of de beroepsvereniging(en) geregistreerd als GZ-psycholoog (VWS), kinder- en jeugdpsycholoog (NIP) of orthopedagoog-generalist (NVO). Het protocol leent zich ervoor om multidisciplinair te werken. Er kunnen dus ook andere beroepsgroepen een rol spelen in het diagnose- of behandeltraject. Zij vallen dan onder de verantwoordelijkheid van een GZ-psycholoog of een orthopedagoog op het niveau van GZ-psycholoog.

Als deze benadering ook bij het voorschrijven van daisyspelers wordt gevolgd dan is het niet per se noodzakelijk dat er een verklaring komt van een multidisciplinair instituut. Belangrijk is dat de verklaring – dat sprake is van uitbehandelde dyslexie – wordt afgegeven door een GZ-psycholoog of orthopedagoog die al dan niet verbonden is aan een dergelijk instituut.

CVZ 17-02-2005 Zaaknummer 24086418	Wanneer een daisyspeler in verband met dyslexie wordt aangevraagd, moet eerst vastgesteld worden dat er echt sprake is van dyslexie. Vervolgens dient beoordeeld te worden of de daisyspeler hoofdzakelijk als leermiddel wordt aangevraagd. Een daisyspeler die <i>hoofdzakelijk</i> als leermiddel wordt aangevraagd behoort tot het domein van de wet WIA (vergoeding in 2003 uitdrukkelijk uitgesloten) en is geen ziekenfonds-verstrekking. Indien dit niet duidelijk is, doordat de verzekerde andere gebruiksdoelen aangeeft, wordt toegekomen aan de beoordeling of verzekerde uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op een daisyspeler ten laste van de ziektekostenverzekering is aangewezen.
CVZ 21-07-2004 Zaaknummer 24015894	Bij een verstandelijke handicap kan nooit worden gesproken van dyslexie. De diagnose (en de definitie) dyslexie veronderstelt normale verstandelijke vermogens, op grond waarvan men zou verwachten dat normaal lezen mogelijk is. Met andere woorden: bij dyslexie gaat het om een geïsoleerde stoornis in het woordbeeld bij normale verstandelijke vermogens.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten

Het gaat om persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Volgens de toelichting op artikel 2.26, sub j, onderdeel 2 van de Rzv [hierna: de Regeling] bestaat de bedoelde apparatuur uit een draagbare draadloze noodschakelaar waarmee men in noodsituaties een telefoonkiesautomaat in werking kan stellen. Deze automaat legt contact met patiënten of een 24-uurs bemande centrale, die op hun beurt een hulpverlener inschakelen voor daadwerkelijke assistentie.

Alle andere apparatuur – zoals bijvoorbeeld insult-alarmapparatuur voor epileptici, brandalarm, rookdetectors, insuline-alarm, monitorsystemen, intercom, babyfoon of vergelijkbare apparatuur waarmee alarm geslagen kan worden – worden op grond van de

Zorgverzekeringwet en de Regeling niet verstrekt. Ook bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood valt niet onder de aanspraak.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur is bedoeld om het zelfstandig wonen mogelijk te maken voor personen die sociaal en adl-redzaam zijn, maar als gevolg van ziekte of gebrek een verhoogd risico lopen in een noodsituatie terecht te komen.

De bovengenoemde andere middelen, anders dan de persoonlijke alarmeringsapparatuur zoals bedoeld in de Regeling, zijn over het algemeen bedoeld voor een geheel andere doelgroep dan die waarvoor persoonlijke alarmeringsapparatuur volgens de toelichting op artikel 2.26, sub j, onderdeel 2 van de Regeling is bestemd.

CVZ 23-06-2005 Zaaknummer 24108711	CareCops kan gelet op de functionaliteit worden aangemerkt als persoonlijke alarmeringsapparatuur.
RZA 2004, 92 CVZ 26 mei 2004	MY-SOS is te beschouwen als persoonlijke alarmeringsapparatuur, maar gezien de geavanceerde functies bedoeld voor andere situaties dan beoogd met de Rzv.
RZA 1999, 185 RB Leeuwarden 05-10-1999	Een camera met monitor is geen persoonlijke alarmeringsapparatuur en dus géén verstrekking in de zin van de Rzv.
10/ 1999, BZ-99-1093	Bewakingsapparatuur. De ISO-classificatie 1998 onderscheidt persoonlijke alarmeringssystemen naast andere bewakingssystemen en apparatuur. Gelet op de Toelichting is bewakingsapparatuur geen persoonlijke alarmeringsapparatuur in de zin van de Rzv.
RZA 1999, 103 18-06-1999	Saturatiemeter (bewakingsmonitor) is geen persoonlijke alarmeringsapparatuur in de zin van de Rzv.
RZA 1999, 61 ZFR 19-03-1999	Een epilepsiedetector voldoet niet aan de omschrijving van de persoonlijke alarmeringsapparatuur volgens de Rzv. Geen aanspraak op grond van de ZFW. Ondanks verblijf in een GVT geen aanspraak op grond van de AWBZ.
RZA 1998, 32 ZFR 20-02-1998	Bedalarmmat is geen persoonlijke alarmeringsapparatuur in de zin van de Rzv.
BZ 99-1958 9-12- 1999	Radiografisch alarmeringssysteem. De Slim Armstrong is bedoeld om binnenshuis 's avonds en 's nachts de huisgenoot te waarschuwen als verzekerde persoonlijke verzorging nodig heeft die overdag door de thuiszorg werd gegeven. De Cie oordeelt dat er geen sprake is van persoonlijke alarmeringsapparatuur in de zin van de Regeling omdat het dient meer doeleinden dan het inroepen van hulp in een noodsituatie. De aangevraagde apparatuur was primair bedoeld voor het oproepen van verzorging.
06/1996, Cie 260-6575	Patiëntenpeilsysteem. De apparatuur werd aangevraagd voor een <i>verstandelijk</i> gehandicapt kind met weglloopp Problemen. Er was geen sprake van een <i>lichamelijke</i> handicap.

Aandachtspunten:

Op grond van de Rzv bestaat alléén recht op verstrekking van de apparatuur en níet op vergoeding van service- en/ of abonnementskosten, die moeten worden betaald in verband met aansluiting op de 24-uurs bemande centrale. Als de verzekerde reeds de beschikking heeft over persoonlijke alarmeringsapparatuur en is vastgesteld dat verzekerde ook op grond van de Zorgverzekeringswet voor verstrekking in aanmerking komt, dan zal de zorgverzekeraar de huurkosten van de alarmeringsapparatuur vanaf het moment van aanvraag voor zijn rekening moeten nemen, of de persoonlijke alarmeringsapparatuur moeten verstrekken.

RZA 2002, 207 VzABRvS 17-7- 2002	Het standpunt van CTZ dat de Regeling hulpmiddelen 1996 uitsluitend toeziet op verstrekking van alarmeringsapparatuur is juist. Volgens vast beleid van NZa worden uitgaven die geen kosten van verstrekkingen betreffen als niet-verantwoord aangemerkt.
RZA 2001, 134 CVZ 10-10-2001 + Rb. Den Haag 24-12-2004 AWB 04/1799 ZFW	Een abonnement op een alarmcentrale maakt geen deel uit van persoonlijke alarmeringsapparatuur in de zin van de Rzv.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Onderstaande voorwaarden zijn cumulatief zodat een verzekerde aan alle voorwaarden moet voldoen om recht te kunnen maken op persoonlijke alarmeringsapparatuur.

De persoonlijke alarmeringsapparatuur kan worden verstrekt aan lichamelijk gehandicapten:

- voor wie een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen;
- die bovendien gedurende langere tijd op zichzelf zijn aangewezen;
- en van wie men niet kan verwachten dat ze in een noodsituatie de telefoon zelfstandig kunnen bedienen.

RZA 2002,193 RZA 2003,173	In RZA 2002,193 benadrukte het College dat de verstrekking van persoonlijke alarmeringsapparatuur beperkt was tot die gevallen die levensbedreigend zijn voor de verzekerde en waarin onmiddellijk gehandeld moet worden. Gezien de formulering van de Regeling hulpmiddelen 1996 hoeft er echter niet altijd een verhoogd risico te bestaan op een acute levensbedreigende situatie, maar in ieder geval wel op een noodsituatie waarin de duidelijke noodzaak bestaat om onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen. In het betreffende advies is toen – zoals later in RZA 2003,173 - geen rekening is gehouden met een verhoogde risicosituatie in verband met mobiliteitsstoornissen, waarbij de noodsituaties die zich voordoen (in eerste instantie) niet levensbedreigend zullen zijn.
------------------------------	--

Het vaststellen van de indicatie voor persoonlijke alarmering vereist een individuele beoordeling op grond van de aard van de aandoening, de progressiviteit van de aandoening

ning, de recidiefkans of de situatie waarin zich een combinatie van aandoeningen voordoet.

CVZ 17-04-2003 Zaaknummer 22056535	Verzekerde met progressieve Multiple Sclerose: evenwichtsstoornissen, valneiging, spraakbeperkingen, sterk afnemende motoriek waardoor verzekerde regelmatig valt. Zelfstandig opstaan is door stoornissen in spierkracht en coördinatie nog nauwelijks mogelijk. Op termijn zal dit door het progressieve karakter van de aandoening niet langer mogelijk zijn. Indicatiestelling vereist een individuele beoordeling van de aard en progressiviteit van de aandoening, waarbij ook rekening wordt gehouden met de verwachte medische situatie aan het einde van de bezwaarprocedure (zie RZA 2000,65).
--	--

Soms kunnen de gegevens die bij de aanvraag zijn verstrekt tegenstrijdig zijn. Als daar gegevens bij zijn die een indicatie doen vermoeden, is nader onderzoek aangewezen alvorens op de aanvraag te beslissen.

Aandoeningen waarbij een verhoogd risico op een noodsituatie bestaat en waarbij onmiddellijke hulp nodig is:

Gestoorde mobiliteit

Een mobiliteitsprobleem is niet zonder meer een indicatie voor persoonlijke alarmeringsapparatuur. Er is slechts sprake van een indicatie als er sprake is van een verhoogd valrisico én indien het mobiliteitsprobleem dusdanig ernstig is dat op voorhand vaststaat dat zelfstandig opstaan na een val waarschijnlijk niet meer mogelijk is. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat iemand snel moet worden geholpen om medische complicaties te voorkomen.

De ernst van de mobiliteitsstoornis is dusdanig dat op voorhand vaststaat dat zelfstandig opstaan na een val niet aannemelijk is. Bij het beoordelen van de aanvraag dient in het geval van progressief verlopende aandoeningen rekening te worden gehouden met het beloop van de aandoening. Te denken valt aan:

- neuromusculaire aandoeningen, zoals bijvoorbeeld ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose etc.
- ernstige osteoporose [de WHO-criteria: body mass density < 2,5 SD onder referentiewaarde (T-score) en tevens één of meer osteoporotische fractu(u)r(en) in de anamnese waarbij op voorhand een sterk verhoogd risico op (een) fractu(u)ren vaststaat. Bron: Diagnostisch Kompas 2003 p.354]

CVZ 01-08-2002 Zaaknummer: 22021022	Verzekerde heeft osteoporose, een verminderde mobiliteit en valt frequent. Als gevolg van de osteoporose heeft verzekerde een verhoogd risico op botbreuken hetgeen blijkt uit het feit dat verzekerde bij vier verschillende valpartijen drie keer een bot heeft gebroken (twee keer pols, één keer bekken). Indien verzekerde wederom zal vallen dan is het te verwachten dat ze weer een bot zal breken en niet in staat zal zijn om zelfstandig op te staan en de telefoon te bereiken. Verzekerde loopt een verhoogd risico in een noodsituatie terecht te komen.
CVZ 08-01-2001 Zaaknummer: 20044897	Status na collumfracturen en vervanging van kniegewrichten door prothesen i.v.m. gonartrose. CVA in anamnese. Verzekerde kan niet traplopen, lopen en gaan zitten of liggen doet ze met hulpmiddelen. Daarnaast is verzekerde bekend met een carpaaltunnelsyndroom waarvoor ze een polsspalk draagt. Hierdoor kan ze een eventuele val moeilijker

	<p>opvangen. Gezien de ernstig gestoorde mobiliteit en de algehele medische situatie is er een verhoogd valrisico en een verhoogd risico op een botbreuk bij een val.</p> <p>Het is duidelijk dat verzekerde indien zij valt niet in staat zal zijn om zelfstandig op te staan en de telefoon te bereiken als die zich niet in de onmiddellijke nabijheid bevindt.</p>
RZA 2003,173 Cie 26-8-2003	<p>Verzekerde heeft als gevolg van de ziekte van Ménière last van draaiduizeligheid. Daarnaast ook beperkingen in de mobiliteit door een verbrijzelde knieschijf. Aanvallen van draaiduizeligheid kunnen onder meer gepaard gaan met o.a. neiging tot vallen en zwart worden voor de ogen. Door ziekte van Ménière is er een medisch oorzaak voor een verhoogd valrisico. Indien de mobiliteitsstoornis dusdanig ernstig is dat op voorhand vaststaat dat zelfstandig opstaan niet aannemelijk is. Onderzocht moet worden of bij verzekerde hiervan sprake is.</p>

Er is *geen indicatie* voor persoonlijke alarmeringsapparatuur wanneer er sprake is van valincidenten (of duizeligheid) die niet gerelateerd zijn aan één van bovenstaande medische criteria. Valrisico is op zichzelf geen indicatie. Het gaat om het kunnen opstaan.

Ernstige hart-en longaandoeningen

Te denken valt onder meer aan:

- ernstige hart- en vaatziekten zoals angina pectoris klasse II (aanvallen bij zware inspanning) tot III (aanvallen lichte inspanning), klasse IV (aanvallen in rust),
- of een instabiele angina pectoris. Ook bij andere hart- en vaatproblematiek met een verhoogd risico op een infarct of hartritmestoornissen kan sprake zijn van een verhoogde risicosituatie. Met name in de eerste uren na een myocardinfectie kunnen letale ritmestoornissen optreden en kan bij adequate behandeling binnen 6 uur schade aan myocardweefsel voorkomen worden.

RZA 1999, 174 ZFR 25-10-1999	<p>Verzekerde lijdt aan angina pectoris klasse II tot III op basis van een diffuus coronair lijden (3-taks lijden). Dit betekent dat verzekerde lijdt aan aanvallen van hartkrampen door zuurstofgebrek in de hartspier (angina pectoris). Deze aanvallen treden op bij matig tot geringe inspanning (klasse II tot III). Tijdens een acuut hartinfarct of hartritmestoornissen is niet te verwachten dat verzekerde altijd zelfstandig de telefoon kan bedienen. In dit geval is daarom sprake van een ziekte of gebrek als gevolg waarvan verzekerde in een verhoogde risicosituatie verkeert.</p>
UB/21005278	<p>Verzekerde heeft een hartinfarct gehad en heeft toen een bypassoperatie ondergaan. Informatie van de cardioloog leert dat verzekerde ondanks de operatie een zeer slechte hartfunctie heeft waarvoor ze uitgebreid medicamenteus behandeld moet worden. Haar actieradius is duidelijk beperkt. Daarnaast heeft ze een hoger risico op een (volgend) infarct met mogelijk complicerende ritmestoornissen. In die situatie is het niet (goed) mogelijk om zelfstandig de telefoon te bedienen en is dus sprake van een verhoogde risicosituatie.</p> <p>Zie ook RZA 1999/174.</p>
UB/21030910	<p>Verzekerde, een hartpatiënt, heeft een bypassoperatie met drie omleidingen ondergaan welke echter niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd. Dagelijks gebruikt ze een achttal medicijnen waarvan zes een</p>

	<p>directe relatie hebben met de slechte hartwerking.</p> <p>In het algemeen is een angina-pectoris klasse III of IV of een instabiele angina-pectoris een indicatie voor een personenalarmering omdat hierbij een verhoogd risico bestaat op (een) (mogelijk fata(a)l(e)) infarct en/of hartritmestoornissen. Verzekerde verkeert dus in een verhoogde risicosituatie. Het is niet te verwachten dat verzekerde tijdens een acuut hartinfarct of acute hartritmestoornissen altijd zelfstandig de telefoon kan bedienen.</p>
MOQ00290	<p>Verzekerde heeft een coronair lijden en aanvallen van hartritme-stoornissen waarbij dan onder andere zodanige lage bloeddruk optreedt dat hij niet zelfstandig meer de telefoon kan bedienen. Tussen de aanvallen door lijkt deze verzekerde geen andere beperkingen te hebben. Er is een verhoogde risicosituatie en tijdens de aanvallen wel sprake van lichamelijke beperkingen.</p>

Bij acute aanvallen van benauwdheid kan een situatie ontstaan waarbij iemand niet in staat is om telefonische hulp in te roepen. In het algemeen zal het gaan om ernstige instabiele longklachten of om een verzekerde in een (vrijwel) terminaal stadium van de ziekte. Te denken valt onder meer aan:

- COPD: een gedurende jaren progressief ziektebeeld, gekenmerkt door niet reversibele expiratoire luchtwegobstructie. COPD omvat chronische bronchitis en emfyseem (Diagnostisch kompas 2003 p. 106).

<p>CVZ 22-20-2001 Zaaknummer 21027484</p>	<p>Verzekerde is bekend met longemfyseem (schilderslongen) en hartklachten. Hij krijgt 24 uur per dag zuurstof toegediend. Verder heeft hij osteoporose en twee versleten heupen. In verband met de hart-/longklachten is hij niet operabel. Verzekerde wordt behandeld op de pijnpoli (vanwege "ondragelijke pijnen") en heeft 2x per week fysiotherapie thuis. Zeer uitgebreide medicatie.</p> <p>Gezien de medische situatie van verzekerde is het aannemelijk dat bij een acute aanval van benauwdheid, hij niet in staat zal zijn om te telefoneren en zo hulp in te roepen. Er is dus sprake van een verhoogde risicosituatie, hetgeen ook (meermalen) is gebleken omdat echtgenote van verzekerde reeds 5 keer voor hem een ambulance heeft moeten bellen i.v.m. een noodsituatie. Zie ook RZA 1999/102 voor het criterium "op zichzelf aangewezen".</p>
<p>CVZ 24-01-2002 Zaaknummer 21042783</p>	<p>Verzekerde heeft COPD, decompensatio cordis, hypothyreoïdie, artrose en gebruikt diverse inhalatiemedicatie. Ziekenhuisopname i.v.m. longembolie (a.g.v. niet onderkende trombose). Zij kreeg al diverse keren in het bijzijn van familie "geen lucht meer" en is met spoed naar ziekenhuis of dokter gebracht. Als verzekerde inderdaad al enkele malen acuut benauwd is geworden en in die situatie medisch ingrijpen cq. opname/observatie noodzakelijk is geweest, is toch sprake van een verhoogde risicosituatie. Als verzekerde een ernstige aanval van benauwdheid krijgt en er is op dat moment niemand aanwezig, dan is aannemelijk dat hij niet in staat zal zijn om telefonisch hulp in te roepen. Nader onderzoek door verzekeraar cq. Overleg met behandelend arts is aangewezen.</p>

CVZ 26-02-2001 Zaaknummer 20059979	Verzekerde heeft longemfyseem in een vergevorderd stadium en is 24 uur per dag op het gebruik van zuurstof aangewezen. Bij benauwdheid kan hij niet of nauwelijks verstaanbaar praten. Verzekerde loopt een verhoogd risico om in een noodsituatie terecht te komen. Het is bij voorbaat duidelijk dat hij in een dergelijke situatie de telefoon niet zelfstandig kan bedienen cq. gebruiken.
--	--

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus met frequente, snelle schommelingen van de bloedglucosewaarden die onverklaarbaar zijn. Er zijn twee gevallen waarbij aannemelijk is dat verzekerden door een hypoglykemische ontregeling bij diabetes mellitus een verhoogd risico hebben om in een noodsituatie terecht te kunnen komen.

CVZ 19-03-2002 Zaaknummer 22004793	<p>De medisch adviseur stelt dat het in een tweetal uitzonderingssituaties aannemelijk is dat verzekerden door hypoglykemie bij diabetes mellitus een verhoogd risicosituatie lopen om in een noodsituatie terecht te kunnen komen. Dat is het geval bij:</p> <ol style="list-style-type: none">personen waarbij de hypoglykemie binnen 5 tot 10 minuten na de start van prodromale verschijnselen complicaties geeft waardoor er geen sprake is van voldoende reactietijd om gebruik te kunnen maken van glucagoninjecties of het innemen van glucose.personen waarbij zoveel schade is opgetreden in een eindsituatie van diabetes mellitus waarbij er geen prodromen meer worden waargenomen en/of niet meer handelingsbekwaam zijn (b.v. glucagon spuiten of actief glucose innemen).
---------------------------------------	--

Op zichzelf aangewezen

Dit begrip moet niet te eng worden opgevat. Niet alleen geheel op zichzelf wonende verzekerden, maar ook degenen die met anderen samenwonen kunnen als zodanig worden aangemerkt. Het doel van persoonlijke alarmeringsapparatuur is immers zelfstandig wonen mogelijk maken. Zelfstandig betekent: onafhankelijk, niet in dienst of afhankelijk van een ander (oppas). Alarmeringsapparatuur is nu juist bedoeld om deze afhankelijkheid op te heffen. Dit is ook het verschil met bewoners van een verzorgingshuis. Deze zijn in een groot aantal zaken afhankelijk van het verzorgend personeel, en daarmee niet gedurende langere tijd op zichzelf (of op de huisgenoot) aangewezen.

RZA 1999, 102 ZFR 18-06-1999	<p>Als verzekerde voldoet aan de medische voorwaarde voor verstrekking van persoonlijke alarmeringsapparatuur mag de inzetbaarheid van de partner geen reden zijn de verstrekking te weigeren. Het criterium 'op zichzelf aangewezen zijn' dient in de thuissituatie zo uitgelegd te worden dat hieraan ook wordt voldaan als verzekerde op zijn partner is aangewezen. De tijdsduur van het alleen zijn is hierbij niet bepalend voor de aanspraak. In dit geval is verzekerde dan ook aangewezen op de alarmeringsapparatuur om zowel haar zelfstandigheid als die van haar partner te waarborgen. Immers het doel van alarmeringsapparatuur is zelfstandig wonen mogelijk te maken en de afhankelijkheid van huisgenoten op te heffen.</p>
RZA 1998/ 32 ZFR 20-02-1998	<p>Bij verblijf in een verzorgingstehuis zal geen aanspraak bestaan op persoonlijke alarmeringsapparatuur omdat door de regelmatige verzorgingsrondes niet voldaan zal zijn aan het criterium 'gedurende langere tijd op zich zelf aangewezen zijn'.</p>
RZA 1997, 6	<p>Verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor persoonlijke alarmeringsapparatuur. In het algemeen kan in één woning volstaan worden met apparatuur met één halszender. Zowel verzekerde als haar partner zijn lichamelijk gehandicapt. Beiden zijn niet in staat elkaar in de gaten te houden en te helpen. In dit bijzondere geval kan aanspraak bestaan op een tweede alarmknop.</p>

RZA 1996, 171 ZFR 24-10-1996	Verzekerde woont alleen in aanleunwoning waar in tegenstelling tot een verzorgingshuis geen rondes worden gehouden (zie RZA 1998/32). Verzekerde is dus gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen. Gelet op medische situatie verkeert verzekerde in een verhoogde risicosituatie waarvoor de in de aanleunwoning aanwezige standaard alarmeringsapparatuur niet toereikend is. Verzekerde heeft aanspraak op "persoonlijke alarmeringsapparatuur".
------------------------------------	---

Niet zelfstandig de telefoon kunnen opnemen

Ten aanzien van deze voorwaarde moet in aanmerking worden genomen dat slechthorendheid of een spraakstoornis - welke niet gepaard gaat met medische problematiek die aanleiding geeft op een verhoogd risico op een noodsituatie - onvoldoende grond is voor verstrekking van alarmeringsapparatuur.

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

CVZ 23-06-2005 Zaaknummer 24108711	In RZA 2004/92 oordeelde het College dat MY SOS weliswaar persoonlijke alarmeringsapparatuur is maar ondoelmatig door de - in verhouding met standaard alarmeringsapparatuur - ingewikkelde bediening. In het geval van CareCops is dat in mindere mate zo: de apparatuur heeft één voldoende duidelijk gemarkeerde rode knop waarmee gealarmeerd wordt. Er zijn relatief kleine verschillen in bediening ten opzichte van standaard alarmeringsapparatuur, zodat er door het ziekenfonds aandacht dient te worden besteed aan het vermogen van individuele patiënten om met de apparatuur te kunnen omgaan. Er kan op grond van de Regeling eenvoudiger persoonlijke alarmeringsapparatuur worden verstrekt. Of de verzekerde naar inhoud en omvang is aangewezen op de betreffende apparatuur is ter beoordeling van het ziekenfonds.
RZA 2004, 92 CVZ 26-5-2005	Verzekerde heeft geen ziekte of gebrek als gevolg waarvan een noodsituatie kan ontstaan. Daarnaast wordt de behoefte aan de apparatuur voornamelijk bepaald door de mogelijkheid om voor een ieder toegankelijke hulpdiensten in te schakelen. Persoonlijke alarmeringsapparatuur dient te voorzien in de geneeskundige verzorging van een verzekerde.
RZA 2002, 216 Beroepscommissie WTZ	Verzekerde heeft een indicatie voor persoonlijke alarmeringsapparatuur. Het ziekenfonds verstrekt deze apparatuur in bruikleen. Daartoe heeft het ziekenfonds een overeenkomst gesloten met de leverancier zodat reparatie en vervanging zijn gegarandeerd en de abonnementskosten laag zijn. Het ziekenfonds heeft dan een te respecteren belang bij de keuze voor verstrekking in bruikleen via een door hem tot dat doel gecontracteerde leverancier.

Uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren, artikel 2.6, eerste lid, sub y Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10, sub d Zvw
- Artikel 2.1 en artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2,6, sub y Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang van de aanspraak wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de elektrostimulators tegen chronische pijn zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

y. elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren.

Het is moeilijk om te omschrijven wat een uitwendige elektrostimulator is. Kortgezegd gaat het om TENS-achtige apparatuur, die met stroomimpulsen van een bepaalde sterkte de zenuwen worden stimuleert.

RZA 2004, 139 Rechtbank Den Haag 29-04-2004	Een APS-apparaat werkt volgens een ander principe dan een elektrostimulator zodat het aanmerken van APS als elektrostimulator in de zin van de Regeling hulpmiddelen (oud) zou neerkomen op een extensieve interpretatie, hetgeen niet past niet binnen het gesloten verstrekkingensysteem van de Ziekenfondswet (oud).
RZA 2004, 90 CVZ 26-05-2004	Een TRANS-neuromodulator is wat werkingsmechanisme betreft te vergelijken met TENS-apparatuur en daarom te beschouwen als een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn. Het enige aantoonbare verschil in effectiviteit tussen TRANS en TENS is de strekte van de elektrische impulsen.

Onder toebehoren worden blijkens de nota van toelichting bij de Rzv verstaan elektroden, elektroden pasta, kabels, fixatiemiddelen en draagtas. Echter niet de vervangende batterijen.

Indien de zorgverzekeraar de elektrostimulator in bruikleen verstrekt, omvat de verschaffing op grond van artikel 2.7, tweede lid van de Rzv tevens de vergoeding van de kosten van vervoer van het middel naar en van de woning van verzekerde, van het technisch onderhoud ervan, alsmede van de, voor het gebruik, de ontsmetting en reiniging van de apparatuur benodigde chemicaliën. Kosten van normaal gebruik komen voor rekening van verzekerde. Het verdient, uit het oogpunt van een zorgvuldige besluitvorming, aanbeveling dat de zorgverzekeraar, bij een aanvraag om vergoeding van

bepaalde kosten nagaat om welke kosten het gaat en of deze nog als kosten van normaal gebruik kunnen worden aangemerkt.

Voorwaarden voor verzekerde prestatie:

Uitwendig

Alleen *uitwendige* elektrostimulators kunnen in bruikleen worden verschaft. Elektrostimulators die (deels) operatief moeten worden ingebracht vallen niet onder de aanspraak op grond van de Rzv.

RZA 1992, 19 ZFR 11-12-1991	Uitwendige zender ten behoeve van een geïmplanteerde ontvanger kan niet worden gezien als een uitwendige elektrostimulator. De uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn zoals bedoeld in de Regeling hulpmiddelen (oud) is een als zodanig compleet apparaat dat blijkens de toevoeging: "uitwendig" niet vatbaar is om gedeeltelijk geïmplanteerd te worden.
-----------------------------------	---

Tegen chronische pijn

Uit de omschrijving van de verstrekking volgt dat de elektrostimulator bedoeld moet zijn voor de bestrijding van chronische pijn. Bij verzekerde moet sprake zijn van *overigens onbehandelbare pijn*, waarbij verbetering niet op eenvoudiger wijze is te bereiken. Elektrostimulators die worden aangevraagd voor een ander doel, bijvoorbeeld om spiergevoel te kweken of voor figuurcorrectie, vallen niet onder de aanspraak op grond van de Rzv.

RZA 2004, 139 Rechtbank Den Haag 29-04-2004	APS apparaat is niet bedoeld voor behandeling van chronische pijn, omdat de primair beoogde werking van het apparaat stimulatie van het metabolisme van beschadigd weefsel en weefselherstel, waarbij pijnbestrijding een secundair effect is.
RZA 2003, 178 Rechtbank Breda 4-9-2003	Tensapparaat (EMS), bedoeld voor incontinentieproblematiek geen hulpmiddel in de zin van de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud).
CVZ 28-02-03 zaaknummer 22050959	TRANS neuromodulator ter behandeling van een overactieve blaas kan niet ten laste van de ziekenfondsverzekering worden verstrekt.
CVZ 31-01-03 zaaknummer 23005585	Geboorte TENS kan niet worden aangemerkt als een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn.
RZA 2002, 156 CVZ 21-06-2002	APS-apparaat (Potentiaal Actie Simulatie) is weliswaar hulpmiddel voor uitwendige elektrostimulatie, maar heeft primair een andere beoogde werking dan de bestrijding van onbehandelbare chronische pijn. De apparatuur kan niet worden beschouwd als een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn in de zin van de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud).

RZA 2001, 22 CVZ 22-01-2001	Pain gone pen: Bij een uitwendige elektrostimulator moet sprake zijn van onbehandelbare pijn in samenhang met de voorwaarden dat verbetering niet op eenvoudiger wijze is te bereiken, de begeleiding van een specialist en een proefperiode. De wetgever heeft hierbij gedacht aan een gecompliceerd en kostbaar apparaat, dat slechts in bepaalde gevallen kan worden verstrekt. De Pain gone pen voldoet niet hieraan.
CVZ 05-06-2001 BZ-00-4815	Automove: niet bedoeld voor pijnbestrijding. Het apparaat is aan te merken als een spierstimulator.
RZA 2001, 64 CVZ 12-05-2001	Peroneusstimulator is niet te beschouwen als een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn in de zin van de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud). In casu is er gelet op de stukken ook geen sprake van overigens onbehandelbare pijn.
CVZ 15-09-2000 BZ-00-2691	Top Tone 12 Transcutaneous Electro Muscular Stimulator (TEMS) primair bedoeld voor het trainen van spieren (figuurcorrectie). Geen elektrostimulator in de zin van de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud).

Is verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg aangewezen?

Artikel 2.1, lid 3 Bvz bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De woorden 'uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening', zoals tot de invoering van de Zvw omschreven in artikel 2a, lid 1 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (oud), zijn weggelaten. Het uitgangspunt bij de Zvw is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat voor een belangrijk deel tevens wordt bepaald door hetgeen daarover in de tussen verzekerde en zorgverzekeraar overeengekomen zorgpolis wordt omschreven. Omdat niet voorspelbaar is of de toepassing van de uitwendige elektrostimulator in een individueel geval effect heeft, dient het apparaat pas te worden verstrekt als het tijdens een proefperiode, onder begeleiding van een specialist, resultaat heeft opgeleverd. Heeft geen proefperiode plaatsgevonden, dan is de verzekerde redelijkerwijs niet aangewezen op de verstrekking van een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn.

Bij de vraag of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op verstrekking of vergoeding van de aangevraagde apparatuur, dient voorts te worden gezien of andere apparatuur wellicht effectiever of doelmatiger is om de pijn te bestrijden.

RZA 2004, 90 CVZ 26-05-2004	Vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening is een verzekerde alleen op een TRANS-neuromodulator aangewezen, als een sterkere elektrische impuls nodig is dan met een TENS bereikt kan worden.
RZA 2002, 156 CVZ 21-06-2002	Subsidiar is een APS-apparaat geen doelmatige verstrekking, nu uit erkend wetenschappelijk onderzoek blijkt dat tot nu toe TENS apparatuur (die wel vergoed wordt op grond van de Ziekenfondswet (oud)) effectiever en doelmatiger is om de pijn te bestrijden (...).

Thuisdialyse-apparatuur, artikel 2.29 Rzv

Relevante regelgeving:

- Artikel 10 sub d Zvw
- Artikel 2.9 Bzv
- Artikel 2.6, lid 1, sub hh en artikel 2.29 Rzv

Omschrijving te verzekeren prestatie:

- Hulpmiddelenzorg omvat de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, lid 1 Bzv).
- De inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, lid 2 Bzv).
- De paragraaf hulpmiddelenzorg in de Rzv is voor het overgrote deel functiegericht omschreven. Dit geldt niet voor de thuisdialyse-apparatuur zoals hieronder omschreven.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen zijn:

(...)

hh. thuisdialyse-apparatuur als omschreven in artikel 2.29

Artikel 2.29: Thuisdialyse-apparatuur

1. *Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel hh, omvatten thuisdialyse-apparatuur met toebehoren alsmede:*
 - a. *de regelmatige controle en het onderhoud ervan de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;*
 - b. *vergoeding van de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;*
 - c. *vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;*
 - d. *de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.*
2. *De onderdelen a tot en met d van het eerste lid zijn zowel van toepassing op hemodialyse als op de verschillende vormen van peritoneaal dialyse.*

De thuisdialyse-apparatuur was geregeld als onderdeel van de verstrekking niet-klinische hemodialyse ziekenfondsverzekering. Daaronder viel ook de buikspoeling thuis.

Besloten is om de apparatuur die bij deze zorg nodig is, apart onder de hulpmiddelenzorg te regelen. De zorgverzekeraar kan er voor kiezen om als voorheen te regelen dat de zorg, inclusief de apparatuur, geleverd wordt door de dialysecentra. Hij kan dat ook anders gaan doen als hij dat doelmatiger vindt.

Kosten

Er is gekozen voor een minder gedetailleerde regeling met betrekking tot de kosten. Nu is bepaald dat het moet gaan om redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Relevante jurisprudentie

Rechtbank Utrecht 11-6-2004, SBR 03/1127 RZA 2005/59	Beperkte vergoeding kosten in verband met thuisdialyse. Bij de maximering van de hoogte van de vergoeding van de kosten gemaakt in verband met thuisdialyse (realiseren van benodigde berguimte) konden in redelijkheid beperkingen worden aangebracht, onder meer in aansluiting aan de maatstaven uit de ziekenfondsverzekering.
--	--

Pakketadvies 2008

In het Pakketadvies 2008 zijn de standpunten van het CVZ opgenomen over de toebehoren die naast het thuisdialyseapparaat nodig zijn om het apparaat (goed) te laten functioneren.

Onder de te verzekeren prestatie van artikel 2.36 Rzv vallen:

- toebehoren, zoals bloedlijnen/infuuslijnen, naalden en kunstnieren (artikel 2.36, aanhef)
- controle en onderhoud (artikel 2.36, aanhef)
- technische instructie
- elektriciteit en water voor het laten werken van het apparaat (artikel 2.36, aanhef en onder c)

Het CVZ heeft in voormeld Pakketadvies 2008 ook aan de minister van VWS geadviseerd de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse als te verzekeren prestatie onder te brengen in artikel 2.36 Rzv.

Om de thuisdialyse goed en veilig te kunnen uitvoeren heeft de verzekerde, naast de apparatuur, nog een aantal andere producten/gebruiksartikelen nodig.

Bij **hemodialyse** kan gedacht worden aan een centrifuge, ventilator en nauwkeurige weegschaal. Bij **peritoneaaldialyse** kan gedacht worden aan een infuusstandaard en vloeistofverwarmer. De wetgever heeft deze benodigdheden bij de invoering van de Zvw niet als hulpmiddel aangewezen. Ze zijn ook niet aan te merken als 'toebehoren' bij het dialyseapparaat, zoals bedoeld in artikel 2.36, aanhef Rzv. Het apparaat kan immers ook zonder genoemde zaken werken. De benodigdheden vallen ook niet onder artikel 2.36, aanhef, onderdeel c Rzv. De formulering 'vergoeding van kosten' in dat artikel duidt erop dat het in dat artikel gaat om zaken die in principe niet in natura geleverd kunnen worden (zoals bijvoorbeeld elektriciteit). Dat gaat niet op voor de genoemde producten/gebruiksartikelen.

Het CVZ meent wel dat het, gelet op de aard van de producten/gebruiksartikelen en gegeven het feit dat de dialyseapparatuur niet als geneeskundige zorg geldt, maar onder de hulpmiddelenzorg is gebracht, in de rede zou hebben gelegen dat de benodigdheden die hier aan de orde zijn, ook onder de hulpmiddelenzorg zouden zijn gebracht. Het CVZ heeft de minister in het Pakketadvies 2008 dan ook geadviseerd dit alsnog te doen. De minister heeft dit advies per 1 januari 2009 overgenomen.

Afbakeningsproblematiek AWBZ/Zvw en andere regelgeving

Inleiding

De afbakeningsproblematiek die in het kader van de verstrekkingengeschillen het meest speelt, is de grens tussen Zvw/AWBZ enerzijds en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) anderzijds.

Daarbij draait het meestal om de vraag of de door verzekerde gewenste voorziening een verzekerde prestatie is in het kader van de Zvw of de AWBZ, dan wel aangemerkt moet worden als werkvoorziening in het kader van de Wia of als leefvoorziening in het kader van de Wmo. Omdat het hier verschillende uitvoeringsinstanties betreft, wordt nogal eens gemakkelijk en naar achteraf blijkt tevergeefs, verwezen naar een 'ander loket'. Dergelijke acties zijn zeer frustrerend voor de verzekerde die steeds 'nee' te horen krijgt. Bovendien betekent dit dat als de verzekerde van de ene instantie een afwijzing krijgt, hij er verstandig aan doet niet af te wachten totdat de andere instantie heeft beslist, maar tijdig bezwaar aan te tekenen om zijn beroepsrechten niet te verspelen. Een aanvraagprocedure voor een bepaalde voorziening kan zo heel lang gaan duren en zelfs resulteren in meerdere gerechtelijke uitspraken over in feite dezelfde aangelegenheid (zie de uitspraken van de Centrale Raad van beroep in RZA 1998, 94 en RZA 2000, 82).

Afbakening Zvw - AWBZ

Ook op het gebied van de Zvw en de AWBZ onderling bestaan afbakeningsvraagstukken. Alvorens in te gaan op de afbakening Zvw/AWBZ enerzijds en Wia en Wmo anderzijds, volgt eerst een bespreking over de afbakeningsproblematiek tussen Zvw en AWBZ.

Op grond van artikel 2, eerste lid Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) heeft een verzekerde aanspraak op verstrekkingen in het kader van de AWBZ, voor zover het geen zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling. Dit is een algemene voorrangregel waaruit blijkt dat de aanspraak op AWBZ-zorg vervalt als er op grond van andere wettelijke regelingen, zoals de Zvw, recht op zorg bestaat. In de Zvw is niet een dergelijke bepaling opgenomen.

Verstrekkingen in het kader van de Zvw bestaan uit geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder kraamzorg), verblijf in verband met geneeskundige zorg, en vervoer in verband met het ontvangen van de hiervoor genoemde diensten dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ, zo blijkt uit artikel 10 Zvw. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord (artikel 14, eerste lid Zvw). Op die grond is een rituele besnijdenis geen prestatie in het kader van de Zvw (RZA 2001, 2). Onder de zorgaanspraken van de AWBZ kunnen voorzieningen begrepen zijn *'tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van de levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening'* (artikel 6, eerste lid AWBZ).

Afbakeningsproblematiek tussen Zvw en AWBZ komt voor op verschillende gebieden, zoals verpleging, begeleiding en verstrekking van hulpmiddelen.

Verpleging

Verpleging is een van de functiegerichte aanspraken van de AWBZ (artikel 5 Bza), maar is ook een verzekerde prestatie in het kader van de Zvw.

Om te weten of verpleging AWBZ-zorg is of een verstrekking in het kader van de Zvw, is bepalend de plaats waar de verpleging wordt geleverd en onder wiens verantwoordelijkheid die verpleging valt.

In artikel 2.11 Bzv is expliciet beschreven dat verpleging, die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg tot het domein van de Zvw hoort, ook als die zorg niet gepaard gaat met verblijf. Verpleging geleverd in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis is Zvw-zorg.

In de Zvw valt deze zorg onder de prestatie geneeskundige zorg (medisch specialistische zorg).

In het tweede lid bij artikel 2.11 Bzv is een uitzondering gemaakt voor verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of palliatief terminale zorg. Deze verpleging valt onder de AWBZ.

Verpleging in de thuissituatie kan Zvw-zorg of AWBZ-zorg zijn. Bepalend is wie eindverantwoordelijk is voor de verpleging. Als de huisarts verantwoordelijk is betreft het AWBZ-verpleging. Als een medisch specialist verantwoordelijk is, gaat het om een verstrekking in het kader van de Zvw.⁴⁴

RZA 2004, 100 CVZ 26-04-2004	Nierdialyse in de thuissituatie is als verstrekking apart in de Zfw geregeld onder de noemer ' <i>niet-klinische haemodialyse</i> '. Onder deze aanspraak zijn ook alle noodzakelijke voorzieningen gebracht om thuisdialyse mogelijk te maken, waaronder de benodigde assistentie vanuit het verantwoordelijke dialysecentrum. Naar het oordeel van het CVZ brengt de aard van de gevraagde hulp dan ook met zich mee dat het verlenen van assistentie bij thuisdialyse niet op zichzelf kan staan, maar een integraal onderdeel vormt van de totale behandeling in het kader van de verstrekking ' <i>niet-klinische haemodialyse</i> '. Assistentie bij thuisdialyse in het kader van ' <i>niet-klinische haemodialyse</i> ' valt volgens het CVZ daarom <i>niet</i> onder de functie verpleging als omschreven in artikel 5 Bza of onder een van de andere AWBZ aanspraken.
------------------------------------	---

⁴⁴ Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, Bijlage 5 Verpleging, 3.1

Begeleiding

Begeleiding is ook een van de functiegerichte aanspraken van de AWBZ, maar kan ook (onderdeel van) een verzekerde prestatie in het kader van de Zvw zijn.

RZA 2008, 57 CVZ 25-03-2008	<p>De implantatie van een cochleair implantaat (CI) en de nabehandeling vallen onder de geneeskundige zorg als omschreven in artikel 2.4, eerste lid, aanhef, Bzv en wel onder de zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden.</p> <p>Naar het oordeel van het CVZ is de door verzekerde gewenste begeleiding, namelijk het oefenen met een co-therapeut in de thuissituatie na plaatsing van een CI, een integraal onderdeel van de totale behandeling in het kader van de medisch-specialistische zorg. De gevraagde begeleiding staat daarom niet op zichzelf, maar maakt deel uit van de nabehandeling en kan derhalve niet los als AWBZ-zorg worden geïndiceerd (zie ook RZA 2005/11). Ook het feit dat de kosten van de co-therapeut niet separaat ten laste van de Zvw komen, kan niet tot een indicatie voor AWBZ-zorg leiden. Het gaat immers niet om de vraag of de zorg daadwerkelijk ten laste van de Zvw wordt bekostigd, maar of die ten laste van de Zvw <i>kan</i> worden bekostigd (artikel 2, eerste lid Bza). Als bepaalde zorg tot de te verzekeren prestaties van de Zvw hoort, is dit laatste het geval.</p>
-----------------------------------	---

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

RZA 2010, 2 CVZ 14-12-2009	<p>Bij de beoordeling of er sprake is van begeleiding in het kader van de Zvw of de AWBZ in geval van een psychiatrische aandoening kan zich een afbakeningsprobleem voordoen.</p> <p>Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van geneeskundige zorg in de Zvw of kunnen vallen onder de functie begeleiding in de AWBZ. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar nodig.</p> <p>Activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist, moeten worden gerekend tot de functie begeleiding in de AWBZ.</p> <p>Als voorbeeld geldt het oefenen en inslijpen van gedrag dat tijdens een behandeling is aangeleerd. Het aanleren van bepaald gedrag is onderdeel van de psychiatrische behandeling (Zvw), het oefenen en inslijpen is AWBZ-begeleiding.</p> <p>Voor AWBZ-begeleiding is géén specifieke deskundigheid vereist op het niveau van de behandelaar, er ligt geen medisch behandelplan aan ten grondslag en er is ook geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig. Het gaat dan om begeleiding die gericht is op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde.</p>
----------------------------------	---

Hulpmiddelen

Ook op het gebied van hulpmiddelen kunnen vraagstukken ontstaan over de afbakening tussen de Zvw en de AWBZ.

Hulpmiddelen in de Zvw

Op grond van paragraaf 1.4 Rzv kan een verzekerde aanspraak maken op verstrekkingen in de vorm van hulpmiddelen. Zoals hiervoor al aangegeven, wordt aan de hand van zorginhoudelijke criteria beoordeeld of een verzekerde op een hulpmiddel is aangewezen (artikel 14, eerste lid Zvw).

Per 1 januari 2013 gaat het daarbij niet langer om structureel gebruik en gebruik langer dan 26 weken. Met ingang van die datum is namelijk de kortdurende uitleen verpleegartikelen (tot 26 weken) van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw (artt. 2.12 en 2.17 van de Rzv). Overigens behoren de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators) per 1 januari 2013 niet langer tot de verzekerde zorg.

Hulpmiddelen in de AWBZ

Als een verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf in de zin van artikel 9, eerste en tweede lid en artikel 13 Bza, in combinatie met AWBZ-behandeling in dezelfde instelling, bestaat op grond van artikel 15 Bza tevens aanspraak op onder andere hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in die instelling gegeven zorg, en op het individueel gebruik van een rolstoel. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde outillagemiddelen en voorzieningen voor individueel gebruik.

Outillagemiddelen maken onderdeel uit van de AWBZ-functie Verblijf. Een instelling die AWBZ-verblijf aanbiedt, moet zijn toegerust voor het bieden van de zorg die het volgens zijn doelstelling verleent. Dat wil zeggen dat de instelling moet zijn uitgerust met die standaardvoorzieningen die nodig zijn om de doelgroep waarop de instelling zich richt adequaat te kunnen verzorgen. Het gaat dan om voorzieningen die voor bewoners (standaard) aanwezig moeten zijn en die voor meerdere mensen, eventueel navolgbaar, bruikbaar zijn. Voorzieningen die op een bepaald moment slechts door één persoon te gebruiken zijn, maar, zonodig met kleine aanpassingen, daarna ook door een volgende persoon zijn te gebruiken, behoren óók tot de outillage. Als het gaat om hulpmiddelen die weliswaar navolgend door verschillende personen zijn te gebruiken, maar alleen met kostbare aanpassingen, behoren ze niet tot de outillage.

Wat tot de outillage van een instelling behoort, kan per instelling verschillen. Daarbij moet worden beoordeeld in hoeverre het redelijkerwijs te verwachten is dat de doelgroep van de instelling met enige regelmaat is aangewezen op bepaalde artikelen, zoals hulpmiddelen, transfermiddelen en inrichtingselementen. Een simpele lijst van wat wel en niet tot de outillage van een instelling behoort, is dan ook niet te maken.

Een instelling die zich bijvoorbeeld richt op de verzorging van ouderen met beperkingen zal (onder meer) standaard moeten beschikken over zaken als po- en douchestoelen, tilliften en enkele standaard rolstoelen voor algemeen gebruik. Een instelling die zich richt op auditief gehandicapten zal standaard moeten beschikken over voorzieningen voor doven.

De aanspraak op hulpmiddelen in verband met de door de instelling geleverde zorg als onderdeel van artikel 15 Bza, omvat niet alleen hulpmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, maar ook hulpmiddelen die nodig zijn in verband met de andere zorg die de instelling levert. Het kan bijvoorbeeld gaan om orthesen bij somatische aandoeningen of een lichamelijke handicap, communicatieapparatuur bij zintuiglijk gehandicapten, incontinentiemateriaal, spuiten met toebehoren, verbandmiddelen enz. De aanspraak is niet beperkt tot wat in de Zvw onder paragraaf 1.4 Rzv is geregeld, maar omvat *alle* hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de zorg. Óók hulpmiddelen die niet in paragraaf 1.4 Rzv staan.

Per 1 januari 2013 is de kortdurende uitleen verpleegartikelen (voorheen artikel 11 Bza) van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw (art. 2.12 en 2.17 van de Regeling zorgverzekering). Overigens behoren de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen (krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators) niet langer tot de verzekerde zorg. Verzekerden die in 2012 een verpleegartikel hebben geleend, houden daarop aanspraak tot 26 weken, ook als die periode in 2013 doorloopt.

Ook bewoners van een AWBZ-instelling kunnen een beroep doen op het gebruik van hulpmiddelen op grond van de Zvw, voor zover het benodigde artikel niet tot de outillagemiddelen van de instelling behoort én er geen sprake is van aanspraak op hulpmiddelen op grond van artikel 15 Bza (zie hierboven).

<p>RZA 2008, 4 CVZ 17-12-2007</p>	<p>Ophangbeugel beademingsapparatuur Een ophangbeugel voor de beademingsapparatuur kan <i>niet</i> worden gerekend tot de outillage van de instelling waar verzekerde verblijft. Evenmin is sprake van een hulpmiddel als bedoeld in artikel 15 Bza. De gevraagde vergoeding voor de ophangbeugel kan dan ook niet ten laste van de AWBZ worden gebracht.</p> <p>De beademing van verzekerden die in het Dorp of een andere instelling zijn opgenomen valt onder de verantwoordelijkheid van het beademingscentrum, dat geneeskundige zorg levert in het kader van de Zvw. In casu mag worden aangenomen dat bij het beademingscentrum bekend was dat verzekerde voor haar bewegingsvrijheid geheel op haar elektrische rolstoel was aangewezen. Onder deze omstandigheden is het CVZ van oordeel dat het plaatsen van de ophangbeugel met bijbehorende accessoires onder het gebruiksbaar maken van de beademingsapparatuur valt en daarmee onder de geneeskundige zorg die door het beademingscentrum is geleverd. De kosten dienen ten laste van het budget van het beademingscentrum te worden gebracht.</p>
<p>RZA 2007, 117 CVZ 21-05-2007</p>	<p>Robotarm in een AWBZ-instelling De verstrekking van een robotarm aan verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven op grond van een indicatie voor verblijf en behandeling, kan in beginsel beschouwd worden als noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg, waarbij tevens sprake kan zijn van doelmatige zorgverlening volgens artikel 2, tweede lid Bza. Er is sprake van doelmatige zorg als de winst van kwaliteit van leven door een robotarm opweegt tegen de mogelijke extra kosten daarvan, ten opzichte van de kosten van het leveren van zorg door een verzorgende. Om te beoordelen of hiervan sprake is, kan het indicatieprotocol van eerder vermelde indicatiecentra een handreiking bieden. Nu de AWBZ voorziet in de zorg, is verstrekking op grond van de Zvw niet aan de orde.</p>
<p>Standpunt CVZ</p>	<p>Robotarm in de thuissituatie In de thuissituatie vindt verstrekking/vergoeding van de robotarm plaats op grond van de Zvw. Aangezien een verzekerde op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving aanspraak heeft op verschaffing van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, dienen de kosten voor het (over)plaatsen van een robotarm op een (nieuwe) rolstoel ten laste van de basisverzekering te komen.</p>

Standpunt CVZ	<p>Zuurstofapparatuur Het (over)plaatsen van zuurstofapparatuur (inclusief een eventuele ophangbeugel) aan een (nieuwe) rolstoel behoort tot het verschaffen van een functionerend hulpmiddel. De hiermee gemoeide kosten dienen daarom ten laste van de basisverzekering te komen.</p> <p>Als een zuurstofapparaat is verstrekt door een AWBZ-instelling op grond van de AWBZ, dienen ook de kosten van een eventuele (over)plaatsing van deze zuurstofapparatuur op een (nieuwe) rolstoel ten laste te komen van de AWBZ, mits nog steeds sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling.</p>
RZA 2007, 14 CVZ 19-12-2006	<p>Een aanvraag voor omgevingsbesturing kan in diverse subgroepen worden verdeeld. Afhankelijk van de beperkingen van verzekerde en zijn CIZ-indicatie geldt het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artikelen die op enig moment slechts door één persoon te gebruiken zijn, maar, zonodig met kleine aanpassingen, daarna ook door een volgende persoon zijn te gebruiken behoren volgens eerdere adviezen van het CVZ tot de outillage van de instelling. De infrarood (IR) -inrichtingselementen kunnen als outillage beschouwd worden. Als een verzekerde een CIZ-indicatie heeft voor verblijf en de omgevingsbesturing nodig is in verband met de door de instelling te leveren zorg heeft hij aanspraak op de IR-inrichtingselementen als outillagemiddelen. - Het basissysteem en de installering daarvan kunnen echter, gezien de aanmerkelijke kosten die met de aanpassing gemoeid zijn, niet (meer) als outillage worden beschouwd, maar moeten worden beschouwd als een individueel hulpmiddel. - Een IR-bedienbare telefoon is het enige met omgevingsbesturing te bedienen apparaat dat apart in artikel 26, eerste lid van de Regeling (Zfw; vanaf 1 januari 2006 artikel 2.2, eerste lid Rzv) is genoemd. De zender waarmee deze telefoon wordt bestuurd zou dan in principe ook vallen onder deze aanspraak. <p>In dit geval heeft verzekerde aanspraak op de aangevraagde IR-inrichtingselementen op basis van de AWBZ en op het basissysteem, de installering en de telefoon op basis van de Zfw.</p>
RZA 2002, 209 CVZ 18-10-2002	<p>Een sta-orthese behoort tot de outillage van een kinderdagcentrum en valt onder de AWBZ zorgaanspraak. Het gegeven dat reeds een sta-orthese voor thuis op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006 de Rzv) is verstrekt, brengt niet met zich mee dat verzekerde de AWBZ-aanspraak niet meer volledig geldend kan maken.</p>
RZA 2002, 60 CVZ 22-02-2002	<p>Kinderstoel met standaard toebehoren en accessoires is geen individueel aangepaste stoel. Een dergelijke stoel is naar zijn aard bestemd voor algemeen gebruik en moet gezien worden als een outillage hulpmiddel, dat behoort tot de door een kinderdagverblijf te verlenen zorg.</p>

RZA 2002, 58 CVZ 22-02-2002	Wek- en waarschuwingsinstallatie valt niet onder de AWBZ-aanspraak verblijf in een gezinsvervangend tehuis (GVT), omdat een GVT voor verstandelijk gehandicapten niet behoeft te zijn ingericht op een auditieve handicap. Aangezien verzekerde een indicatie heeft als bedoeld in de Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006 de Rzv), komt hij op grond van de Regeling wel in aanmerking voor de wek- en waarschuwingsinstallatie.
RZA 2001, 51 CVZ 26-04-2001	Bewoners van een verzorgingshuis zijn voor de verstrekking van hulpmiddelen in beginsel aangewezen op hun individuele aanspraak krachtens de Regeling hulpmiddelen 1996 (vanaf 1 januari 2006 de Rzv) of eventueel aanvullende verzekering. Een seniorenbed valt niet onder de omschrijving van een bed in speciale uitvoering. Indien het verzorgingshuis een seniorenbed verplicht stelt, behoort het bed krachtens de groene lijst behorende bij de overeenkomst zorgkantoor - verzorgingshuizen echter tot de standaard-inventarisgoederen van het verzorgingshuis. De kosten voor deze middelen moeten in dat geval gedragen worden door het verzorgingshuis.
RZA 1999, 190 CVZ 17-09-1999	De zorg in een zwakzinnigeninrichting omvat tevens hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging. Verzekerde heeft de lightwriter nodig voor communicatie. De zorg voor communicatie is een wezenlijk onderdeel van het verblijf en de verzorging in de instelling. Nu verzekerde niet anders dan met dit hulpmiddel kan communiceren, moet deze communicatieapparatuur beschouwd worden als een hulpmiddel dat voor verzekerde specifiek noodzakelijk is in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging. De communicatieapparatuur is begrepen onder de AWBZ-aanspraak. Het onderscheid persoonsgebonden hulpmiddel - standaardhulpmiddel is niet doorslaggevend voor de AWBZ-aanspraak. Het zorgkantoor moet met de instelling tot overeenstemming komen over de financiering. Als uitvoerder van de AWBZ moet de zorgverzekeraar ervoor instaan dat de lightwriter aan verzekerde in kwestie wordt verstrekt.

Uiteraard is het raakvlak tussen Zw en AWBZ niet op alle fronten af te bakenen.

Voorzieningen krachtens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia)

Het uitgangspunt van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) is om (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte verzekerden zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Daarbij wordt uitgegaan van 'passende arbeid': alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de verzekerde met zijn krachten en bekwaamheden in staat is, ongeacht of hij de desbetreffende arbeid feitelijk kan verkrijgen.

Het is mogelijk dat, om (weer) te kunnen werken, aanpassing van een arbeidsplaats nodig is die verder gaat dan de normale arbo-verantwoordelijkheid van de werkgever. Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) biedt in dat geval arbeidsplaatsvoorzieningen aan. Dit zijn aanpassingen op de werkplek van de werknemer met beperkingen. Voorbeelden hiervan zijn een brailregel, een vervoersvoorziening, persoonlijke hulp op de werkplek in de vorm van een jobcoach, doventolk of voorleeshulp.

Naast aangepaste inrichting van de arbeidsplaats, vallen ook aanpassingen aan de bedrijfsinrichting hieronder, zoals opgangen voor rolstoelen of een invalidentoilet. Het UWV weegt altijd af in hoeverre de aangevraagde voorziening is te beschouwen als een adequate oplossing om de beperkingen van de verzekerde op te heffen.

Voor de arbeidsplaatsvoorzieningen voor werknemers geldt dat het UWV de voorzieningen waar mogelijk verstrekt aan de werknemer. Sommige voorzieningen maken uit de aard der zaak echter deel uit van het bedrijf van de werkgever en/of zijn niet meeneembaar. In die situatie wordt de voorziening aan de werkgever verstrekt.

In de Wia is een pakket arbeidsplaatsvoorzieningen gecreëerd dat een algemeen geldende voorzieningenregeling voor werknemers en een subsidieregeling voor werkgevers omvat (artikelen 34, 35 en 36 Wia).

Daarnaast kan het UWV voorzieningen inzetten voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten voor wie het een reïntegratietraject inzet.

De voorzieningenartikelen van de Wia zijn nader uitgewerkt in het Reïntegratiebesluit (Staatsblad 2 december 2005, nr. 622). Hierin zijn nadere regels gesteld ten aanzien van het verstrekken van (subsidies voor) voorzieningen. In dit verband is relevant dat het moet gaan om op het individu gerichte voorzieningen. Algemeen gebruikelijke voorzieningen, voorzieningen waarvoor vergoeding op grond van een andere wettelijke regeling mogelijk is en zogenoemde 'kruielvoorzieningen' (geringe kosten) worden *niet* verstrekt.

Onder de voorzieningen voor werknemers met een beperking vallen scholing en opleiding, en voorzieningen die noodzakelijk zijn voor het kunnen volgen van scholing of opleiding. Deze zogenoemde onderwijsvoorzieningen verstrekt het UWV in beginsel ten behoeve van het reguliere onderwijs. Voor het speciaal onderwijs is het ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap (OCW) verantwoordelijk.

Onder voorwaarden is het mogelijk om een computer verstrekt te krijgen om onderwijs te kunnen volgen. De beoordeling hiervan is aan het UWV.

In beginsel geldt voor de Wia dat, zodra er een relatie is met werk of uitzicht op werk, een verzekerde in aanmerking kan komen voor een werkvoorziening. In dat verband moet het gaan om een voorziening die uitsluitend wordt aangevraagd voor gebruik op de werkplek. Als een hulpmiddel zowel privé als op het werk wordt gebruikt, kan in het kader van de Zvw rekening worden gehouden met de extra eisen die de werksituatie aan

het hulpmiddel stelt, voor zover dat binnen de verstrekkingvoorwaarden van de Zvw mogelijk is.

Tot nu toe heeft het CVZ nog geen uitspraken hoeven doen in verstrekkingengeschillen waarin de afbakening tussen de Wia en Zvw/AWBZ speelde.

Voorbeelden van verstrekkingengeschillen waarin ten tijde van de Wet REA (de voorloper van de Wia) werk-/onderwijsvoorzieningen aan de orde waren, zijn:

RZA 2007, 16 CVZ 20-11-2006	Een hoortoestel is geen voorziening die slechts bestemd is voor gebruik op de werkplek. Dat geldt eveneens voor een tweede BAHA. Een drager van twee BAHAs zal beide hoortoestellen ook gewoon in het dagelijkse leven dragen. Het College is dan ook van oordeel dat een aanvraag voor vergoeding bij het UWV in casu niet aan de orde is. Voor zover het College bekend is, houdt de Wia voor wat betreft het bovenstaande geen wezenlijke verandering in vergeleken met de wet REA.
RZA 2001, 62 CVZ 23-05-2001	Nu de tweede rollator alleen bestemd is voor gebruik op school, kan aangenomen worden dat deze op grond van de Wet REA als voorliggende voorziening verstrekt zal worden. Verstrekking ten laste van de ziekenfondsverzekering is in dit geval niet redelijkerwijs aangewezen.
RZA 2001, 42 CVZ 20-03-2001	In verband met de zware motorische handicap is er een indicatie voor een laptop in het kader van de Regeling hulpmiddelen 1996 (sinds 1 januari 2006 de Rzv). Ondanks dat, is aanspraak op een laptop vooralsnog niet redelijkerwijs aangewezen, nu de laptop is bedoeld voor huiswerk voor het voortgezet speciaal onderwijs en de Wet REA hierin voorziet.

Voorzieningen krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Onder maatschappelijke ondersteuning wordt onder meer verstaan het behouden en het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van, alsmede het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem (artikel 1, eerste lid onder g, 5° en 6° Wmo).

Op grond van artikel 4 Wmo geldt onder andere op de hiervoor genoemde gebieden, de zogenoemde prestatievelden, voor de gemeente een *compensatieplicht*. Dit houdt in dat de gemeente de beperkingen van de genoemde groepen burgers moet compenseren door het treffen van voorzieningen die de burger in staat stellen een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.

In artikel 2 Wmo is verder bepaald dat er geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning bestaat voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat. Dit betekent dat de Wmo aanvullend is op andere wetten en dat een mogelijke verstrekking op grond van de Zvw of een aanspraak op grond van de AWBZ dus voor gaat.

Gemeenten hebben, buiten de compensatieplicht, veel beleidsvrijheid om de prestatievelden vorm en inhoud te geven. Het hangt af van de gemeentelijke Wmo-verordening welke zorg en voorzieningen de gemeente precies moet leveren. De Wmo-voorziening kan bestaan uit allerlei zaken: maatschappelijk werk, buurthuis, maatschappelijke opvang, woonvoorzieningen enz.

Wél moet de gemeentelijke verordening onder andere ten minste bepalen op welke wijze de toegang tot het aanvragen van individuele voorzieningen, in samenhang met voorzieningen op het gebied van wonen en zorg als bedoeld in de AWBZ, is geregeld.

Als een gemeente een bepaalde voorziening niet biedt, betekent dat overigens niet dat deze voorziening automatisch ten laste van de Zvw of de AWBZ komt. De verzekerde moet op grond van de desbetreffende regelgeving wel op die bepaalde voorziening zijn aangewezen.

Voorzieningen

Woonvoorzieningen

Ten laste van de Wmo kunnen woningaanpassingen worden aangevraagd. Het gaat om voorzieningen voor structureel gebruik, zoals een verhoogd toilet, beugels of een traplift. Een verzekerde die verblijft in een AWBZ-instelling heeft echter géén aanspraak op woonvoorzieningen ten laste van de Wmo. Alle woonvoorzieningen komen dan ten laste van de instelling.

Vervoersvoorzieningen

De Wmo voorziet in vervoersvoorzieningen. Dit kan bestaan uit aanvullend openbaar vervoer (AOV; collectief vervoer) en individuele vervoersvoorzieningen, zoals een rolstoel of een scootmobiel. De manier waarop de gemeente in vervoer voorziet is uiteindelijk gemeentelijk beleid.

Bewoners van een AWBZ-instelling hebben ook aanspraak op vervoer ten laste van de Wmo. Vervoer naar zorgvoorzieningen behoort echter niet tot de Wmo.

Als een verzekerde is aangewezen op AWBZ-verblijf in combinatie met AWBZ-behandeling in dezelfde instelling, bestaat op grond van artikel 15 Bza tevens aanspraak op het individueel gebruik van een rolstoel. Op grond van artikel 2 Wmo gaat de AWBZ-aanspraak dan voor op een voorziening op grond van de Wmo.

Voorbeelden van verstrekkingengeschillen waarin verwezen is naar de WVG (thans Wmo):

RZA 2000, 91 CVZ 16-06-2000	Centrale haldeuren van een appartementencomplex behoren tot de directe woonomgeving, indien hierdoor toegang tot het appartement wordt verkregen. Indien de omgevingsbediening primair wordt aangevraagd om toegang tot de woning mogelijk te maken en niet tevens voor bediening van huishoudelijke apparatuur, is sprake van een woonvoorziening zoals gedefinieerd in de WVG.
RZA 1997, 147 ZFR 23-09-1997	Een werkblad voor een rolstoel behoort tot de aanspraken op grond van de WVG. Er is geen reden om het werkblad kunstmatig aan te merken als aan een handicap aangepaste tafel. In dit geval adviseerde de Commissie voor beroepszaken de verzekerde zich nogmaals tot de gemeente te wenden.
RZA 1997, 135 Rb. Den Haag 06-05-1997	Een orthopedisch rolstoelkussen dient ter aanpassing van de in het kader van de WVG verstrekte scootmobiel en moet daarvan geacht worden deel uit te maken, verwijzing naar WVG.

Huishoudelijke verzorging

Onder huishoudelijke verzorging ten laste van de Wmo wordt verstaan: *'het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden van een persoon dan wel van de leefeenheid waartoe een persoon behoort'* (artikel 1, eerste lid, onder h Wmo).

Ondersteuning bij het huishouden kan echter ook onderdeel zijn van de AWBZ-functie Begeleiding.

RZA 2007, 137 CVZ 27-08-2007	<p>In dit advies geeft het CVZ aan welk onderscheid er bestaat tussen zorg die valt onder de AWBZ-functie Ondersteunende begeleiding (nu: Begeleiding), en zorg die gerekend moet worden tot de huishoudelijke verzorging onder de Wmo en behoort bij de ondersteuning van de huishoudelijke activiteiten.</p> <p>Onder de AWBZ-functie Ondersteunende begeleiding valt begeleiding die een verzekerde nodig heeft om te zorgen voor structuur en sturing van de organisatie van de huishoudelijke taken. Verzekerde voert de huishoudelijke taken in dit geval echter wel zelf uit.</p> <p>Onder de in de Wmo omschreven huishoudelijke verzorging vallen alle huishoudelijke taken die moeten worden overgenomen. De organisatie van het huishouden (bijvoorbeeld het bepalen welke taken wanneer worden uitgevoerd) maakt eveneens onderdeel uit van de onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallende huishoudelijke verzorging, voor zover een persoon daartoe door zijn beperkingen niet zelf in staat is.</p>
------------------------------------	---

Begeleiding

Het doel van de AWBZ-functie Begeleiding is beperkt tot 'bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid'.

Maatschappelijke participatie behoort tot het domein van de Wmo.

RZA 2009, 91 CVZ 25-08-2009	Verzekerde is een 88-jarige weduwe die is geïndiceerd voor dagbesteding in de vorm van begeleiding-groep. Verzekerde wil echter ook begeleiding-individueel. Het CIZ wijst dit af. Het CVZ is van oordeel dat verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden van de nieuwe functie Begeleiding, en dus geen aanspraak heeft op deze functie. De matige mobiliteitsbeperkingen die verzekerde heeft, worden gecompenseerd door de voorzieningen van de Wmo (rolstoel, vervoersvoorziening). De begeleiding bij activiteiten buitenshuis valt onder de participatiedoelstelling die sinds 1 januari 2009 niet meer in de AWBZ is opgenomen. Verzekerde heeft lichte beperkingen in de sociale redzaamheid. Deze geven geen aanspraak op de functie Begeleiding. Dat betekent dat verzekerde geen aanspraak meer heeft op dagbesteding ten laste van de AWBZ. Met de invoering van de nieuwe functie Begeleiding is de participatiedoelstelling expliciet komen te vervallen in de AWBZ en overgegaan naar de Wmo.
-----------------------------------	---

Om maatschappelijk te kunnen participeren is een bepaalde mate van zelfredzaamheid vereist. In geval van zintuiglijk gehandicapten schiet deze zelfredzaamheid soms tekort. Soms is het tekort aan zelfredzaamheid dat nodig is tijdens maatschappelijke participatie te verhelpen met hulpmiddelen of ligt het voor de hand dat de omgeving zich enigszins aanpast of hand- en spandiensten verleent. Als er geen technische oplossingen voorhanden zijn, moet de compensatie ervan door mensen gebeuren. Voor wat betreft de AWBZ gaat het dan om de functies Persoonlijke verzorging en/of Begeleiding.⁴⁵

AWBZ-verblijf en maatschappelijke opvang ten laste van de Wmo

Onder maatschappelijke opvang wordt verstaan: *het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meer problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving* (artikel 1, eerste lid, onder c Wmo).

Om aanspraak te kunnen maken op AWBZ-verblijf, moet een verzekerde op basis van zijn beperkingen zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht.

Dakloosheid op zich leidt dan ook niet tot een aanspraak op AWBZ-verblijf. Als de dakloze verzekerde niet aan de criteria van de AWBZ-verblijf voldoet, zal hij gebruik moeten maken van voorliggende voorzieningen, als maatschappelijke opvang.

⁴⁵ Rapport 'Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten', 25 mei 2010, http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2010/sp1005+begeleiding+zintuiglijk+gehandicapten.pdf

RZA 2011, 13 CVZ 21-02-2011	<p>Dakloosheid leidt op zich niet tot een aanspraak op AWBZ-verblijf. Er moet sprake zijn van een grondslag op basis waarvan AWBZ-zorg mogelijk is en de beperkingen van de dakloze verzekerde moeten zodanig zijn dat hij aan de criteria van de AWBZ-functie Verblijf voldoet. Dit is niet anders dan in geval van een verzekerde die niet dakloos is en aanspraak op AWBZ-verblijf wil maken.</p> <p>De vraag is of de desbetreffende dakloze verzekerde, als hij niet dakloos zou zijn, zou zijn aangewezen op AWBZ-verblijf, of dat hij met een indicatie voor bijvoorbeeld begeleiding zelfstandig zou hebben kunnen blijven wonen. In het laatste geval heeft de verzekerde geen aanspraak op AWBZ-verblijf. Hij zal dan gebruik moeten maken van voorliggende voorzieningen als maatschappelijke opvang. Aangezien maatschappelijke opvang een voorziening is in het kader van de Wmo, valt de uitvoering hiervan onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.</p>
-----------------------------------	--

Zorg- en Behandelbijders en minimale zorginzet

Een *zorgmijder* wijst iedere vorm van hulp af. Een *behandelmijder* is een verzekerde die wel hulp accepteert, maar de behandeling die hij nodig heeft vanwege zijn aandoening(en) en waarmee nog behandelresultaten zijn te bereiken, niet opzoekt of accepteert. Het gaat veelal om verzekerden met psychiatrische problematiek. Vaak ligt de oorzaak van de afwijzing van (optimale) behandeling in een gestoorde oordeelsvorming, het ontbreken van ziekte-inzicht en/of het niet hebben van enig ziektebesef.

Als de weigering de verzekerde niet toegerekend kan worden, is zogeheten minimale zorginzet in de vorm van AWBZ-begeleiding mogelijk, eventueel aangevuld met enige persoonlijke verzorging en/of verpleging. Daarvoor moet sprake zijn van een risico op verwaarlozing of opname in een instelling. Dat risico moet niet door een eigen netwerk of een voorliggende voorziening, zoals maatschappelijke opvang, kunnen worden gecompenseerd.

CVZ 25-09-2012	Het College is van oordeel dat uit het dossier niet blijkt dat de voorliggende voorzieningen waar verzekerde gebruik van maakt, niet zouden volstaan. Het risico op verwaarlozing lijkt voldoende te worden gecompenseerd met de opvang vanuit de Wmo. Uit het dossier begrijpt het College dat verzekerde de vanuit de Wmo aangeboden opvang accepteert. De inzet van AWBZ-zorg in aanvulling op deze voorziening(en) strookt naar het oordeel van het College dan ook niet met het doel van de minimale zorginzet.
RZA 2011, 117 CVZ 19-09 -2011	Verzekerde is naar het oordeel van het College geen zorgmijder. Is er wel sprake van een zorgmijder dan kan, als verzekerde behandeling weigert en deze weigering verzekerde niet valt toe te rekenen vanwege een gestoorde oordeelsvorming, minimale zorginzet mogelijk zijn om verwaarlozing te voorkomen. [...] Het College merkt op dat verzekerde gebruik maakt van de vrouwenopvang en dat ze vanuit de opvang voldoende ondersteuning moet kunnen krijgen bij het structureren van haar dagelijks leven en, geholpen door hulpverleners, de stap richting

	diagnostiek en behandeling binnen de GGZ moet kunnen zetten. Verwaarlozing is niet aan de orde.
RZA 2006, 89 CVZ 21-03-2006	Inzet van AWBZ-zorg is niet aangewezen als de verzekerde de aanwezige behandelmogelijkheden niet wil benutten; het ongebruikt laten van behandelmogelijkheden komt dan volledig voor rekening van verzekerde zelf. Dit kan anders zijn als de oordeelsvorming over behandelmogelijkheden niet volledig voor rekening van verzekerde kan komen vanwege de aanwezige psychiatrische problematiek. Een minimale zorginzet kan dan redelijkerwijs zijn aangewezen. In dit geval is verzekerde vanwege een psychiatrische aandoening aangewezen op een minimale zorginzet, te weten ondersteunende begeleiding klasse 2. Het verdient de voorkeur dat verzekerde tijdens deze begeleiding in een min of meer stabiele omgeving verkeert. Via de daklozenopvang is hier in dit geval in voorzien.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

De OGGZ is onderdeel van de Wmo. Het gaat om 'activiteiten die niet op geleide van een vrijwillige of individuele hulpvraag worden uitgevoerd en die zich richten op risicogroepen, individuen of groepen met een dreigende psychische stoornis of een verhoogd risico (risicogroepen) daarop, die zelf niet om hulp (kunnen) vragen', de zogenoemde bemoeizorg.

CVZ 25-09-2012	Naast de mogelijkheid van minimale zorginzet blijft het de bedoeling dat de behandelmijder gestimuleerd wordt zich alsnog (verder) te laten behandelen. Het bereiken van een zo groot mogelijke mate van zelfredzaamheid is immers het uitgangspunt. Als er nog geen sprake is van gediagnosticeerde psychiatrische problematiek en/of recent behandelcontact, zal toeleiding naar (optimale) behandeling moeten plaatsvinden vanuit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vallend onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit is de zogeheten 'bemoeizorg'. Als bij een verzekerde wel al sprake is van gediagnosticeerde psychiatrische problematiek en een recent behandelcontact, valt het toeleiden naar (optimale) behandeling dan wel herstel van het behandelcontact, primair onder de Zvw.
RZA 2011, 117 CVZ 19-09-2011	Als een verzekerde behandeling weigert en deze weigering valt hem niet toe te rekenen vanwege een gestoorde oordeelsvorming is minimale zorginzet mogelijk om te voorkomen dat verzekerde aan zijn lot wordt overgelaten. Toeleiden naar behandeling vanuit de OGGZ (Wmo) blijft dan aan de orde.
RZA 2007, 174 CVZ 24-09-2007	Ten aanzien van de vraag in hoeverre een verzekerde met de grondslag psychiatrie aanspraak kan maken op AWBZ-zorg, zijn naar het oordeel van het CVZ de volgende situaties te onderscheiden:

	<p><i>De verzekerde accepteert behandeling</i> De behandeling is AWBZ zorg, maar het CIZ stelt hiervoor geen indicatie. Het indicatieorgaan stelt wel (met advies van de behandelaar) vast op welke andere AWBZ-zorg de verzekerde eventueel is aangewezen.</p> <p><i>De verzekerde wenst geen enkele zorg te ontvangen</i> Er is in dit geval geen zorgvraag en er is dan geen zorg ten laste van de AWBZ mogelijk. Op grond van artikel 9b AWBZ is er voor de zorg die is genoemd in artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit (Zib), waaronder activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding, een indicatiebesluit van het indicatieorgaan nodig. Artikel 9b, lid 1 AWBZ bepaalt dat de indicatie door de verzekerde moet worden aangevraagd. Dat kan op grond van artikel 5, lid 1 Zib overigens zowel schriftelijk als mondeling. Als de verzekerde geen aanvraag wenst te doen en ook niet wil laten doen door een vertegenwoordiger, biedt de Wmo mogelijkheden. Het toeleiden naar zorg (het signaleren, opsporen, contact leggen en contact houden, het toeleiden zelf én de ongevraagde nazorg) behoort tot <i>de OGGZ</i> en valt sinds 1 januari 2007 onder de Wmo.</p> <p><i>De verzekerde wenst wel zorg te ontvangen, maar weigert behandeling</i> In zijn algemeenheid is inzet van AWBZ-zorg niet aan de orde als de verzekerde afziet van aanwezige behandelmogelijkheden. Als de beslissing om af te zien welbewust is genomen door een oordeelkundige verzekerde is er dus geen aanspraak op AWBZ-zorg. Als vanwege de aanwezige psychiatrische problematiek de oordeelsvorming over behandelmogelijkheden niet volledig voor rekening kan komen van verzekerde en deze verzekerde wel andere AWBZ-zorg dan behandeling wenst, kan kortdurend activerende begeleiding worden geïndiceerd (eventueel in combinatie met ondersteunende begeleiding), om de verzekerde te motiveren tot, of toe te leiden naar behandeling. Als de verzekerde niet oordeelskundig is, en niet te motiveren blijkt voor behandeling, kan ten slotte minimale zorginzet mogelijk zijn, om te voorkomen dat de verzekerde aan zijn lot wordt overgelaten.</p>
--	--

Slot

Zoals uit het voorgaande blijkt, doet de afbakeningsproblematiek van Zvw/AWBZ zich zowel onderling als met verschillende regelingen voor. Dit komt vooral omdat de voorzieningen voor gehandicapten verdeeld zijn over diverse wettelijke regelingen en instanties.

Een logische scheidslijn tussen deze voorzieningen is soms moeilijk te trekken. Voor de verzekerde is het alleen maar lastig dat hij te maken heeft met verschillende instanties, die, waar mogelijk, hun beleid ook niet op elkaar afstemmen.

Voor de verzekerde staat immers zijn handicap centraal en is het onbegrijpelijk dat er bijvoorbeeld wel een woningaanpassing (Wmo) plaatsvindt, terwijl hij niet in aanmerking komt voor hulpmiddelen in het kader van de Zvw. Veel voorschrijvers zijn evenmin op de hoogte van deze lappendeken aan voorzieningen.

In dit verband wordt bovenal een betere voorlichting aan zowel verzekerde als voorschrijvers bepleit die het hele terrein van de gehandicaptenvoorzieningen omvat en niet versnipperd is over de diverse loketten.