Rapport

Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2

Op 22 november 2012 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

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

Volgnummer 2011060289
Afdeling ZORG-ZA

Auteur mw. drs. A.J. Link
Doorkiesnummer Tel. (020) 797 86 47

Inhoud:

pag.

Samenvatting

1 1. Inleiding

1 1.a. Aanleiding

1 1.b. Afbakening 2009

2 1.c. Wet- en regelgeving

3 2. Hoofdunit en toebehoren

3 2.a. Inleiding

3 2.b. Voorstel

4 2.b.1. Overige verbruiksartikelen

4 2.c. Consultatie

4 2.d. Conclusie

6 3. Achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis

7 4. Insulinepomp, voedingspomp en thuisdialyse-apparatuur

7 4.a. Inleiding

7 4.b. Insuline- en voedingspomp

7 4.b.1. Oorspronkelijk voorstel

8 4.b.2. Consultatie

10 4.b.3. Conclusie

10 4.c. Thuisdialyse-apparatuur

10 4.c.1. Inleiding

10 4.c.2. Historie en aanspraken

11 4.c.3. Voorstel

12 4.c.4. Consultatie

12 4.c.5. Conclusie

13 5. Nader onderzoek

13 5.a. Injectiespuiten en draagbare uitwendige infuuspompen

13 5.b. Verbandmiddelen

14 6. Consultatie

15 7. Standpunten en advies

15 7.a. Standpunten

15 7.a.1. Knip tussen hoofdunit en toebehoren

15 7.a.2. Achterwachtfunctie en spoedeisende zorg

15 7.a.3. Voedingspomp en insulinepomp

16 7.b. Advies thuisdialyse-apparatuur

Bijlagen

1. Relevante wet- en regelgeving
2. Stroomschema (aangepaste versie)

3. Verslag consultatiebijeenkomst maart 2012
4. Verslag consultatiebijeenkomst juni 2012
5. Reacties partijen
6. Lijstje met standpunten met betrekking tot afbakening

Dit rapport is opgesteld in samenwerking met:
Dhr. H.M. Gaasbeek Janzen (arts)
Mw. mr. A.M.C. van Saase
Mw. mr. P.C. Staal
Mw. E.C.M. Visser

Samenvatting

Aanleiding

De aanleiding voor dit vervolgrapport op het afbakenings-standpunt uit 2009 (verder: afbakening 2009) is drieledig:

- Praktijkervaringen met de vacuümpomp leren dat een gescheiden aanspraak en bekostiging van hoofdunit en noodzakelijke toebehoren tot problemen leidt.
- Er bestaat in het veld onduidelijkheid over wat we bedoelen met de in de afbakening 2009 genoemde formulering 'Is er sprake van een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn?'.
- We concluderen op basis van de afbakening 2009 dat bij thuisdialyse-apparatuur, insuline- en voedingspompen (in bepaalde gevallen) sprake is van medisch-specialistische zorg in plaats van de hulpmiddelenzorg.

Standpunt 2009

In de afbakening 2009 hebben we uitgelegd wanneer een hulpmiddel valt onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en wanneer onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (verder: 'medisch-specialistische zorg').

Hulpmiddelen met toebehoren

Onderdeel van de afbakening 2009 was het standpunt dat toebehoren (behorende bij een hoofdunit) die in de thuissituatie regelmatig vervangen dienen te worden, onder de hulpmiddelenzorg vallen. Inmiddels hebben we meer zicht op hoe dit standpunt uitwerkt in de praktijk. De praktijk laat zien dat dit tot uitvoeringsproblemen, perverse prikkels en versnippering van zorg leidt. Op basis van deze ervaringen hebben we ons de vraag gesteld of een splitsing tussen de hoofdunit en de toebehoren over twee te verzekeren prestaties (en daarmee verschillende bekostigingssystemen) wel een gewenste ontwikkeling is.

Geen knip in de aanspraak en bekostiging

We zijn tot de conclusie gekomen dat de bekostiging van een hulpmiddel en de bijbehorende toebehoren in één hand (aanspraak) moet blijven. De te verzekeren prestatie waaronder de hoofdunit valt, is hierbij leidend. Er is geen wijziging van de wet- en regelgeving noodzakelijk. Dit nieuwe standpunt heeft op dit moment alleen gevolgen voor de vacuümpomp. Omdat de uitvoeringspraktijk op dit moment nog anders is, wil het CVZ dit standpunt uiterlijk 1 januari 2014 doorvoeren. Indien ziekenhuizen en zorgverzekeraars eerder tot overeenstemming komen, kan dit standpunt op individuele basis eerder ingevoerd worden.

Achterwachtfunctie

Ook verduidelijken we in dit rapport wat we bedoelen met de formulering 'achterwachtfunctie of spoedeisende zorg' uit de afbakening 2009. In het kort komt het er op neer dat er sprake is van medisch-specialistische zorg indien:

- het hulpmiddel wordt ingezet bij een ernstige aandoening,

of;
- het gebruik van het hulpmiddel risico's met zich meebrengt, of;
- wordt ingezet ter ondersteuning van het behandelbeleid van de medisch-specialist.

Consequenties overhevelen

Overheveling van de thuisdialyse-apparatuur van de hulpmiddelenzorg naar de medisch-specialistische zorg beperkt zich niet alleen tot de apparatuur. Deze te verzekeren prestatie bestaat ook uit zaken als toebehoren, gebruiksartikelen en woningaanpassingen. We hebben daarom de consequenties van een overheveling in kaart gebracht. Dit heeft geleid tot het advies om alle zorg over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg, behalve de vergoeding van een eventuele woningaanpassing en de redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. We adviseren deze laatste twee deelaanspraken in een apart artikel in de regelgeving op te nemen, zodat de verzekeraars verantwoordelijk blijven voor de levering en bekostiging. Omdat deze zorg op dit moment allemaal in de paragraaf hulpmiddelenzorg is geregeld, is een wetswijziging noodzakelijk. De DBC-systematiek behoeft geen aanpassing. Partijen steunen dit advies.

Insulinepomp en voedingspomp

Ook bij insuline- en de voedingspomp (in een deel van de gevallen) zijn we tot de conclusie gekomen dat sprake is van medisch-specialistische zorg in plaats van de hulpmiddelenzorg. We waren van plan om deze hulpmiddelen gelijktijdig met de thuisdialyse-apparatuur over te hevelen. Echter, uit de consultaties blijkt dat partijen op dit moment weinig vertrouwen hebben in de organisatie- en inkoopkwaliteiten van ziekenhuizen om een doelmatige en patiëntgerichte zorg te kunnen borgen. Daarom hebben we besloten om deze hulpmiddelen voorlopig nog niet over te hevelen. We zullen partijen vragen om de randvoorwaarden voor een verantwoorde overheveling in kaart te brengen. Om partijen voldoende tijd te geven om de randvoorwaarden in kaart te brengen en te organiseren, zullen we de insulinepomp en de voedingspomp pas per 1 januari 2015 overhevelen. Tot die tijd blijven deze hulpmiddelen bij gebruik in de thuissituatie vallen onder de hulpmiddelenzorg. Randvoorwaarden die in ieder geval georganiseerd dienen te worden zijn aanpassing van de DBC-systematiek en de overheveling van de gelden van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg naar de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. Aanpassing van de wet- en regelgeving is niet nodig.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

De aanleiding van dit rapport is drieledig:

Knip in de bekostiging

- Ervaringen in de praktijk met de vacuümpomp voor wondverzorging, leren dat een gescheiden bekostiging van hoofdunit en noodzakelijke toebehoren tot onder andere perverse prikkels leidt. Dit heeft ertoe geleid dat we ons opnieuw zijn gaan beraden over de vraag of het bij dergelijke hulpmiddelen (dus een hoofdunit inclusief toebehoren) wel verstandig is om een knip te maken in de te verzekeren prestatie en daarmee de bekostiging van de zorg.

Achterwachtfunctie of spoedeisende zorg

- In de afbakening 2009 gebruiken we de formulering: 'Is er sprake van een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn?'. Het is gebleken dat deze formulering niet voor iedereen duidelijk is. Om die reden geven we in dit rapport een nadere uitleg.

Dialyseapparatuur, insuline- en voedingspomp

- Bij het functiegericht omschrijven van de thuisdialyse-apparatuur, de diabeteshulpmiddelen en de voedingshulpmiddelen kwamen we tot de conclusie dat er bij thuisdialyse-apparatuur, insuline- en de voedingspompen (in bepaalde gevallen) uitgaande van de afbakening 2009 sprake is van 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'.

1.b. Afbakening 2009

In augustus 2009 hebben we het standpunt 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (rapportnummer 280)' uitgebracht.
Hierin leggen we uit wanneer sprake is van een hulpmiddel in het kader van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en wanneer sprake is van een hulpmiddel in het kader van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'. Deze behoefte bestond bij partijen omdat de bekostiging van beide genoemde prestaties verschillend is.

Hulpmiddelenzorg

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 Regeling zorgverzekering (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' (verder: de stand van de wetenschap en praktijk).

Geneeskundige zorg

Een hulpmiddel kan ook onderdeel zijn van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Naast dat het zorg moet zijn zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, dient het hulpmiddel ook bij deze te verzekeren prestatie te voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

1.c. Wet- en regelgeving

De relevante wet- en regelgeving waarop de afbakening 2009 en dit rapport zijn gebaseerd, is opgenomen als bijlage bij dit rapport (bijlage 1).

2. Hoofdunit en toebehoren

2.a. Inleiding

Knip hoofdunit en toebehoren

In de afbakening 2009 hebben we het standpunt ingenomen dat verbruiksartikelen in de thuissituatie te allen tijde onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vielen. Ook indien een hulpmiddel bestond uit een 'hoofdunit' (medisch-specialistische zorg) met toebehoren (verbruiksartikelen), vielen deze toebehoren in de thuissituatie onder de hulpmiddelenzorg. Dit had tot gevolg dat de toebehoren op een andere wijze bekostigd werden (apart vergoed door zorgverzekeraars) dan de hoofdunit (onderdeel van de DBC-systematiek).

Vacuümpomp

Op dit moment is negatieve druktherapie (de vacuümpomp) het enige voorbeeld waarbij sprake is van een knip in de bekostiging tussen hoofdunit (de pomp) en de toebehoren. Het CVZ ging er vanuit dat de toebehoren van een vacuümpomp alleen verbandmiddelen betrof. Inmiddels is ons duidelijk geworden dat het naast foamverbanden ook gaat om andere accessoires zoals opvangbekers, slangetjes en folie.

Praktijkervaringen

Zorgverzekeraars hebben aangegeven, dat deze knip tot problemen in de uitvoeringspraktijk leidt. De toebehoren bij de hoofdunit zijn namelijk uniek, waardoor het voor de zorgverzekeraars niet mogelijk is om te onderhandelen met aanbieders over de noodzakelijke toebehoren bij negatieve druktherapie. Het ziekenhuis levert immers de vacuümpomp en bepaalt de keuze voor het merk/type pomp. Voor de verstrekking van toebehoren is de zorgverzekeraar (indien hij hierover geen afspraken maakt) afhankelijk van de keuze van het ziekenhuis. Het kan voorkomen dat het ziekenhuis kiest voor een bepaalde pomp, waarbij de toebehoren in verhouding veel duurder zijn dan een ander merk pomp. Het ziekenhuis zelf heeft er geen belang bij om bij zijn inkoopbeleid hiermee rekening te houden. De afgelopen jaren zijn de toebehoren bij negatieve druktherapie flink in prijs gestegen. Enkele zorgverzekeraars hebben gesuggereerd dat dit een gevolg is van slim marktgedrag van fabrikanten/leveranciers. Deze zouden de pomp gratis ter beschikking stellen aan het ziekenhuis en de prijs van de pomp verdisconteren in de prijs van de toebehoren. Een marktleider op het gebied van negatieve druktherapie ontkent dit echter. Ook ontving het CVZ signalen dat de gemiddelde behandelduur steeds verder toeneemt (en daarmee het aantal toebehoren), waarbij het de vraag is of dit medisch noodzakelijk is.

2.b. Voorstel

In één hand houden

Om uitvoeringsproblemen, perverse prikkels en versnippering van zorg te voorkomen concluderen we dat de bekostiging van een hulpmiddel en de bijbehorende toebehoren in één hand (aanspraak) moet blijven. We nemen het standpunt in dat de verzekerde prestatie waaronder de hoofdunit valt, leidend is

bij de bepaling welke te verzekeren prestatie dit is.

Gevolg vacuümpomp

Dit nieuwe standpunt heeft tot gevolg dat de vacuümpomp inclusief de noodzakelijke toebehoren tot de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg behoort. Het stroomschema (bijlage 2) is in overeenstemming met dit standpunt gebracht.

Stroomschema aangepast

Inmiddels is er ook een wegwerpvariant van de vacuümpomp op de markt gebracht. Indien het oude stroomschema werd gevolgd, was de conclusie dat dit hulpmiddel behoorde tot de hulpmiddelenzorg, omdat verbruiksartikelen in de thuissituatie te allen tijde behoorden tot hulpmiddelenzorg. Bij dit nieuwe hulpmiddel is echter sprake van hetzelfde behandeldoel en werkingsmechanisme als de vacuümpomp. Daarom vinden wij dat er sprake is van een hulpmiddel in het kader van de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg'. Dit heeft eveneens tot een kleine aanpassing van het stroomschema geleid.

Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving hoeft voor deze wijziging in beleid niet te worden aangepast.

DBC-systematiek

Er zijn al zorgactiviteiten in de DBC-systematiek beschikbaar waarmee het hulpmiddel inclusief de toebehoren geregistreerd kan worden en op basis waarvan onderhandeld kan worden. Bij deze zorg bestaat eveneens aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg (artikel 2.11, eerste lid, Besluit zorgverzekering). Deze zorg is in dit geval niet opgenomen in de betreffende zorgproducten maar kunnen via een aparte beleidsregel van de NZa 'verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met de medisch-specialistische zorg' gedeclareerd worden.

2.b.1. Overige verbruiksartikelen

Het standpunt over verbruiksartikelen zoals verwoord in de afbakening 2009 blijft ongewijzigd, tenzij er sprake is van een verbruiksartikel waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Verbruikshulpmiddelen die in de thuissituatie onder de hulpmiddelenzorg vallen zijn bijvoorbeeld incontinentie- en stomamaterialen. Een voorbeeld van een verbruiksartikel in de thuissituatie waarbij sprake is van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg (vanwege de achterwachtfunctie) zijn de ketonenteststrips.

2.c. Consultatie

Steun partijen

Partijen steunen het voorstel om de knip in aanspraak en bekostiging tussen hoofdunit en noodzakelijke toebehoren (verbruiksartikelen) op te heffen.

2.d. Conclusie

We concluderen dat er breed draagvlak is voor het opheffen

van de knip in aanspraak en bekostiging bij hulpmiddelen die bestaan uit een hoofdunit en toebehoren.

Ingangsdatum Omdat de uitvoeringspraktijk op dit moment nog anders is, stellen we voor dit standpunt uiterlijk 1 januari 2014 door te voeren. Indien zorgverzekeraars en ziekenhuizen eerder tot overeenstemming komen, kan dit standpunt ook op individuele basis eerder worden ingevoerd.

3. Achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis

Aanleiding

In de afbakening 2009 introduceerden wij de formulering: 'Is er sprake van een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn?'. Uit ontvangen vragen blijkt dat deze formulering niet voor iedereen duidelijk is. Om die reden geven we hieronder een nadere uitleg.

Doel formulering

Het doel van deze formulering is een onderscheid te maken tussen hulpmiddelen:

- die ingrijpen op de behandeling van een ernstige aandoening of;
- waarbij de behandeling met het hulpmiddel risico's met zich kan meebrengen of;
- waarbij het hulpmiddel door een medisch-specialist wordt ingezet ter ondersteuning van zijn behandelbeleid (bijvoorbeeld ten behoeve van bepaling van een diagnose of bedoeld om te bepalen of aanpassing van de behandeling nodig is (bijvoorbeeld aanpassing van dosering of type geneesmiddel));

en

- de overige hulpmiddelen.

Toelichting

Bij sommige hulpmiddelen (bijvoorbeeld een hoortoestel) brengt het minder risico met zich mee, wanneer het hulpmiddel niet goed is aangemeten. Bij andere medische hulpmiddelen is een juiste instelling en uitvoering van de behandeling en tijdige aanpassing van de apparatuur bij wijziging van het ziektebeeld van de patiënt van (levens)belang. Neem bijvoorbeeld de beademingsapparatuur of de fototherapie bij Crigler Najjar[1]. Indien deze hulpmiddelen niet goed ingesteld zijn of de behandelfrequentie niet adequaat is, kan een levensbedreigende situatie ontstaan en/of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig zijn. Met achterwachtfunctie bedoelen we dat begeleiding van de behandeling door een medisch-specialist (of een andere zorgverlener onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist) noodzakelijk is. Deze evalueert de voortgang van de behandeling, past deze zo nodig aan of beëindigt de behandeling indien daar redenen voor zijn. Dit speelt bijvoorbeeld ook bij de continue glucosemonitoring (CGM).
We zijn ons ervan bewust dat partijen van mening kunnen verschillen over de uitwerking van dit punt. We proberen met bovenstaande zo duidelijk mogelijk aan te geven hoe we invulling geven aan dit criterium. Bij onduidelijkheid kunnen partijen ons om een standpunt vragen.

[1] Het syndroom van Crigler-Najjar is een zeldzame aandoening waarbij het metabolisme van bilirubine gestoord verloopt. Bilirubine is een stof die gevormd wordt bij het afbreken van bloed. Dit leidt bij kinderen vaak tot hersenbeschadiging.

4. Insulinepomp, voedingspomp en thuisdialyse-apparatuur

4.a. Inleiding

Stroomschema

Op basis van het stroomschema uit de afbakening 2009 zijn we tot de conclusie gekomen dat de huidige situering van thuisdialyse-apparatuur, insuline- en voedingspompen (voor een gedeelte) onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' niet terecht is. We zijn van mening dat deze hulpmiddelen onder de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg' zouden moeten vallen, omdat er in deze gevallen sprake is van hulpmiddelen waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg door het ziekenhuis nodig kan zijn.
Naast dat deze overheveling leidt tot een consistente verdeling van de hulpmiddelen conform het standpunt afbakening 2009, vinden wij dat deze hulpmiddelen medisch-inhoudelijk gezien thuishoren onder de medisch-specialistische zorg. Daarnaast zijn we van mening dat het het gepast gebruik van deze hulpmiddelen kan bevorderen doordat de medisch-specialist zich mogelijk meer verantwoordelijk gaat voelen voor het efficiënt inzetten van deze hulpmiddelen.

4.b. Insuline- en voedingspomp

4.b.1. Oorspronkelijk voorstel

Voorstel

We waren voornemens om de insulinepomp en de voedingspomp (in die gevallen waarbij de voedingspomp door een medisch-specialist is ingezet en de verantwoordelijkheid niet wordt overgedragen naar een zorgverlener in de eerste lijn) over te hevelen vanuit de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' naar 'medisch-specialistische zorg'.

Aanpassing wet- en regelgeving niet nodig

We hebben bij de totstandkoming van de functiegerichte omschrijving van deze twee categorieën hulpmiddelen al rekening gehouden met de mogelijkheid dat deze hulpmiddelen in de toekomst zouden gaan vallen onder de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. De insuline- en voedingspomp staan in de functiegerichte omschrijving in de paragraaf Hulpmiddelenzorg en de bijbehorende toelichting namelijk niet genoemd. Aanpassing van wet- en regelgeving is dan ook niet nodig.

DBC-systematiek en overheveling gelden

Deze hulpmiddelen zullen ook een plaats moeten gaan krijgen in de DBC-systematiek. DBC Onderhoud is met de voorbereidingen hiervoor al vergevorderd. Een door DBC-Onderhoud ontwikkeld stappenplan zal hierbij behulpzaam zijn. Op basis van het stappenplan wordt onder andere beoordeeld of er wijzigingen in de productstructuur nodig zijn. We zullen ook in kaart brengen welk bedrag van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg overgeheveld dient te worden naar de medisch-specialistische zorg.

4.b.2. Consultatie

Uitvoerings-problemen

Uit de consultatie kwam echter naar voren dat een groot deel van de partijen zich weliswaar kon vinden in het standpunt dat bij deze hulpmiddelen sprake is van medisch-specialistische zorg, maar grote problemen in de uitvoeringspraktijk voorzag.

Belangrijkste punten uit schriftelijke consultatie:

- problemen inbouwen DBC-systematiek;
- minder inkoopmacht dus duurder;
- verzekerden voor toebehoren naar ziekenhuis;
- leveranciers onderhandelen met alle ziekenhuizen;
- ieder behandelcentrum moet een distributielijn inrichten;
- beperking keuzevrijheid;
- vermenging van rollen, zorgverlener wordt zowel behandelaar als leverancier.

Omdat bijna alle partijen problemen voorzagen, hebben we gesprekken gevoerd met de NZa en DBC Onderhoud over het inbouwen van deze hulpmiddelen in de DBC-systematiek. Daarnaast heeft het CVZ twee consultatiebijeenkomsten georganiseerd (één met de 'algemene koepels' en één met de meer 'inhoudelijke koepels') om over deze punten te spreken. Verslagen van deze bijeenkomsten zijn bijgevoegd in bijlage 3 en 4. Hieronder is onze reactie op de genoemde punten opgenomen.

Opname in DBC-systematiek

De NZa heeft dit onderwerp opgenomen in de 'Doorontwikkelagenda DOT'. De NZa vindt het belangrijk dat deze zorg op een goede manier wordt opgenomen in de DBC-systematiek. DBC-Onderhoud heeft voor hulpmiddelenzorg een stappenplan ontwikkeld op basis waarvan overwogen wordt of er wijzigingen in de productstructuur nodig zijn. Hiermee kan het voor specifieke hulpmiddelen mogelijk worden om deze te registreren en daarmee inzicht te bieden in de geleverde zorg.

DBC-systematiek: gemiddelde prijzen

Een ander genoemd punt met betrekking tot de DBC-systematiek is dat in deze systematiek gemiddelde prijzen worden gehanteerd. Dit zal er volgens partijen toe leiden dat maatwerk niet meer mogelijk zal zijn. We hebben uitgelegd dat we zien dat zorgverzekeraars ook voor steeds meer hulpmiddelen gemiddelde prijzen afspreken en dat niet valt uit te sluiten dat dit in de toekomst ook zal gebeuren op het terrein van de insuline- en voedingspompen.

Minder inkoopmacht

Ziekenhuizen zouden minder inkoopmacht hebben, waardoor de zorg duurder zal worden, aldus partijen. We zijn van mening dat inkoopmacht door ziekenhuizen georganiseerd kan worden. De NVZ deelt deze mening. Op dit moment gebeurt dit echt nog niet. Daarom heeft de NVZ aangegeven dat ziekenhuizen voldoende tijd dienen te krijgen om dit te organiseren. Het rapport van de NMA 'Sectorstudie medische hulpmiddelen' laat zien dat gezamenlijk inkopen van

hulpmiddelen tot een flinke besparing kan leiden.

Distributielijn

Patiënten zijn bang dat ze in de toekomst voor het verkrijgen van hun hulpmiddelen en toebehoren naar het ziekenhuis moeten. Een ander veelgehoord punt is dat ieder behandelcentrum een eigen distributielijn moet gaan inrichten. Wij delen deze visie niet. Zorgverzekeraars hebben op dit moment ook niet hun eigen distributielijn en patiënten hoeven op dit moment ook niet naar hun zorgverzekeraar voor het verkrijgen van hun hulpmiddelen. Zorgverzekeraars hebben deze zorg uitbesteed bij gespecialiseerde bedrijven. Wij zien niet in waarom ziekenhuizen deze zorg niet op dezelfde manier kunnen organiseren.

Keuzevrijheid

Een ander veelgenoemd bezwaar is dat de keuzevrijheid van patiënten beperkt zal worden. Uit de consultatiebijeenkomst met inhoudelijke partijen blijkt dat alles wat op dit moment door de medisch-specialist wordt voorgeschreven door de zorgverzekeraar geleverd wordt. De partijen zijn dan ook zeer tevreden met de huidige gang van zaken. Wij verwachten echter dat zorgverzekeraars hun beleid op dit punt wel eens zouden kunnen gaan wijzigen. Partijen hebben op dit moment geen zekerheid dat zorgverzekeraars op termijn de zorg op een dezelfde manier blijven regelen. Onze verwachting dat medisch-specialisten 'aan het roer' willen staan en invloed willen hebben op welke hulpmiddelen ingekocht worden voor hun patiënten, bleek voor deze hulpmiddelen niet te kloppen. We concluderen dat medisch-specialisten op dit moment nauwelijks invloed hebben op het inkoopbeleid van ziekenhuizen en er de voorkeur aan geven dat de zorgverzekeraars deze hulpmiddelen inkopen.

Vermenging van rollen

Een aantal partijen heeft aangegeven de vermenging van rollen een principieel punt te vinden. De zorgverlener wordt zowel behandelaar als leverancier, een onwenselijke situatie aldus een aantal partijen. Wij delen dit bezwaar niet. Op veel andere plaatsen is dit nu ook al het geval, denk bijvoorbeeld aan de heupprotheses en pacemakers. Maar ook de dialysecentra hebben naar ieders tevredenheid op dit moment de dubbelrol van behandelaar en leverancier.

Conclusies consultatie-bijeenkomsten

Opvallend was dat de conclusie van de twee consultatie-bijeenkomsten sterk verschilde van elkaar. De belangrijkste conclusie van het overleg met de meer algemene koepels was dat de in de schriftelijke consultatie genoemde punten niet onoverkomelijk waren. De belangrijkste conclusie van de bijeenkomst met de meer 'inhoudelijke koepels' was dat partijen op dit moment weinig tot geen vertrouwen hebben in de organisatie- en inkoopkwaliteiten van ziekenhuizen om een doelmatige en patiëntgerichte zorg te kunnen borgen.

4.b.3. Conclusie

Geen overheveling

De uitkomsten van de schriftelijke consultatie en de consultatiebijeenkomsten hebben er toe geleid dat we de overheveling van de insuline- en voedingspomp op dit moment nog niet zullen doorzetten. We willen partijen vragen de

Randvoorwaarden

randvoorwaarden in kaart te brengen welke geregeld dienen te zijn voordat een verantwoorde overheveling van deze hulpmiddelen mogelijk is. Om partijen voldoende tijd te geven om de randvoorwaarden in kaart te brengen en te organiseren, zullen we de insulinepomp en de voedingspomp pas per 1 januari 2015 overhevelen.

4.c. Thuisdialyse-apparatuur

4.c.1. Inleiding

Zoals in 4.a. beschreven komen wij op basis van de afbakening 2009 tot de conclusie dat thuisdialyse-apparatuur zou moeten vallen onder de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg'. Omdat deze hulpmiddelen in de Rzv als een aparte te verzekeren prestatie is opgenomen in de paragraaf 'Hulpmiddelenzorg', is een wetswijziging noodzakelijk. Omdat deze te verzekeren prestatie zich niet beperkt tot alleen het dialyseapparaat, hebben we hieronder de consequenties van een dergelijk advies aan de minister in kaart gebracht.

4.c.2. Historie en aanspraken

Aanspraak apparatuur

De aanspraak op thuisdialyse-apparatuur neemt een bijzondere plaats in de Rzv. Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) was deze zorg geregeld in het Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering en de daarop gebaseerde regeling van de voormalige Ziekenfondsraad: de Regeling nadere regelen niet-klinische hemodialyse ziekenfondsverzekering.

Meer marktwerking

Met de komst van de Zvw is de thuisdialyse-apparatuur overgeheveld van de geneeskundige zorg naar de hulpmiddelenzorg. Dit was ingegeven door de wens om in het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel meer marktwerking te realiseren, waardoor de keuzemogelijkheden van verzekerden zouden toenemen en de doelmatigheid van het stelsel werd bevorderd. Navraag bij verzekeraars laat zien dat zij geen gebruik gemaakt hebben van de keuzevrijheid. Blijkbaar zagen zorgverzekeraars er niet de meerwaarde van in om deze apparatuur 'los' in te kopen. Alle zorgverzekeraars blijken de zorg inclusief de thuisdialyse-apparatuur nog altijd in te kopen bij de dialysecentra.

Overige aanspraken

Naast aanspraak op het hulpmiddel zelf, bestaat ook aanspraak op:

- de noodzakelijke toebehoren om de apparatuur te laten functioneren;

- de regelmatige controle en onderhoud met inbegrip van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- vergoeding van redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen (zoals elektriciteitskosten en kosten van water);
- het opleiden van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de medische zorg, thans de ondersteuning en begeleiding vanuit een dialysecentrum;
- eventuele noodzakelijke woningaanpassingen;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysestoel).

4.c.3. Voorstel

Het is lastig uitvoerbaar om voor alle onderdelen van deze aanspraak (bijvoorbeeld woningaanpassingen) het ziekenhuis (dialysecentrum) verantwoordelijk te stellen voor de uitvoering hiervan. In dit geval wil het CVZ toch een 'knip' in de te verzekeren prestatie voorstellen, waarbij wordt teruggegaan naar de situatie zoals ten tijde van de Ziekenfondswet.

Noodzakelijke toebehoren

Conform de beleidswijziging zoals in hoofdstuk drie is toegelicht, stelt het CVZ voor om alle apparatuur inclusief toebehoren die noodzakelijk zijn voor de medische behandeling over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg. Naast de noodzakelijke toebehoren hebben meer onderdelen van de aanspraak op thuisdialyse-apparatuur een directe relatie met de hoofdunit. Om deze redenen willen we adviseren om onderstaande aspecten over te hevelen naar de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg':

- de noodzakelijke toebehoren om de apparatuur te laten functioneren;
- de regelmatige controle en onderhoud met inbegrip van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- het opleiden van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de medische zorg, thans de ondersteuning en begeleiding vanuit een dialysecentrum;

Overige benodigdheden

Bijzonder aan de aanspraak op thuisdialyse-apparatuur is dat er naast noodzakelijke toebehoren ook overige 'gebruiksartikelen' bij thuisdialyse om de thuisdialyse goed en veilig te kunnen uitvoeren voor vergoeding in aanmerking komen. Deze gebruiksartikelen werden voorheen (ten tijde van de Ziekenfondswet) in bruikleen verstrekt door de dialysecentra. Wij vinden het het meest voor de hand liggend en zien uitvoeringstechnisch ook geen bezwaren om dit weer op dezelfde manier te organiseren.

Redelijke te achten kosten

Dit geldt niet voor de aanspraak op vergoeding van de 'redelijk te achten kosten die rechtstreeks samenhangen met de

thuisdialyse' (zoals de extra stroomkosten) en de vergoeding van een eventuele woningaanpassing. Wij zijn van mening dat het lastig uitvoerbaar en ongewenst is om deze aanspraken eveneens onder te brengen in de medisch-specialistische zorg. Ziekenhuizen (of dialysecentra) dienen dan bijvoorbeeld geld over te maken naar patiënten, ter compensatie van dergelijke kosten of in geval van een woningaanpassing een aannemer in te schakelen. In beide gevallen zijn wij van mening dat er geen sprake is van (medisch-specialistische) zorg. Wij zijn echter wel van mening dat (gezien de hoge kosten) vergoeding van deze kosten binnen de Zvw gehandhaafd dient te blijven. Het CVZ zal in overleg met het ministerie bekijken op welke wijze dit wettechnisch (Besluit zorgverzekering, Regeling, Zorgverzekering en/of toelichting) geregeld dient te worden. Zorgverzekeraars zijn dan net als nu verantwoordelijk voor de vergoeding van deze kosten. Dit was ook ten tijde van de Ziekenfondswet het geval.

4.c.4. Consultatie

Alle partijen hebben aangegeven zich te kunnen vinden in dit voorstel. Dit komt mede doordat het in de praktijk al zo geregeld is.

4.c.5. Conclusie

We concluderen dat het voorstel om de thuisdialyse-apparatuur over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg door partijen gedragen wordt. We zullen de minister dan ook adviseren om de wet- en regelgeving op dit punt aan te passen.

Ingangsdatum

Aangezien de wijzigingen met betrekking tot het basispakket voor 2013 al zijn doorgevoerd, stelt het CVZ de minister voor deze wijziging per 1 januari 2014 door te voeren.

5. Nader onderzoek

5.a. Injectiespuiten en draagbare uitwendige infuuspompen

Medisch-specialistische zorg?

We zullen naar verwachting in 2013 beoordelen of het mogelijk is de te verzekeren prestaties injectiespuiten en draagbare uitwendige infuuspompen (voor andere medische indicaties of toepassing dan insuline) meer functiegericht te omschrijven. Hierbij komt eveneens de vraag aan de orde of er (in een aantal gevallen) geen sprake is van medisch-specialistische zorg. Tot hierover een standpunt is uitgebracht, blijven deze hulpmiddelen in de thuissituatie vallen onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

5.b. Verbandmiddelen

Wondzorg

We buigen ons momenteel over de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' in de hulpmiddelenzorg. Zonder diep op de aanleiding in te gaan, zijn we tot de conclusie gekomen dat de uitvoeringspraktijk (gebruik van meer dan alleen verbandmiddelen, namelijk onder andere wondzalven en barrièrecrèmes) niet aansluit bij de wet- en regelgeving, waarin slechts als te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' worden genoemd. Deze te verzekeren prestatie is de afgelopen decennia – al dan niet terecht – opgerekt naar wondzorg-/ behandelproducten. De regelgeving is hierbij achtergebleven.

Toekomst onduidelijk

UMC Radboud heeft in opdracht van ons een onderzoek uitgevoerd naar de wondzorg in Nederland. De resultaten hiervan zijn kortgeleden gerapporteerd. Eén van de vragen waarmee we ons bezig houden is of deze zorg niet tot de medisch-specialistische zorg behoort, aangezien verbandmiddelen alleen voor vergoeding in aanmerking komen indien het een ernstige aandoening betreft. Het gaat hierbij om wonden die gedurende een bepaalde tijd en bij ingezette behandeling geen of te weinig genezingstendens vertonen. Op dit moment is nog niet duidelijk welke kant het op zal gaan, maar de mogelijkheid bestaat dat ook deze middelen in de toekomst deel gaan uitmaken van de medisch-specialistische zorg. Alle relevante partijen zijn in een vroeg stadium betrokken bij dit dossier.

6. Consultatie

Geconsulteerde partijen

Geconsulteerde partijen:

Het CVZ heeft de volgende partijen geconsulteerd:

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Chronisch zieken en Gehandicaptenraad (CG-raad);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- DBC Onderhoud;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- Orde van Medisch Specialisten (OMS);
- Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT);
- Federatie van technologiebranches (FHI).

Waar relevant zijn de reacties van partijen opgenomen in de tekst. De volledige reacties van partijen zijn opgenomen in bijlage 5. Op verzoek van partijen is in bijlage 6 een overzicht opgenomen met standpunten met betrekking tot de afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De standpunten en voorstellen uit dit rapport zijn hier reeds in verwerkt.

7. Standpunten en advies

7.a. Standpunten

7.a.1. Knip tussen hoofdunit en toebehoren

In één hand houden

Om uitvoeringsproblemen, perverse prikkels en versnippering van zorg te voorkomen en doelmatigheid te bevorderen, zijn we van mening dat de bekostiging van een hulpmiddel en de bijbehorende toebehoren in één hand (aanspraak) moet blijven. We nemen het standpunt in dat de verzekerde prestatie waaronder de hoofdunit valt, hierbij leidend is. In geval van de negatieve druktherapie betekent dit dat zowel de hoofdunit als de noodzakelijke toebehoren onder de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg gaan vallen.

Ingangsdatum standpunt

Omdat de uitvoeringspraktijk op dit moment nog anders is, stelt het CVZ voor dat dit standpunt uiterlijk 1 januari 2014 volledig is doorgevoerd. Indien ziekenhuizen en zorgverzekeraars eerder tot overeenstemming komen, kan dit standpunt ook op individuele basis eerder ingevoerd worden.

7.a.2. Achterwachtfunctie en spoedeisende zorg

Aanleiding

In het eerdere standpunt over de afbakening gebruiken we de formulering: 'Is er sprake van een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn?'. Uit ontvangen vragen blijkt dat deze formulering niet voor iedereen duidelijk is. Om die reden hebben we verduidelijkt wat we hiermee bedoelen.

Doel formulering

Het doel van deze formulering is een onderscheid te maken tussen de hulpmiddelen

- die ingrijpen op de behandeling van een ernstige aandoening of;
- waarbij de behandeling met het hulpmiddel risico's met zich kan meebrengen of;
- waarbij het hulpmiddel door een medisch-specialist wordt ingezet ter ondersteuning van zijn behandelbeleid (bijvoorbeeld ten behoeve van bepaling van een diagnose of bedoeld om te bepalen of aanpassing van de behandeling nodig is bijvoorbeeld aanpassing van dosering of type geneesmiddel);
  (indien sprake is van een van bovenstaande (of combinatie hiervan) is sprake van medisch-specialistische zorg)

en

- de overige hulpmiddelen (hulpmiddelenzorg).

7.a.3. Voedingspomp en insulinepomp

Uit oogpunt van consistent beleid, kwaliteit van zorg en gepast gebruik is het CVZ van mening dat de voedingspomp en insulinepomp overgeheveld dienen te worden van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg naar de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. Echter, uit de schriftelijke consultatie en de consultatiebijeenkomst met de

meer inhoudelijke partijen komt sterk het beeld naar voren dat partijen op dit moment weinig vertrouwen hebben in de organisatie- en inkoopkwaliteiten van ziekenhuizen om doelmatige en patiëntgerichte zorg te kunnen borgen.

Overhevelen per 2015

We hebben daarom besloten deze hulpmiddelen op dit moment niet over te hevelen. We zijn voornemens dit op termijn wel te doen. We zullen evalueren hoe de organisatie en inkoop van de andere (hulp)middelen (bijvoorbeeld negatieve druktherapie), die al door ziekenhuizen dienen te worden ingekocht en verstrekt, verloopt. Daarnaast zullen we partijen vragen randvoorwaarden in kaart te brengen welke geregeld dienen te zijn voordat een verantwoorde overheveling van deze hulpmiddelen mogelijk is. Om partijen voldoende tijd te geven om de randvoorwaarden in kaart te brengen en te organiseren, zullen we de insulinepomp en de voedingspomp pas per 1 januari 2015 overhevelen. Tot die tijd vallen de insulinepomp en voedingspomp bij gebruik in de thuissituatie onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Randvoorwaarden die in ieder geval georganiseerd dienen te worden zijn aanpassing van de DBC-systematiek en de overheveling van de gelden van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg naar de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. Aanpassing van de wet- en regelgeving is niet nodig.

7.b. Advies thuisdialyse-apparatuur

Onderbrengen bij medisch-specialistische zorg

We adviseren om de dialyseapparatuur inclusief:

- de noodzakelijk toebehoren;
- gebruiksartikelen;
- opleiding/instructie en de ondersteuning en begeleiding vanuit het dialysecentrum;
- controle, onderhoud en reparatie;

onder te brengen in de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. De ziekenhuizen zullen verantwoordelijk worden voor de uitvoering hiervan. In de praktijk is dat nu ook al het geval.

Nieuwe aanspraak voor stroomkosten en woning-aanpassingen

Het CVZ stelt voor de vergoeding van overige redelijke te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en de vergoeding van de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke in een aparte te verzekeren prestatie onder te brengen. De zorgverzekeraars zullen in dat geval, net als in het verleden onder de Ziekenfondswet, uitvoering gaan geven aan deze te verzekeren prestaties.

Het CVZ zal in overleg met het ministerie van VWS bekijken op welke wijze deze wijzigingen wettechnisch doorgevoerd dienen te worden. Omdat alle partijen dit advies steunen en de huidige praktijk al op deze manier is ingericht, stelt het CVZ voor dit zo snel als mogelijk door te voeren, namelijk per 1 januari 2014.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Relevante wet- en regelgeving

Bijlage 1

Relevante wet- en regelgeving

Inleiding

Hieronder herhaalt het CVZ de paragrafen (2.b t/m 2.d) die ook waren opgenomen in het 'standpunt 2009'. Het betreft de relevante (historische) wet- en regelgeving op basis waarvan het CVZ tot het standpunt in 2009 is gekomen. Paragraaf 2.c is uitgebreid met een nadere onderbouwing waarom de situatie ten tijde van de Ziekenfondswet ook op dit moment nog van toepassing is, omdat hierover in de afgelopen jaren vragen zijn geweest.
In paragraaf 2.e besteedt het CVZ aandacht aan de in het eerdere standpunt genoemde formulering: een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Ook hierover heeft het CVZ enkele vragen ontvangen, waaruit is gebleken dat deze formulering een nadere toelichting behoeft.

Historie

Geïntegreerde verstrekking

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

Door of vanwege het ziekenhuis

In artikel 12, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit was verder bepaald dat de medisch-specialistische zorg omvat: "genees-, heel-, en verloskundige zorg naar omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is'. Van een geïntegreerde verstrekking was sprake wanneer de medisch-specialistische zorg, eventueel samen met andere zorgcomponenten, door of vanwege het ziekenhuis geleverd werd. Dit was het geval wanneer de medisch-specialistische zorg feitelijk geleverd werd door een specialist, ter nakoming van een overeenkomst waarin hij zich jegens het ziekenhuis verbonden heeft om medisch-specialistische zorg in het kader van de geïntegreerde verstrekking te verlenen. Ook opname,

verpleging, verzorging, paramedische zorg en farmaceutische zorg konden deel uitmaken van deze geïntegreerde verstrekking. Ofschoon hulpmiddelen in artikel 8, eerste lid, niet expliciet werden genoemd, maakten deze - bij een geïntegreerd zorgaanbod - eveneens deel uit van de aanspraak op geïntegreerde medisch-specialistische zorg als daarvoor een zorginhoudelijke noodzaak was.
Onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg in het kader van de geïntegreerde verstrekking is alle hulp begrepen die werd verleend op de eerste hulp, in de polikliniek, tijdens dagbehandeling of aan patiënten die gedurende het etmaal in het ziekenhuis verblijven en verder nog transmurale zorgverlening. Er werd voor de aanspraak geen onderscheid gemaakt naar de plaats van de behandeling.

Zorgverzekeringswet

Intentie minister

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

Nota toelichting Artikel 2.4

In de Nota van toelichting artikel 2.4 Bzv is het volgende opgenomen:
"Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die er toe bijdragen dat de arts of een andere hulpverlener geneeskundige zorg verleent. Vaak bestaat de geneeskundige zorg slechts of voor een groot deel uit de toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Te denken valt aan behandeling met chemotherapie, het aanbrengen van een gipsverband, het plakken van een pleister en het hechten van een wond. De toepassing van bepaalde materialen is dan juist de geneeskundige zorg. Ook ten behoeve van onderzoek kunnen materialen nodig zijn, bijvoorbeeld contrastvloeistoffen bij röntgenonderzoek. Zo was dat onder de Ziekenfondswet en dat is met de invoering van de Zvw niet anders geworden. Dit betekent dat materialen als genees-, verband- of hulpmiddelen die door de hulpverlener als onderdeel van de zorg worden toegepast, onder de geneeskundige zorg vallen zoals die in deze bepaling is geregeld.
Krijgt een verzekerde een voorschrift mee om genees-, verband- of hulpmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener verbonden is, dan valt deze zorg onder artikel 2.8 of artikel 2.9 Bzv".

Uitleg CVZ

Dit deel van de Nota van toelichting slaat op de afbakening tussen geneeskundige zorg en hulpmiddelenzorg. De eerste alinea gaat in op het feit

dat het toepassen van bepaalde materialen juist de geneeskundige zorg kan zijn. De tweede alinea lijkt te gaan over het meegeven van een recept voor verbruikshulpmiddelen, zoals ook in het stroomschema is opgenomen. Het gebruik van verbruikshulpmiddelen in de thuissituatie valt, mits zij zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering paragraaf Hulpmiddelenzorg, onder de hulpmiddelenzorg. In de toelichting ontbreken voorbeelden van ziekenhuisverplaatste zorg.

Historische context

Naast een toelichting, is het gebruikelijk om voor een uitleg van de regelgeving ook te kijken naar de historische context en vervolgens naar de beoogde werking van de gekozen functionele systematiek van de zorgverzekering.

Uitgangspunt Zvw is ziekenfondspakket

In het kader van de historische context wijst het CVZ op de Nota van toelichting van het Besluit zorgverzekering. Hierin is het volgende opgenomen: *'Uitgangspunt bij dit hoofdstuk is het ziekenfondspakket zoals dat op het moment van inwerkingtreding van dit besluit naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld.'*

De eerder geciteerde passage uit de Nota van toelichting bij artikel 2.4 Bzv over de afbakening tussen geneeskundige zorg en hulpmiddelen sluit slechts ten dele aan op de onder de Ziekenfondswet geregelde *geïntegreerde verstrekking welke door of vanwege een ziekenhuis geleverd wordt.* De toen gehanteerde terminologie laat nadrukkelijk zien dat het gaat om zorg die door of vanwege het ziekenhuis geleverd werd. Ook opname, verzorging, paramedische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg konden deel uitmaken van deze geïntegreerde verstrekking, mits er een zorginhoudelijke noodzaak is. Er werd voor de aanspraak geen onderscheid gemaakt naar de plaats van de behandeling. Dit betekent dat onder de geïntegreerde verstrekking ook transmurale ofwel ziekenhuisverplaatste zorg kon vallen. Uit het andere citaat uit de Nota van toelichting (*'Uitgangspunt..... is vastgesteld'*) blijkt dat de minister niet de bedoeling heeft gehad het beleid op dit punt bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet te wijzigen.

Toelichting niet volledig

Het CVZ constateerde in zijn 'standpunt 2009' dat de toelichting niet volledig is. De eerste en eigenlijke bedoeling van de wet- en regelgeving moet uit deze wet- en regelgeving blijken en niet in eerste instantie uit de toelichting. Een toelichting mag daarnaast niet gebruikt worden voor het stellen van nadere regels. Het beperkt uitleggen van de gekozen voorbeelden in de toelichting lijkt op het toepassen van beperkende normen, die niet in de regelgeving zijn vastgelegd.
Het CVZ zou graag zien dat de minister de toelichting bij artikel 2.4 Bzv verduidelijkt, in die zin dat er geen

twijfel over bestaat dat hulpmiddelenzorg in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg eveneens onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' kan vallen. Het CVZ realiseert zich echter dat dit juridisch niet mogelijk is. Een toelichting kan slechts veranderen, indien het betreffende artikel (i.c. artikel 2.4) wijzigt. Gelet op de historische context is de bedoeling van artikel 2.4 Bvz duidelijk. Onder geneeskundige zorg valt ook ziekenhuis verplaatste zorg en de daarbij behorende hulpmiddelen.

Omdat er interpretatieverschillen zijn in de praktijk, wanneer een hulpmiddel onderdeel uitmaakt van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' dan wel 'hulpmiddelenzorg' heeft het CVZ het 'standpunt 2009' uitgebracht. Hierin heeft het CVZ beargumenteerd aangegeven, hoe het komt tot het onderscheid tussen medisch-specialistische zorg en hulpmiddelenzorg.

De stand van de wetenschap en praktijk

Wettelijke criteria

Voor alle hulpmiddelen die op grond van de medisch-specialistische zorg kunnen worden vergoed/verstrekt, geldt dat de behandeling met het hulpmiddel moet voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Uitleg van dit wettelijke criterium en de wijze waarop het CVZ vaststelt of een zorgvorm aan deze eis voldoet, is te vinden in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (rapportnummer 254, 2007). Dit rapport is te downloaden van de CVZ-site (www.cvz.nl).
Voor alle hulpmiddelen op grond van de paragraaf Hulpmiddelenzorg in de Rzv geldt dat het betreffende hulpmiddel moet behoren tot één van de hulpmiddelen-categorieën (of functiegerichte omschrijvingen) zoals omschreven in paragraaf 1.4 van de Rzv. Indien een hulpmiddel valt onder één van de omschrijvingen, dient het ook nog te voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Bijlage 2

Stroomschema
(aangepaste versie)

Afbakening te verzekeren prestaties 'medisch-specialistische zorg' en 'hulpmiddelenzorg'

(aan dit stroomschema kunnen geen rechten ontleend worden)

1) Is het hulpmiddel voorgeschreven door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist? **ja ↓**	**Nee →**	**Hulpmiddelenzorg**
2) Is het een (deels) geïmplanteerd hulpmiddel of een hulpmiddel dat (deels) wordt ingebracht in het ziekenhuis? **Nee ↓**	**Ja →**	**Geneeskundige zorg**
3) Betreft het een 'opzichzelfstaand' verbruiksartikel? **Ja, ga naar vraag 3a** **Nee, ga naar vraag 4**		
3a) betreft het het plaatsen of vervangen van een verbruikshulpmiddel in het ziekenhuis? **Nee ↓**	**Ja →**	**Geneeskundige zorg**
3b) Betreft het het plaatsen of vervangen van een verbruiksartikel in de thuissituatie waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn?	**Ja →**	**Geneeskundige zorg**
	Nee →	**Hulpmiddelenzorg**
4) Betreft het het *tijdelijk* gebruik van een hulpmiddel (incl. eventuele toebehoren)? **Ja, ga naar vraag 4a** **Nee ga naar vraag 5**		
4a) Betreft het het tijdelijk gebruik in het ziekenhuis? **Nee ↓**	**Ja →**	**Geneeskundige zorg (incl. eventuele toebehoren)**
4b) Wordt de patiënt voor de zorg omtrent dit hulpmiddel overgedragen naar de eerste lijn?	**Nee →**	**Geneeskundige zorg (incl. eventuele toebehoren)**
	Ja →	**Hulpmiddelenzorg**
5) Betreft het een hulpmiddel dat *permanent* wordt gebruikt in de thuissituatie waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn? **Nee ↓**	**Ja →**	**Geneeskundige zorg (incl. eventuele toebehoren)**
Hulpmiddelenzorg		

Definities

Verbruiksartikel: Is een hulpmiddel dat wanneer je het 'afdoet' je het weggooit (vb. verbandmiddelen, stoma's, incontinentiematerialen, teststrips, slangetjes). Je hebt er dan ook meestal meerdere per jaar van nodig.
Opzichzelfstaand: Dit betekent dat het niet gaat om verbruiksmiddelen die als toebehoren bij een hoofdunit worden geleverd.
Permanent: met permanent is niet het permanent gebruiken van het hulpmiddel gedurende de dag bedoeld, maar het feit dat het gebruik van ofwel de behandeling met het hulpmiddel in principe levenslang is.
Tijdelijk: met tijdelijk is bedoeld dat de behandeling met het hulpmiddel eindig is (dit kan afhankelijk van het hulpmiddelen enkele weken, maanden of jaren zijn). Indien van tevoren niet duidelijk is of de behandeling met het hulpmiddel levenslang of tijdelijk is, is er sprake van Hulpmiddelenzorg.
Achterwachtfunctie of spoedeisende zorg: Het doel van deze formulering is een onderscheid te maken tussen de hulpmiddelen

- die ingrijpen op de behandeling van een ernstige aandoening of;
- waarbij de behandeling met het hulpmiddel risico's met zich kan meebrengen of;
- waarbij het hulpmiddel door een medisch-specialist wordt ingezet ter ondersteuning van zijn behandeling (bijvoorbeeld ten behoeve van bepaling van een diagnose of bedoeld om te bepalen of aanpassing van de behandeling nodig is bijvoorbeeld aanpassing dosering of type geneesmiddel)

en

- de overige hulpmiddelen.

Bij sommige hulpmiddelen (bijvoorbeeld een hoortoestel) brengt het minder risico met zich mee, wanneer het hulpmiddel niet goed is aangemeten. Bij andere medische hulpmiddelen is een juiste instelling en uitvoering van de behandeling en tijdige aanpassing van de apparatuur bij wijziging van het ziektebeeld van de patiënt van (levens)belang. Neem bijvoorbeeld de beademingsapparatuur of de fototherapie bij Crigler Najjar. Indien deze hulpmiddelen niet goed ingesteld zijn of de behandelfrequentie niet adequaat is, kan een levensbedreigende situatie ontstaan en/of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig zijn. Met achterwachtfunctie bedoelt het CVZ dat begeleiding van de behandeling door een medisch-specialist (of een andere zorgverlener onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist) noodzakelijk is. Deze evalueert de voortgang van de behandeling, past deze zo nodig aan of beëindigt de behandeling indien daar redenen voor zijn. Dit speelt bijvoorbeeld ook bij de continue glucosemonitoring (CGM), de insulinepomp en de dialyseapparatuur.

Bijlage 3

Verslag consultatiebijeenkomst
Maart 2012

Bijlage 3

Verslag

Vergadering van Afbakening hulpmiddelenzorg medisch-specialistische zorg 2 d.d. 12 maart 2012

Aanwezig extern:Reineke Pol (NFU), Harry Kemna (NVZ), Cornelis Jan Diepeveen (NZa), Britt Huijbrechts (NZa), Iris van Bemmel (Nefemed), Yolande Waterreus (DBC Onderhoud), Winnie Toersen (NPCF), Jasper van Kuik (ZN), Mirjam de Bruin (Nefemed/Diagned), Roelf van Run (Nefemed), Eric Geurts (FHI) en Luc Knaven (FHI)
Aanwezig CVZ: Marthein Gaasbeek Janzen, Liselotte Visser, Paula Polman (voorzitter), Angèl Link (verslag)
Afwezig: Hanna Toornstra (OMS, verhinderd), Marijke Hempenius (CG-raad, verhinderd)

1. Opening, ingekomen stukken en mededelingen

De voorzitter opent de vergadering om 13.30 uur. Op de vraag of er nog mededelingen zijn, wil Harry voordat met afbakening 2 wordt verdergegaan even stil staan bij afbakening 1. Op dit moment zitten ziekenhuizen en zorgverzekeraars volop in de onderhandelingen. Hierbij stuiten partijen op een aantal hobbels. Er bestaat onduidelijkheid over wat wanneer waaronder valt en of de kosten van de hulpmiddelen uit afbakening 1 nou wel of niet in de DBC's zijn opgenomen. Hij wil hier aandacht voor vragen. Hij voorziet problemen indien de trein 'afbakening 2' doordendert. Angèl geeft aan dat zij zo snel als mogelijk op vragen van partijen antwoord probeert te geven. Probleem is dat er verschillende lijstjes met hulpmiddelen in het veld rondgaan, wat tot verwarring leidt. CVZ en NVZ/NFU spreken af op een ander moment te bespreken op welke wijze standpunten rondom afbakening hulpmiddelenzorg gecommuniceerd kunnen worden, zodat er in de onderhandelingen niet gediscussieerd hoeft te worden uit welk potje welke zorg betaald dient te worden. Het lijkt een goed voorstel om 'het lijstje' zowel op de CVZ site als de site van de NVZ te zetten. Angèl stelt voor het lijstje eventueel ook als bijlage bij het tweede afbakening op te nemen. Hier voelen partijen wel wat voor.
Angèl licht toe dat er een verschil tussen afbakening 1 en 2 zit wat betreft de kosten van hulpmiddelen. Bij afbakening 1 was er geen sprake van een overheveling van de ene te verzekeren prestatie naar de andere, maar slechts een duiding welke hulpmiddelen waar onder vielen. Voor veel hulpmiddelen gold dat er altijd al sprake was geweest van medisch-specialistische zorg en de hulpmiddelen nooit opgenomen zijn geweest in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Probleem was dat veel zorgverzekeraars deze hulpmiddelen jarenlang uit de flexiezorg hebben bekostigd (weliswaar ten onrechte). Onduidelijk is welke kosten zijn meegenomen in de DBC-systematiek en welke niet. Deze discussie loopt al jaren. Partijen zullen hier onderling uit moeten komen. Paula geeft aan dat we dit probleem vandaag niet kunnen oplossen. Angèl geeft aan dat mede door haar zwangerschapsverlof afbakening 2 is blijven liggen. De geplande invoerdatum van afbakening 2 op januari 2014 is voor haar niet heilig. Ze geeft de voorkeur aan om partijen voldoende de tijd te geven om alles op orde te krijgen. Harry stelt dit op prijs.

Harry geeft aan dat ziekenhuisverplaatste zorg geneesmiddelen nog ondoorzichtiger is. Het rapport van Marja Kuijpers is net weer anders ingevuld (dubbele aanspraak, zorgverzekeraars mogen kiezen). Jasper onderschrijft dit. Harry verzoekt het CVZ ziekenhuisverplaatste zorg integraal te bekijken. Paula antwoordt dat het CVZ dit gedaan heeft, maar dat de regelgeving voor hulpmiddelen en geneesmiddelen net weer anders in elkaar steekt, waardoor deze verschillen zijn ontstaan. Harry geeft aan dat partijen graag duidelijkheid willen en hebben dit onderwerp dan ook op de agenda geplaatst in hun overleg met VWS.

2. Stand van zaken en planning afbakening 2

Angèl licht toe dat de Duidingscommissie Pakket het CVZ adviseerde het standpunt te heroverwegen in verband met de uitvoeringsconsequenties. De commissie had met name twijfels over de rol van het ziekenhuis en gevolgen hiervan voor de individuele patiënt. Daarnaast adviseerde de commissie nogmaals contact op te nemen met partijen. CVZ heeft de afgelopen periode veelvuldig overleg gehad met de NZa en DBC Onderhoud

over dit dossier. Daarnaast zijn er gesprekken en/of mailcontact geweest met een aantal belanghebbende partijen. Het CVZ wil voor de verschillende hulpmiddelen zoals opgenomen in afbakening 2 nog een bijeenkomst organiseren met partijen, omdat het gezien de omvang van de groep technisch niet mogelijk bleek om deze twee bijeenkomsten te koppelen. Er is besloten om eerst dit overleg te plannen om te kijken of de genoemde knelpunten in de reactie van partijen onoverkomelijk zijn of wel mee lijken te vallen. Afhankelijk van wanneer deze bijeenkomst kan worden ingepland zal het rapport naar verwachting deze zomer worden vastgesteld. Er zal niet nog een schriftelijke consultatie plaatsvinden, deze bijeenkomst is in feite al een extra consultatie.

Omdat er toch wat onduidelijkheid heerst tijdens de vergadering licht Angèl toe dat afbakening 2 slechts het volgende betreft:

- overheveling thuisdialyse naar medisch-specialistische zorg (wat in feite al zo loopt);
- overheveling insulinepomp naar medisch-specialistische zorg
- opheffen knip in bekostiging hoofdunit en toebehoren (vac-pomp, en na overheveling insulinepomp en voedingspomp)

Daarnaast besteedt het CVZ in het rapport aandacht aan de achterwachtfunctie (verduidelijking) en verbruiksartikelen in de thuissituatie waarbij sprake is van een achterwachtfunctie (PICO een wegwerpvariant van de vac-pomp). Dit heeft tot kleine aanpassingen in het stroomschema geleid. Ook heeft het CVZ verduidelijkt dat indien de zorg wordt overgedragen naar een zorgverlener in de eerste lijn, er sprake is van hulpmiddelenzorg. Luc vraagt hoe het dan zit op het moment dat een verzekerde begint met een voedingspomp in de eerste lijn, vervolgens naar de tweede lijn gaat en daarna weer terug naar de eerste lijn. Afhankelijk van waar op het moment van vervangen van de hoofdunit of toebehoren de verantwoordelijkheid ligt, zal het ziekenhuis of de zorgverzekeraar de zorg moeten bekostigen.

Jasper vraagt of het stroomschema leidend is en alles up-to-date. Angèl bevestigt dat het stroomschema leidend is, maar dat er nog één onderwerp op de agenda staat, namelijk de infuus- en pijnpompen. Deze blijven tot een nader standpunt van het CVZ onder de hulpmiddelenzorg vallen. Wellicht dat op termijn blijkt dat het stroomschema niet alle situaties afdekt. Op dat moment zal bekeken moeten worden of aanpassing nodig is. Zo is dat nu bijvoorbeeld ook het geval geweest met de komst van een wegwerpvariant van de vac-pomp.

Yolande vraagt wat bedoeld wordt met overheveling. Hiermee bedoelt het CVZ het moment dat het standpunt formeel ingaat en de gelden die om dat moment moeten worden overgeheveld van de hulpmiddelenzorg naar de medisch-specialistische zorg. Zij geeft ook aan dat de hulpmiddelen waarom het gaat reeds in het DBC-systeem zijn opgenomen. Ook de insulinepomp. De opname van zorgactiviteiten voor deze te verzekeren prestatie is iets te snel geweest, aangezien het standpunt daarover nog niet is vastgesteld. Cornelis Jan spreekt zijn zorgen uit, of er dan geen dubbele declaraties zullen plaatsvinden. Harry denkt dat dat wel mee valt. Belangrijk is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars er van op de hoogte zijn dat het hulpmiddelenzorg betreft. Yolande vraagt waarom de overheveling van de insulinepomp niet al per 2013 kan plaatsvinden. Partijen zijn nu toch al over hulpmiddelen aan het onderhandelen en dan kan er vast nog wel één bij. Harry geeft aan dat dit niet de voorkeur heeft. Er zijn nu al problemen genoeg en ze willen eerst afwachten hoe dit gaat uitpakken voordat er doorgepakt wordt met afbakening 2. Daarnaast moeten de ziekenhuizen nog gaan bepalen op welke wijze de hulpmiddelen strategisch (goede prijs-kwaliteitverhouding) kunnen worden ingekocht. Hier is tijd voor nodig.

Partijen vragen zich af om welke bedragen het gaat. Angèl geeft aan dat ze vorig jaar het een en ander had uitgezocht met behulp van de GIP-databank. In geval van de insulinepomp ging het in 2009 om 52 miljoen euro. De toebehoren bij de vacuumpomp zijn wat lastiger terug te vinden in de GIP-databank. Het lijkt hier te gaan om een bedrag van 1,8 miljoen. Er wordt weinig ten laste gebracht van de hulpmiddelenzorg wat betreft

de thuisdialyse. Het betreft slechts een bedrag van 428.500 euro. Het CVZ denkt dat dit de kosten zijn van de woningaanpassingen en de vergoedingen van energie etc. De 'echte' thuisdialysekosten komen doordat zorgverzekeraars dit in hebben gekocht bij dialysecentra al ten laste van de medisch-specialistische zorg. Op basis van de brieven van partijen denkt het CVZ dat in geval van de voedingspomp het slecht om een kleine overheveling zal gaan, aangezien partijen in hun reacties hebben aangegeven dat deze zorg veelvuldig wordt overgedragen naar een zorgverlener in de eerste lijn. Het CVZ zal op een later moment (afhankelijk van de ingangsdatum) een brief opstellen voor het ministerie met daarin de bedragen die dienen te worden overgeheveld. Deze zal het CVZ afstemmen met de relevante partijen.

3. Belangrijkste knelpunten

Gezien de tijd is het van belang over te gaan naar de knelpunten.

- **Problemen inbouwen DBC-systematiek (incl. transparantie)**
  Yolande licht toe dat het inbouwen van zorgactiviteiten nauwelijks tot problemen heeft geleid. Er is slechts in een enkele situatie een apart zorgproduct gekomen voor ziekenhuisverplaatste zorg. In de overige gevallen valt deze zorg binnen het bestaande zorgproduct. Veel zorgproducten bevinden zich in het B-segment zodat er onderhandeld kan worden over deze zorg. In sommige gevallen is het bijvoorbeeld ook denkbaar dat een ziekenhuis of zorgverzekeraar er de voorkeur aan geeft om de zorg juist wel of niet in de thuissituatie te geven (bijv. lichttherapie).
  De partijen concluderen dat het inbouwen geen problemen geeft. De mate van transparantie leidt echter wel tot discussie. Mirjam geeft aan dat het voor partijen die niet thuis zijn in de DBC-systematiek vaak onduidelijk is wat nou in welk zorgproduct zit en hoe ze daar achter kunnen komen. Yolande is daarin kort, hiervoor kun je de helpdesk van DBC Onderhoud bellen. Yolande geeft aan dat tijdens het proces van inbouwen van de verschillende hulpmiddelen partijen van mening verschilden over de mate van gewenste transparantie. Partijen kwamen hier niet uit. Er is besloten om deze discussie uit te stellen tot een later moment en eerst de bekostiging te regelen. Yolande vraagt partijen om bij DBC Onderhoud te laten weten welke mate van transparantie gewenst is, zodat zij dit kan meenemen.
- **Minder inkoopmacht dus duurder:**
  Harry geeft aan dat dit niet het geval is. Als er voldoende tijd is, is dit geen probleem. Mirjam geeft aan dat patiënten straks geen keuzevrijheid hebben wat betreft hun insulinepomp. Angèl geeft aan dat dit voor heel veel andere hulpmiddelen in het ziekenhuis ook al geldt (pacemaker, heupimplantaten etc). Mirjam is van mening dat het straks niet meer tastbaar is of een verzekerde aanspraak heeft op een insulinepomp. Angèl reageert dat in de huidige functiegerichte omschrijving van diabeteshulpmiddelen de insulinepomp ook niet meer is genoemd. Weliswaar nemen zorgverzekeraars in hun polissen vaak de individuele hulpmiddelen op, maar zorgverzekeraars zijn niet verplicht om dit te doen. Bovendien betekent het niet dat indien het hulpmiddel niet genoemd staat er geen aanspraak op zou bestaan. Liselotte vult aan dat nu ook in polissen staat dat op bepaalde hulpmiddelen aanspraak bestaat in het kader van de medisch-specialistische zorg (CPM-apparatuur, lichttherapie etc.). Harry en Jasper geven aan dat het belangrijk is dat zij verzekerden goed informeren.
- **Vermenging van rollen zorgverlener wordt zowel behandelaar als leverancier**
  Partijen reageren dat dezelfde situatie nu ook al bestaat. Het ziekenhuis bepaalt welke stents, pacemaker, beademingsapparaat etc. wordt ingezet bij de patiënt. Angèl vult aan dat indien een verzekerde niet geholpen is met een door het ziekenhuis ingekochte insulinepomp het ziekenhuis een andere adequate insulinepomp zal moeten leveren. Harry voegt toe dat de medisch-specialist ervoor dient te zorgen dat zijn patiënt een goede behandeling krijgt. Winny denkt dat wellicht de kwaliteit van de zorg omhoog gaat doordat de medisch-specialist zeggenschap heeft over het door het ziekenhuis ingekochte hulpmiddel en zich meer verantwoordelijk voelt indien de patiënt niet tevreden is over het geleverde product. Jasper is van mening dat zorgverzekeraars de kwaliteit zullen moeten gaan monitoren. Een zorgverzekeraar loopt meer risico, doordat het de zorg niet zelf inkoopt maar alleen de eindafrekening betaalt.

- **Verzekerden voor toebehoren naar ziekenhuis/ieder behandelcentrum eigen distributiecentrum**
  Angèl licht toe dat de Nederlandse Diabetes Federatie heeft aangegeven dat in geval van de insulinepomp veel patiënten nu ook niet naar een apotheek gaan voor hun toebehoren gaan, maar dat verzendhuizen de zorg aan huis leveren. Angèl verwacht dat ziekenhuizen voor een zelfde oplossing zullen kiezen. Dit wordt door Harry bevestigd, maar hij geeft wel aan dat ze voldoende tijd nodig hebben om dit goed te organiseren. Reineke geeft aan dat voor hulpmiddelen waarbij het om grote aantallen gaat, geen problemen te verwachten zijn. Ze heeft echter wel van haar achterban begrepen dat men in geval van de ketonenteststrips er niet blij mee is. Het gaat om kleine aantallen en weinig geld en het geeft wel een hoop gedoe. Angèl heeft vernomen dat het mogelijk is voor ziekenhuizen om 'normale' apotheken te contracteren om deze zorg te leveren. Reineke geeft aan dat omdat het om kleine aantallen gaat, dit lastiger uitvoerbaar is. Angèl biedt aan om hierover nog met Reineke op een later moment van gedachten te wisselen.
- **Leveranciers onderhandelen met alle ziekenhuizen**
  Harry heeft al aangegeven dat ziekenhuizen inkoopmacht zullen moeten gaan organiseren. Op het moment dat dat is geregeld hoeven individuele leveranciers niet meer met alle ziekenhuizen afzonderlijk te onderhandelen.
- **Onderscheid tijdelijk en permanent**
  Angèl heeft het gevoel dat dit onderscheid nog steeds tot problemen leidt in de praktijk, maar dat door het lijstje en het beantwoorden van vragen dit probleem op korte termijn voor de partijen wel steeds duidelijker wordt. De communicatie waarover eerder deze vergadering al is gesproken zal hieraan moeten gaan bijdragen. Ze probeert onduidelijkheden uit de praktijk zo snel als mogelijk te beantwoorden. Harry deelt dit. Harry geeft aan dat er een technisch overleg met inkopers van ziekenhuizen op de planning staat (mei) waarbij over dit onderwerp gesproken gaat worden en zou het fijn vinden indien iemand van het CVZ hierbij aanwezig kan zijn om het afbakeningsverhaal toe te lichten en vragen te beantwoorden. Hiertoe is het CVZ bereid. NFU/NVZ en CVZ zullen op korte termijn een overleg plannen om te bespreken via welke wegen gecommuniceerd kan worden over de standpunten met betrekking tot de afbakening ziekenhuisverplaatste zorg ('lijstje VWS'). Er is ook het verzoek om nog eens naar het standpunt over de bekostiging van CPAP te kijken. Het CVZ heeft dit onderwerp nog op het lijstje staan.

4. **Overige knelpunten**
   Er worden door de partijen geen nieuwe knelpunten aangedragen.

5. **Rondvraag en sluiting**
   Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag
   PP concludeert dat de knelpunten niet onoverkomelijk zijn en bedankt de partijen voor hun aanwezigheid en deelname aan de discussie.

Bijlage 4

Verslag consultatiebijeenkomst
Juni 2012

Bijlage 4

Verslag

Consultatiebijeenkomst ' afbakening hulpmiddelenzorg' van 19 juni 2012

Aanwezig: Teri Brouwer (NIV/NDF), Guusje Neijens (DVN), Rob van Damme (DVN), Fred Storms (DVN), Mirjam de Bruin (Diagned), Michelle van den Oudenhoven (EADV/NDF), Sander Slootmaker (NDF), Sander Bos (Multizorg/ZN), Henk Veeze (Diabeter/NDF), Peter Smienk (FHI), Hans Bart (NVN), Basma Djemni (FHI), Ellen v/d Heijden (stuurgroep ondervoeding (SgO)), Nicole Kien (stuurgroep ondervoeding, (SgO)), Maud van der Veen (CVZ, voorzitter), Liselotte Visser (CVZ), Marthein Gaasbeek Janzen (CVZ), Angèl Link (CVZ, verslag)

Afwezig: Roelf van Run (Nefemed) en Harry Kemna (NVZ)

1. Opening, ingekomen stukken en mededelingen

De voorzitter (Van der Veen) opent de vergadering om 9.00 uur. Ze heet iedereen welkom en licht toe dat partijen uitgenodigd zijn met het doel om de punten die door partijen in de schriftelijke consultatie genoemd zijn uitgebreider te bespreken en te bekijken of ze oplosbaar zijn. Eenzelfde overleg heeft plaatsgevonden met de 'algemene koepels'. Het verslag van dit overleg is bijgevoegd. Hieruit kwam een positief beeld naar voren. Er zijn geen mededelingen of opmerkingen bij de agenda.

2. Stand van zaken en planning afbakening 2

Link geeft in het kort weer wat er het afgelopen jaar is gebeurd. Vorig jaar maart heeft de schriftelijke consultatie plaatsgevonden. In juni 2011 is het conceptrapport besproken in de Duidingscommissie Pakket (DCP). Gezien de reactie in de consultatie verzocht de DCP het CVZ om nogmaals met de verschillende partijen contact op te nemen. Het dossier heeft daarna enige tijd stilgelegen. Vervolgens zijn er verschillende gesprekken geweest met o.a. DBC Onderhoud en NZa. Ook is besloten om een consultatiebijeenkomst te organiseren waarbij alle partijen aan tafel zouden zitten. Omdat de groep te groot was, is besloten om deze bijeenkomst in tweeën te knippen. In maart is een bijeenkomst geweest met de 'algemene' koepels en vandaag met de 'spreekkamer'. Uit de bijeenkomst van maart kwam naar voren dat de genoemde punten niet onoverkomelijk waren.
Afhankelijk van de uitkomst van het overleg van vandaag verwacht Link dat het rapport dit najaar zal worden vastgesteld.

3. Belangrijkste punten uit de schriftelijke consultatie

Kien (SgO) en Djemni (FHI) geven aan dat in tegenstelling tot de insulinepomp een voedingspomp in heel veel DBC's kan voorkomen en dat ziekenhuizen over al die individuele DBC's moeten gaan onderhandelen. Daarnaast vraagt Djemni waarom deze kanteling nodig is, het loopt nu toch goed?

Link licht toe dat dit ook het geval was bij de vacuümpomp, maar dat het inbouwen van dit hulpmiddel in de DBC-systematiek is gelukt. Daarnaast is het sinds de inwerkingtreding van DOT ook niet meer zo dat het in heel veel DBC's ingebouwd hoeft te worden. Er dienen goede zorgactiviteiten te komen die vervolgens in enkele zorgproducten landen. Aangezien bijna alle zorg waar we het hier over hebben zich in het B-segment bevindt, kunnen partijen onderhandelen over de prijs van de verschillende onderdelen van de zorg. De NZa heeft aangegeven dat de onderhandelingen niet perse hoeven uit te gaan van een gemiddelde prijs per zorgproduct. Er kan ook een prijs met en zonder hulpmiddel overeen worden gekomen.
Kien (SgO) is van mening dat dit het onderhandelingstraject zal bemoeilijken.
Link geeft aan dat het CVZ de hulpmiddelenzorg functiegericht aan het omschrijven is en daarbij ook kijkt of de hulpmiddelen onder de juiste te verzekeren prestatie vallen. Het CVZ wil hier consistent in zijn.

Storms (DVN) geeft aan dat de ervaringen met de CGM leren dat het inbouwen in de DBC-systematiek niet eenvoudig is. Het hulpmiddel is ingebouwd maar de zorg behorende bij de CGM is niet goed geregeld (voorlichting door verpleegkundige, advies diëtist etc.).
Link licht toe dat indien dit niet goed is geregeld in de DBC-systematiek partijen contact op dienen te nemen met DBC Onderhoud om deze zorg een plaats te geven. De begeleiding maakt onderdeel uit van de zorg en dient meegenomen te worden in de onderhandelingen. Dit staat los van de te verzekeren prestatie waarin het hulpmiddel is opgenomen.
Storms vult aan dat de onderhandelingen door het ziekenhuis gedaan worden door de financiële mensen met nauwelijks inhoudelijke kennis. Met een beetje geluk mag een medisch-specialist voor twee minuten aanschuiven bij de onderhandelingen.
Veeze is eveneens van mening dat ziekenhuizen onvoldoende geëquipeerd zijn om deze zorg goed in te kopen. De kennis die zorgverzekeraars hebben opgebouwd met betrekking tot de insulinepomp zal versnipperd raken. Het loopt via de zorgverzekeraars goed.

Bos (ZN, multizorg) geeft aan dat de meningen van zorgverzekeraars aan het veranderen zijn. Vorig jaar waren alle zorgverzekeraars nog tegen de overheveling van de insulinepomp, maar hij heeft recent geïnventariseerd en op dit moment zijn de meningen duidelijk verdeeld. Hij vraagt zich wel af of dit een goed moment is voor overheveling gezien de recente doorvoering van DOT en het feit dat het systeem niet stabiel is. Hij geeft ook aan dat er problemen zijn met betrekking tot de stripjes die nodig zijn voor de CGM zorg. Deze zouden geleverd moeten worden door het ziekenhuis, maar dit gebeurt vaak niet. Dan wordt het uit de hulpmiddelenzorg betaald en worden ze dus dubbel betaald, aldus Bos.

Van der Veen geeft aan het probleem rondom de inkoop helder te willen krijgen. Inkopers tref je zowel aan bij zorgverzekeraars als bij ziekenhuizen. De kennis bij ziekenhuizen zal moeten groeien. Voor de rest is het niet anders. Ivm gepast gebruik en doelmatige zorg vindt het CVZ het belangrijk dat we de zorg in één hand houden, namelijk bij de medisch-specialisten. Die staan aan het roer.

Partijen geven aan dat patiënten nu maatwerk ontvangen. Per patiënt kan de medisch-specialist kijken welke pomp het meest geschikt is en die voorschrijven. Wanneer ziekenhuizen de pompen gaan inkopen, zal maatwerk niet meer mogelijk zijn.
Veeze geeft aan dat er een verschil zit tussen CGM en de insulinepomp. De CGM was een nieuw product, waarmee alle partijen nog ervaring moesten opbouwen. De insulinepomp is running business. Ook is sprake van een breed productenarsenaal, waardoor het extra complex wordt. Het is Veeze in zijn ziekenhuis gelukt om de CGM goed in te kopen, maar uit signalen van collega's concludeert hij dat dit in andere ziekenhuizen niet gelukt is. Veeze is bang dat ziekenhuizen de zorg niet goed inkopen en organiseren, waardoor toebehoren niet op tijd geleverd worden en patiënten daardoor onnodig in het medisch circuit eindigen. Zorgverzekeraars beschikken over mensen met kennis met betrekking tot het inkopen van insulinepompen.
Link legt uit dat het CVZ ook niet voornemens is dit per direct in te voeren. De ingangsdatum is in het rapport opgenomen als PM, omdat het CVZ het eveneens belangrijk vindt dat de uitvoeringspraktijk voldoende tijd krijgt om de zorg goed te organiseren.

Partijen zijn van mening dat er nieuwe perverse prikkels zullen ontstaan. Van der Veen wil graag weten welke perverse prikkels. Partijen geven aan dat de zorg duurder zal worden doordat ziekenhuizen ertussen komen. Daarnaast zijn ze van mening dat de zorg duurder zal worden omdat de inkoopmacht veel kleiner is 100 ziekenhuizen versus 5 grote verzekeraars.
Link licht toe dat ziekenhuizen eveneens inkoopmacht kunnen organiseren. Uit meegezonden onderzoek van de NMa blijkt dat de kosten van medische hulpmiddelen in Duitsland aanzienlijk lager liggen mede doordat Duitse ziekenhuizen gezamenlijk inkopen. De NVZ heeft aangegeven dit te gaan

organiseren, maar heeft hiervoor tijd nodig. Bovendien lijkt inkoopmacht bij pacemaker en heupen geen rol te spelen, deze worden immers ook door ziekenhuizen ingekocht en niet door de zorgverzekeraars.

Van Damme (DVN) heeft geen enkel vertrouwen in het creëren van inkoopmacht door de NVZ. Zijn inschatting is dat de NVZ dit niet kan.

Veeze geeft aan dat opname in de DBC-systematiek zal leiden tot een vaste jaarprijs per patiënt. Dit zal de prijs naar beneden drukken waardoor maatwerk voor de patiënt niet meer mogelijk zal zijn. Nu gaat er per doosje slangen een aparte rekening naar de zorgverzekeraar, waarbij een prijs incl. korting wordt gerekend.

De stuurgroep ondervoeding geeft aan dat dit tot gevolg kan hebben dat patiënten straks geen pomp krijgen. Als het budget ziekenhuis op is, zal de medisch-specialist geen pomp meer kunnen voorschrijven..
Van der Veen hoopt dat het ziekenhuis het belang van de patiënt belangrijker vindt.

Veeze legt uit er nu enkele grote zorgverzekeraars zijn die contracten hebben met 5 gespecialiseerde bedrijven die zeer efficiënt te werk gaan. Hij geeft aan dat je dat toch in de lucht wilt houden.

Smienk (FHI) geeft aan dat Achmea op dit moment een gemiddelde prijs (casemix) hanteert voor de slangen. Dit leent zich niet voor de grote variatie die bestaat in prijs tussen de toebehoren.

Van der Veen concludeert dat partijen risico's zien, namelijk:
* versnippering van deskundigheid met als gevolg mindere kwaliteit van zorg;
* minder inkoopmacht wat zal leiden tot duurdere zorg;
* 'eenheidsprijs' wat zal leiden minder maatwerk en daarmee kwaliteitsverlies van zorg.

Essentie is dat partijen weinig tot geen vertrouwen hebben in het inkoopbeleid (en expertise) bij ziekenhuizen. Van der Veen concludeert ook dat alle partijen erg tevreden zijn over de wijze waarop de uitvoeringspraktijk op dit moment is geregeld.

Van der Veen ziet geen reden waarom de zorg zoals die nu georganiseerd is door zorgverzekeraars straks niet door de ziekenhuizen georganiseerd kan worden. ZN wordt NVZ. Zorgverzekeraars contracteren nu partijen die de zorg goed geregeld hebben. Waarom kunnen ziekenhuizen geen contracten sluiten met diezelfde organisaties? Daarnaast is het de vraag of zorgverzekeraars deze zorg in de toekomst op dezelfde manier blijven organiseren. Van der Veen merkt op dat het niet vaak voorkomt dat alle partijen tevreden zijn over de manier waarop de zorg geregeld is.

Neijens (DVN) vindt dat je breder moet kijken dan alleen de zorg. Indien patiënten straks naar ziekenhuizen moeten om hun toebehoren af te halen i.p.v. dat ze deze thuis afgeleverd krijgen, heeft dat ook effect op het maatschappelijk functioneren van deze persoon (school of werk). Het niet tijdig krijgen van de zorg zal ook leiden tot meer ziekenhuisopnames, waardoor mensen niet naar school of werk kunnen.

Van der Veen geeft aan dat dit risico nu ook al bestaat. Partijen hebben geen zekerheid dat zorgverzekeraars op termijn de zorg op dezelfde manier blijven regelen. Het is ook niet gezegd dat ziekenhuizen de zorg op die manier zullen gaan organiseren. Van der Veen vindt net als de DVN dat ook de maatschappelijke kant van zorg belangrijk is.

Brouwer (NDF/NIV) deelt de mening van het CVZ niet dat er sprake is van medisch-specialistische zorg. Op basis van het stroomschema kan ze net zo goed uitkomen bij hulpmiddelenzorg.
Link geeft aan dat partijen (op de FHI na) aangegeven hebben zich te kunnen vinden in de conclusie van het CVZ dat sprake is van medisch-specialistische zorg.
Neijens vindt dat de technische achterwachtfunctie vaker van belang is dan de medische achterwachtfunctie.

Link legt uit dat het type zorg leidend is of er wel of geen sprake is van hulpmiddelenzorg en niet zozeer of de technische achterwacht vaker nodig is dan de medische achterwacht. Link deelt de mening dat de technische achterwacht belangrijk is, maar vraagt zich af of ziekenhuizen dit op een andere manier zullen gaan regelen dan zorgverzekeraars nu doen. De patiënt belt nu immers ook niet de zorgverzekeraar voor die technische achterwacht.

Kien (SgO) begrijpt dat het CVZ de afbakening scherp wil maken, maar vindt het van belang dat de randvoorwaarden eerst goed geregeld dienen te worden.
Van der Veen krijgt de indruk dat partijen niet het vertrouwen hebben dat ziekenhuizen dit ooit goed gaan regelen.
Van Damme zegt dat het wel kan, maar waarom zou je willen?
Van der Veen geeft aan dat ze wel begrijpt dat partijen tevreden zijn over de situatie zoals die er nu is, maar dat er ook geen garanties zijn dat die zo blijft. Zorgverzekeraars zullen anders gaan inkopen en scherper gaan onderhandelen. Van der Veen geeft aan dat ze vanuit het oogpunt van de medisch-specialisten had verwacht dat zij aan het roer willen staan en invloed willen hebben op welke hulpmiddelen ingekocht worden voor hun patiënten. Je zou verwachten dat medisch-specialisten juist meer invloed zouden willen hebben op de inkoop van hulpmiddelen dan dit over te laten aan de zorgverzekeraars.

De Bruin (Diagned) merkt op dat de onderhandelingen nu plaatsvinden met zorgverzekeraars die kennis van zaken hebben.

Van der Veen geeft aan dat we nu voornamelijk over de insulinepomp hebben gesproken en concludeert dat dezelfde risico's spelen bij de voedingspomp. Ze vraagt zich af wat de mening van partijen is over de andere in het rapport genoemde hulpmiddelen.
Bos (ZN) geeft aan dat zorgverzekeraars, maar ook andere partijen naar zijn mening, blij zijn met het voorstel van het CVZ om de knip tussen hoofdunit en toebehoren in geval van de vacuümpomp te beëindigen. Dit heeft geleid tot perverse prikkels zoals die genoemd staan in het rapport.
Visser (CVZ) grijpt nog even terug op wat Bos eerder deze vergadering zei over de teststrips bij CGM. Ze vraagt zich af of dit gewone teststrips zijn of unieke teststrips behorende bij het CGM-apparaat. Bos geeft aan dat dit gewone teststrips zijn. Visser legt uit dat in dat geval er sprake is van hulpmiddelenzorg.
Aan tafel wordt gezegd dat indien een verzekerde nieuwe slangen nodig heeft ze het ene nummer moeten bellen en voor nieuwe teststrips een ander nummer.
Link merkt op dat je er ook voor kunt kiezen om in geval van insulinepomp ook de bloedglucosemeter en teststrips over te hevelen zodat alle diabeteszorg in dezelfde te verzekeren prestatie is geregeld.
De Bruin geeft aan dat dit zeker niet haar voorkeur zou hebben.

Bart (NVN) geeft aan dat zijn partij en ook de nefrologen groot voorstander zijn van het voorstel van het CVZ. Koppeling van de dialysehulpmiddelen aan de medisch-specialistische zorg brengt grote voordelen. Nu is de situatie van de insulinepomp niet helemaal vergelijkbaar omdat de dialysehulpmiddelen van oudsher al in de medisch-specialistische zorg hebben gezeten en die zorg ook nog steeds op die manier is georganiseerd. Een ander verschil is dat er minder heterogeniteit is wat betreft de apparatuur en kosten en het bovendien om minder patiënten gaat. Een overeenkomst met de insulinepomp is, dat er bij thuisdialyseapparatuur ook sprake is van een complex logistiek proces. Hij geeft aan het in het rapport niet helemaal duidelijk te vinden welke knip er nu gaat komen voor de hulpmiddelen voor thuisdialyse.
Link legt uit dat er een knip komt voor wat betreft de woningaanpassing en de kosten voor elektriciteit, water etc. Deze werden in het verleden ook door de zorgverzekeraars geregeld. We gaan dus echt terug naar de oude situatie. Bart zou graag zien dat het CVZ dit voorstel snel doorvoert.

Van de agendapunten is de vermenging van rollen nog niet besproken. Link licht toe dat dit nu ook al het geval is bij hulpmiddelen zoals heupen en pacemakers en geneesmiddelen. Ook de algemene koepels deelden deze mening.
Brouwer (NIV) deelt deze mening niet. Ze wil straks niet in de spreekkamer tijd kwijt zijn aan het feit dat slangen niet op tijd zijn geleverd.
Van der Veen geeft aan het CVZ ook van mening is dat de specialist hieraan geen tijd hoeft te besteden. Indien het goed georganiseerd is, zal dit ook niet het geval zijn.

Van der Veen vraagt of alle argumenten op tafel zijn gekomen. Zij heeft het idee van wel.
De Bruin geeft aan dat er op detailniveau nog veel meer valt te zeggen, maar dat de belangrijkste zaken aan bod zijn gekomen. Ze vraagt wat de vervolgstappen zijn van het CVZ.
Van der Veen geeft aan dat er een verslag zal worden gemaakt en rondgestuurd. Het CVZ zal dit overleg nabespreken en het vervolg communiceren.
Er wordt gevraagd of het CVZ voornemens is te gaan evalueren. Van der Veen ligt toe dat we dit doen. Het is belangrijk om na te gaan of de prikkels voor gepast gebruik goed staan. Door te evalueren is het CVZ erachter gekomen dat de knip tussen hoofdunit en toebehoren tot perverse prikkels leidt. Om die reden doet het CVZ nu voorstellen om die perverse prikkels eruit te halen. Doel is ervoor te zorgen dat noodzakelijke zorg verzekerd kan blijven.

Van der Veen stelt vast dat de vorige vergadering niet te vergelijken is met deze.
Blijkbaar zit er een groot verschil in denken tussen het ' beleid' en de 'spreekkamer'.

Smienk (FHI) zou het liefst zien dat de CGM en de ketonenteststrips over zouden gaan naar de hulpmiddelenzorg.

Veeze deelt de mening van Van der Veen dat de zorg in de toekomst anders georganiseerd zal zijn. Complexe zorg, zoals insulinepomptherapie, zal zich gaan concentreren.
Hij geeft ook aan dat er bezuinigingen vallen te behalen door het voorkomen van complicaties op de lange termijn. Hiervoor is een project gestart.
Van der Veen geeft aan dat hier een belangrijke taak ligt voor het veld. Door dergelijke initiatieven kunnen vervelende pakketingrepen voorkomen worden. Ze geeft aan dat er veel zaken en partijen een rol spelen binnen de zorg en dat het CVZ net zo min als andere partijen invloed heeft op alles.
Veeze geeft aan dat zij geen 'remmers' willen zijn en ook vooruit willen, maar wel getemperd. Hij zou dan ook graag zien dat de overheveling voorlopig niet doorgaat.

Slootmaker (NDF) geeft aan dat de communicatie rond dit dossier beter had gekund.
Link geeft aan dat dit inderdaad beter had gekund.

Van der Veen dankt alle aanwezigen voor de goede discussie en sluit de vergadering.

Bijlage 6

Reacties partijen

Link, mw. A.

Van: Reineke Poll [Poll@NFU.nl]
Verzonden: woensdag 13 april 2011 17:31
Aan: Link, mw. A.
CC: Frank de Bos; Harrie Kemna
Onderwerp: reactie NFU op het consultatierapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden 2".

Beste mevrouw Link,

Vind hieronder de reactie van de NFU op het consultatierapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden 2".
Met vriendelijke groet,
Reineke Poll

Consultatierapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden 2"
Reactie NFU

Is de redenatie van CVZ voor deze overheveling valide? Wordt de zorg er beter/ goedkoper van voor de patiënt?

De intentie om de knip te verplaatsen is begrijpelijk. Het ondervangt perverse prikkels die op dit moment optreden als gevolg van het feit dat de hoofdunit en de toebehoren in verschillende te verzekeren prestaties zijn ondergebracht.
Door de verstrekking in één hand te plaatsen, wordt de afstemming tussen de levering van het hulpmiddel en verbruikshulpmiddel verbeterd.

Het is wel de vraag of de zorg er uiteindelijk goedkoper van wordt. Het kleinere inkoopvolume van de ziekenhuizen (t.o.v. de huidige situatie waarin zorgverzekeraars gebruik kunnen maken van de schaalgrootte) helpt niet mee. Door de verantwoordelijkheid van de inkoop bij ziekenhuizen neer te leggen, verandert hun rol. Inkoop per ziekenhuis lijkt niet wenselijk. Verzekeraars kunnen nu gebruik maken van hun schaalgrootte. Een afzonderlijk ziekenhuis niet en dit zal invloed hebben op de prijs van een hulpmiddel en mogelijk ook de kwaliteit (keuze voor goedkoper hulpmiddel).

Is de overheveling uitvoerbaar? Aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan?

- Het aanpassen van DBC's/DOT zorgproducten is geen eenvoudige klus, is al gebleken bij de hulpmiddelen die nu gelabeld worden als 'ziekenhuisverplaatste zorg'. De hulpmiddelen die onder de Hulpmiddelenzorg vallen worden niet apart geregistreerd door de zorgverzekeraars, maar ook niet door de ziekenhuizen. Het inzichtelijk maken van de soort hulpmiddelen + hoeveelheid is lastig. Wat is de omvang? Verzekeraars zullen voor deze overheveling ook hun registratie moeten aanpassen. Het zou goed zijn wanneer verzekeraars per ziekenhuis inzichtelijk maken wat de orde van grootte is van de verschillende hulpmiddelen.
- Een volgende stap is het inzichtelijk maken van welke DBC's/DOT zorgproducten van toepassing zijn op de ingezette hulpmiddelen. Ook dit is een enorme klus. Het is nu lastig in te schatten of er sprake zal zijn van veel diversiteit tussen ziekenhuizen en de inzet van hulpmiddelen/ bijbehorende DBC's/DOT zorgproducten.
- Voorafgaand aan overheveling dient een zorgactiviteit en zorgproduct aangemaakt te worden.
- De administratieve last voor de ziekenhuizen zal worden vergroot. Dit betreft onder andere de verwerking van de facturen en het organiseren van de hulpmiddelen voor thuis. De zorgverzekeraars hoeven deze kosten niet meer te maken. Vooralsnog wordt veelal alleen naar de kosten van het hulpmiddel en verbruikshulpmiddel gekeken.

Is het tijdschema dat CVZ voorstelt, toereikend?

Invoering per 1 januari 2014 lijkt reëel.

Indicatiestelling

Kijkend naar de situatie van de CGM zien we dat er behoefte bestaat aan een bredere indicatiestelling dan gehanteerd wordt door CVZ. CVZ geeft in haar advies aan dat de NDF indicatiestelling leidend zou moeten zijn in de contractering door zorgverzekeraars, maar hanteert vervolgens zelf een smallere indicatiestelling in haar advies. Consequentie is bijvoorbeeld dat vrouwen met een zwangerschapswens en diabetes worden uitgesloten van de CGM, terwijl dat in het kader van verantwoorde preconceptionele zorg juist een belangrijke doelgroep is voor de CGM. Overigens geeft dit wel aan dat het een behoorlijk aandachtspunt zal zijn om inzichtelijk te maken wat de indicatiestelling is voor bepaalde hulpmiddelen en dat dit vervolgens ook een punt van onderhandeling zal zijn met de zorgverzekeraars in de besprekingen over het vrije en gereguleerde segment.

Conclusie

Alleen indien er vooraf (en tijdig) door de marktpartijen een indicatie kan worden gegeven van de omvang van de kosten van de toebehoren, is overheveling mogelijk. Dit biedt houvast voor het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Hierbij dient het informatieverzoek juist niet bij de zorgaanbieders te liggen, want die dragen nu nog niet de kosten.

Daarnaast is een belangrijke voorwaarde voor de overheveling dat de betrokken veldpartijen een duidelijke aanpak overeenkomen hoe deze overheveling in goede banen te leiden.

Hartelijke groet,

Drs. Reineke Poll
Senior Beleidsmedewerker

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
tel: 030 - 27.39.880
fax: 030 - 27.39.532
e-mail: poll@nfu.nl
e-mail algemeen: nfu@nfu.nl
internetadres: www.nfu.nl
KvK Utrecht 40481193

NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Geachte mevrouw Link,

Hierbij treft u onze reactie aan op het consultatierapport **"Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden 2".**

Wij ondersteunen het creeren van meer samenhang in de verstrekkingen en het slechten van schotten in financiering. Door de verstrekking in één hand te plaatsen, wordt de afstemming tussen hulpmiddel en bijbehoren verbeterd. Wel moet aan de volgende randvoorwaarden zijn voldaan:

- Er zal eerst zicht moeten komen op de omvang en soort van de over te hevelen zorg (aantallen, soort artikelen en kosten ervan), voor de individuele ziekenhuizen, maar ook landelijk in verband van overheveling van financiele middelen.

- Er is tijd nodig voor het inregelen van de productstructuur en de bekostiging (DOT) en voor organisatorische voorbereidingen in de ziekenhuizen.

- De hiermee gemoeide beheerskosten zullen moeten worden overgeheveld van verzekeraars naar ziekenhuizen.

- Een heldere afbakening met eenduidige indicatiecriteria zijn nodig om (nieuwe) discussies over vergoedingen en afbakening te voorkomen. Over indicatiecriteria vindt nog discussie plaats (voorbeeld: glucosemonitoring).

- Voor doelmatige inkoop is schaalgrootte nodig. Ziekenhuizen zullen daarom in de gelegenheid moeten worden gesteld om inkoopmacht te organiseren

- Een overheveling zoals bedoeld in dit rapport kan daarom pas op zijn vroegst in 2014 plaatsvinden en dient zorgvuldig te worden begeleid.

- De NVZ stelt voor de overheveling projectmatig te organiseren en voor te bereiden. Partijen die ons inziens hierbij betrokken horen te worden, zijn: ZN, NFU, NVZ, NZa, DBC Onderhoud en CVZ.

Voor een toelichting verwijzen wij naar het commentaar dat u van de NFU heeft ontvangen.

Is de redenatie van CVZ voor deze overheveling valide? Wordt de zorg er beter/ goedkoper van voor de patiënt?

De intentie om de knip te verplaatsen is begrijpelijk. Het ondervangt perverse prikkels die op dit moment optreden als gevolg van het feit dat de hoofdunit en de toebehoren in verschillende te verzekeren prestaties zijn ondergebracht.

Door de verstrekking in één hand te plaatsen, wordt de afstemming tussen de levering van het hulpmiddel en verbruikshulpmiddel verbeterd.

Het is wel de vraag of de zorg er uiteindelijk goedkoper van wordt. Het kleinere inkoopvolume van de ziekenhuizen (t.o.v. de huidige situatie waarin zorgverzekeraars gebruik kunnen maken van de schaalgrootte) helpt niet mee. Door de verantwoordelijkheid van de inkoop bij ziekenhuizen neer te leggen, verandert hun rol. Inkoop per ziekenhuis lijkt niet wenselijk. Verzekeraars kunnen nu gebruik maken van hun schaalgrootte. Een afzonderlijk ziekenhuis niet en dit zal invloed hebben op de prijs van een hulpmiddel en mogelijk ook de kwaliteit (keuze voor goedkoper hulpmiddel).

Is de overheveling uitvoerbaar? Aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan?

- Het aanpassen van DBC's/DOT zorgproducten is geen eenvoudige klus, is al gebleken bij de hulpmiddelen die nu gelabeld worden als 'ziekenhuisverplaatste zorg'. De hulpmiddelen die onder de Hulpmiddelenzorg vallen worden niet apart geregistreerd door de zorgverzekeraars, maar ook niet door de ziekenhuizen. Het inzichtelijk maken van de soort hulpmiddelen +

hoeveelheid is lastig. Wat is de omvang? Verzekeraars zullen voor deze overheveling ook hun registratie moeten aanpassen. Het zou goed zijn wanneer verzekeraars per ziekenhuis inzichtelijk maken wat de orde van grootte is van de verschillende hulpmiddelen.

- Een volgende stap is het inzichtelijk maken van welke DBC's/DOT zorgproducten van toepassing zijn op de ingezette hulpmiddelen. Ook dit is een enorme klus. Het is nu lastig in te schatten of er sprake zal zijn van veel diversiteit tussen ziekenhuizen en de inzet van hulpmiddelen/ bijbehorende DBC's/DOT zorgproducten.

- Voorafgaand aan overheveling dient een zorgactiviteit en zorgproduct aangemaakt te worden.

- De administratieve last voor de ziekenhuizen zal worden vergroot. Dit betreft onder andere de verwerking van de facturen en het organiseren van de hulpmiddelen voor thuis. De zorgverzekeraars hoeven deze kosten niet meer te maken. Vooralsnog wordt veelal alleen naar de kosten van het hulpmiddel en verbruikshulpmiddel gekeken.

Is het tijdschema dat CVZ voorstelt, toereikend?

Invoering per 1 januari 2014 lijkt reëel.

Indicatiestelling

Kijkend naar de situatie van de CGM zien we dat er behoefte bestaat aan een bredere indicatiestelling dan gehanteerd wordt door CVZ. CVZ geeft in haar advies aan dat de NDF indicatiestelling leidend zou moeten zijn in de contractering door zorgverzekeraars, maar hanteert vervolgens zelf een smallere indicatiestelling in haar advies. Consequentie is bijvoorbeeld dat vrouwen met een zwangerschapswens en diabetes worden uitgesloten van de CGM, terwijl dat in het kader van verantwoorde preconceptionele zorg juist een belangrijke doelgroep is voor de CGM. Overigens geeft dit wel aan dat het een behoorlijk aandachtspunt zal zijn om inzichtelijk te maken wat de indicatiestelling is voor bepaalde hulpmiddelen en dat dit vervolgens ook een punt van onderhandeling zal zijn met de zorgverzekeraars in de besprekingen over het vrije en gereguleerde segment.

Conclusie

Alleen indien er vooraf (en tijdig) door de marktpartijen een indicatie kan worden gegeven van de omvang van de kosten van de toebehoren, is overheveling mogelijk. Dit biedt houvast voor het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Hierbij dient het informatieverzoek juist niet bij de zorgaanbieders te liggen, want die dragen nu nog niet de kosten.

Daarnaast is een belangrijke voorwaarde voor de overheveling dat de betrokken veldpartijen een duidelijke aanpak overeenkomen hoe deze overheveling in goede banen te leiden.

Met vriendelijke groet,

Harrie Kemna

NVZ vereniging van ziekenhuizen
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Bezoekadres: Oudlaan 4
telefoon: 030 2739331
telefax: 030 2739780
e-mail: h.kemna@nvz-ziekenhuizen.nl
internet: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl>

Link, mw. A.

Van: Robert Beekman NVN [beekman@nvn.nl]
Verzonden: maandag 11 april 2011 16:02
Aan: Link, mw. A.
CC: Medicijnen CG-Raad
Onderwerp: RE: consultatie rapport CVZ

Geachte mevrouw drs A.J. Link,

U heeft gevraagd bij diverse platforms, waaronder de CG-raad, om advies ten aanzien van het document Concept Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg.

Wij hebben hieromtrent twee punten te melden:

1. De opleiding en instructie van patiënten die thuishemodialyse gaan doen, wordt overgeheveld naar de prestatie medisch-specialistische zorg. Dit vinden wij prima, echter: deze zorg is recentelijk uit de DOT gehaald. Volgens ons kan dit helemaal niet en wij verzoeken u om uw invloed aan te wenden deze fout te corrigeren.
2. Op dit moment heeft CVZ nog geen uitspraak gedaan omtrent de solo dialyse thuis. De zorg die nodig is om dit uit te voeren wordt nergens beschreven. Wij beschouwen dit als een lacune en verzoeken u vast te stellen dat dit onder "het noodzakelijk toebehoren en gebruiksartikelen" valt.

Met vriendelijke groet,
Nierpatiënten Vereniging Nederland

Robert Beekman
Collectieve belangenbehartiging

Nierpatiënten Vereniging Nederland

Postadres:
Postbus 284
1400 AG Bussum

Bezoekadres:
Groot Hertoginnelaan 34
1400 AG Bussum
tel 035-6912128
fax 035-6919334
www.nvn.nl

Link, mw. A.

Van: Hemmelder, M [M.H.Hemmelder@ZNB.NL]

Verzonden: woensdag 6 april 2011 16:52

Aan: Link, mw. A.

CC: Oudenaarden, Natasja; Hennie van IJzerloo; Els Boeschoten

Onderwerp: reactie op conceptrapport 'afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2'

Geachte heer/mevrouw,

Namens de Nederlandse Federatie voor Nefrologie kan ik u meedelen dat we instemmen met de voorstellen zoals gedaan in het concept rapport met betrekking tot de thuisdialyse. Al in een eerdere fase medio 2008 is er vanuit het nefrologisch veld een dergelijk verzoek bij CVZ ingediend. Wij zijn verheugd dat dit naar het zich nu laat aanzien tot uitwerking komt per 1 januari 2014, alhoewel wat ons betreft de uitvoering ook per 2012 kan. De randvoorwaarden zijn hiervoor reeds ingevuld in de huidige structuur voor thuisdialyse.

Met vriendelijke groet,

Dr. M.H. Hemmelder
Internist-nefroloog Medisch Centrum Leeuwarden
Voorzitter sectie nefrologische bedrijfsvoering NfN

Voor deze e-mail en eventuele bijlage(n) geldt een disclaimer. Zie: www.znb.nl/emaildisclaimer

nederlandse internisten vereniging

Bureau NIV
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20066
3502 LB Utrecht

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. Mw. A.J. Link
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 13 april 2011
ABA/NBO/003

Betreft: Consultatie rapport 'afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2'

Geachte mevrouw Link,

In uw brief d.d. 17 maart 2011 vraagt u aan de Orde van Medisch Specialisten een reactie op bovenvermeld rapport. Namens de Kerngroep Diabetes van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) wil ik hier graag op reageren.
Het mogelijke voornemen van CVZ om de vergoedingssystematiek van de insulinepomp te wijzigen heeft ons eerder dit jaar al bereikt via onze Diabetes Koepelorganisatie, de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).
Het voornemen dat in dit rapport wordt beschreven heeft geleid tot verbazing en protest in de tweede en derde lijns diabeteszorg. De NDF heeft eind maart jl. mede namens de NIV een brief gestuurd die onze verbazing en bezwaren in 4 punten heeft verwoord. Ik citeer mevrouw dr. I. de Weerdt, directeur van de NDF:

"

a. In het rapport wordt wat betreft de positionering gesteld dat een nadere afweging door CVZ plaats moet vinden of de insulinepomp daadwerkelijk onder medisch-specialistische zorg dient te vallen. In de werknotitie wordt vervolgens geconstateerd dat dit het geval is. Op grond van de gehanteerde definities is hier zeker iets voor te zeggen. Desalniettemin is het voor de NDF onvoldoende duidelijk wat de beoogde meerwaarde is van de overheveling. Deze meerwaarde zou betrekking kunnen hebben op doelmatigheid, toegankelijkheid, kwaliteit en / of prijs van de zorg.
b. In het rapport geeft u aan dat CVZ aandacht zal besteden aan de consequenties voor de DBC systematiek. Middels de eerste ervaringen vanuit het dossier RT CGM wordt duidelijk dat de inbedding van dit soort devices in de DBC-systematiek lastig is. Het blijkt complex om een uniforme DBC-prijs te bepalen gezien de zeer hoge en variabele kosten van de beschikbare hulpmiddelen, waar de ziekenhuizen momenteel geen compleet overzicht van hebben. Op dit moment steekt de NDF samen met ZN en DBC-Onderhoud energie in het zoeken naar oplossingen, die voor alle partijen werkbaar zijn. Deze ervaring met RT CGM geeft aan dat een veel grootschaliger operatie met de insulinepomp niet onderschat kan worden en veel aandacht zal vragen.
c. Onderbrenging van de insulinepomp onder medisch-specialistische zorg impliceert een bezwaarpunt van principiële aard wat betreft de vermenging van rollen: de zorgverlener wordt zowel behandelaar als leverancier, een onwenselijke situatie. Verder is het ook de vraag of een behandelcentrum in staat zal zijn om de gewenste keuzevrijheid van de patiënt voor leverancier en product in een voldoende mate te waarborgen.

Tel: 030 - 2823 229
Fax: 030 - 2823 225

secr@niv.knmg.nl
www.internisten.nl

BTW nr.: NL 8059.43.079.B.01
KvK nr.: 40479055

d. De overheveling van de insulinepomp inclusief toebehoren naar medisch-specialistische zorg heeft verstrekkende praktische consequenties. Ieder behandelcentrum moet een distributielijn inrichten en de hele procesgang en bijbehorende administratie organiseren. De (frequente) thuislevering en omvangrijke (100+) productenlijst van alle disposables van een insulinepomp, meters, strips etc maken het logistiek complex. Het is zeer de vraag of behandelcentra over de infrastructuur en de middelen beschikken om dit kwalitatief goed vorm te geven. Zo is het de vraag of spoedzorg in het kader van pompgebruik voldoende gewaarborgd kan worden. Daarnaast ontstaat mogelijk een financieel probleem (liquiditeit) voor de behandelcentra wat betreft de voorfinanciering. Behandelcentra moeten producten binnen 30 dagen betalen en ontvangen dit bedrag pas na 13 maanden via de DBC-retour. Gezamenlijk geven deze praktische consequenties een substantiële personele en financiële druk op behandelcentra, wat niet bijdraagt aan de directe zorgverlening."

Namens de NIV sluit ik mij nogmaals aan bij deze teksten. De achterliggende argumentatie van CVZ, waarom het anders zou moeten, ontgaat ons volledig. Als het CVZ om potentiële besparingen hoopt te bereiken,voorzien wij veeleer het omgekeerde effect.

Inbedding van dergelijke dienstverlening in de (opvolger van de) DBC-systematiek (het DOT-traject) is een lange en ingewikkelde bureaucratische route. Het lijkt ons essentieel dat de instanties die zich bezighouden met het DBC-onderhoud eerst eens een uitspraak doen over de uitvoerbaarheid daarvan, en de benodigde tijd.

Vanuit medisch specialistisch perspectief willen wij ook de laatste twee argumenten nog eens benadrukken:

Er is een ethische/juridische kwestie: Kan de arts nog zijn/haar wettelijk (WGBO) omschreven onafhankelijke behandel-relatie met zijn/haar patiënt behouden wanneer het takenpakket ook inkoop en voorraadbeheer van individuele pomp-apparatuur behelst.

Tot slot zien wij de ziekenhuizen in het algemeen niet in staat om dergelijk beheer efficiënt en betrouwbaar op te zetten, zonder gevaar voor grote interregionale kwaliteitsverschillen (die niets te maken hebben met de aanwezige medische expertise), en voor de ziekenhuizen onaantrekkelijke financiële risico's.

Gelet op bovenstaande zullen wij het zeer waarderen als CVZ haar plannen wil heroverwegen, en zijn natuurlijk gaarne bereid om hierover in discussie te treden.

Met vriendelijke groet,

Namens de Kerngroep Diabetes van de
Nederlandse Internisten Vereniging,

Dr. A.B. Arntzenius, voorzitter

C.c.
- Kerngroep Diabetes NIV
- Beroepsbelangen Commissie NIV, t.a.v. dr. J. Derksen, voorzitter
- Orde van Medisch Specialisten, t.a.v. het bestuur

College voor Zorgverzekeringen
Afdeling Zorgadvies
T.a.v. Mw. mr. Van der Veen-Helder
Postbus 320
1110 AH Diemen

Amersfoort, 14 maart 2011
Ref.: NDF 2011-034/SS/lm

Betreft: overheveling insulinepomp, een gespecificeerde versie van de brief d.d. 12 januari 2011

Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

Gedurende 2009 vond er systematisch afstemming plaats tussen het CVZ en een commissie van de NDF over het dossier RT CGM. Tijdens dit overleg bracht CVZ naar voren het voornemen te hebben om de insulinepomp in de nabije toekomst over te hevelen uit de hulpmiddelenzorg naar de medisch specialistische zorg. Daarbij werd aan de NDF de vraag voorgelegd om voor dit traject een commissie van deskundigen mee te laten denken. In een werknotitie van mw. drs. A.J. Link (november 2010) geeft het CVZ een toelichting op haar voornemen.
Bovenstaande vraag tot afstemming en samenwerking is voorgelegd aan het bestuur van de NDF en zijn tijdens vergadering van 9 december besproken. Het bestuur heeft op een aantal punten vragen en zeker ook twijfels over de wenselijkheid van dit traject. Onderstaand een toelichting op deze punten.

Reacties NDF

- **Standpunt NDF**

In de werknotitie van mw. Link wordt vermeld dat NDF afgevaardigden geïnformeerd zijn over het voornemen van CVZ en dit voornemen onderschrijven. Zoals u weet waren deze afgevaardigden gemandateerd in het traject RT CGM. Zij kunnen uiteraard geen federatiestandpunt verwoorden over het voornemen tot overheveling van de insulinepomp. De NDF heeft tijdens het overleg met CVZ kenbaar gemaakt dat hiertoe een bestuursbesluit noodzakelijk is. De constatering dat de NDF de voorgenomen overheveling onderschrijft is dan ook voorbarig.

- **Rapport 'Hulpmiddelenzorg – Deelrapport van het Pakketadvies 2010'**

De genoemde werknotitie van CVZ is gebaseerd op het rapport 'Hulpmiddelenzorg – Deelrapport van het Pakketadvies 2010' (publicatienummer 286, april 2010). In dit rapport wordt het volgende systeemadvies verwoord: *"Het CVZ adviseert de verschillende hulpmiddelen die gebruikt worden bij diabetes functiegericht te omschrijven. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van het pakket. Bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden".*
In het rapport wordt specifiek ingegaan op de indicatiecriteria voor de insulinepomp (paragraaf 4.d.8.). Twee aspecten zijn hierbij van belang om aan te refereren.

1. Positionering

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

Bovenstaand citaat roept bij de NDF een aantal reacties op:

a. In het rapport wordt wat betreft de positionering gesteld dat een nadere afweging door CVZ plaats moet vinden of de insulinepomp daadwerkelijk onder medisch-specialistische zorg dient te vallen.

In de werknotitie wordt vervolgens geconstateerd dat dit het geval is. Op grond van de gehanteerde definities is hier zeker iets voor te zeggen. Desalniettemin is het voor de NDF onvoldoende duidelijk wat de beoogde meerwaarde is van de overheveling. Deze meerwaarde zou betrekking kunnen hebben op doelmatigheid, toegankelijkheid, kwaliteit en / of prijs van de zorg.

b. In het rapport geeft u aan dat CVZ aandacht zal besteden aan de consequenties voor de DBC systematiek. Middels de eerste ervaringen vanuit het dossier RT CGM wordt duidelijk dat de inbedding van dit soort devices in de DBC-systematiek lastig is. Het blijkt complex om een uniforme DBC-prijs te bepalen gezien de zeer hoge en variabele kosten van de beschikbare hulpmiddelen, waar de ziekenhuizen momenteel geen compleet overzicht van hebben. Op dit moment steekt de NDF samen met ZN en DBC-Onderhoud energie in het zoeken naar oplossingen, die voor alle partijen werkbaar zijn. Deze ervaring met RT CGM geeft aan dat een veel grootschaliger operatie met de insulinepomp niet onderschat kan worden en veel aandacht zal vragen.
c. Onderbrenging van de insulinepomp onder medisch-specialistische zorg impliceert een bezwaarpunt van principiële aard wat betreft de vermenging van rollen: de zorgverlener wordt zowel behandelaar als leverancier, een onwenselijke situatie. Verder is het ook de vraag of een behandelcentrum in staat zal zijn om de gewenste keuzevrijheid van de patiënt voor leverancier en product in een voldoende mate te waarborgen.
d. De overheveling van de insulinepomp inclusief toebehoren naar medisch-specialistische zorg heeft verstrekkende praktische consequenties. Ieder behandelcentrum moet een distributielijn inrichten en de hele procesgang en bijbehorende administratie organiseren. De (frequente) thuislevering en omvangrijke (100+) productenlijst van alle disposables van een insulinepomp, meters, strips etc maken het logistiek complex. Het is zeer de vraag of behandelcentra over de infrastructuur en de middelen beschikken om dit kwalitatief goed vorm te geven. Zo is het de vraag of spoedzorg in het kader van pompgebruik voldoende gewaarborgd kan worden. Daarnaast ontstaat mogelijk een financieel probleem (liquiditeit) voor de behandelcentra wat betreft de voorfinanciering. Behandelcentra moeten producten binnen 30 dagen betalen en ontvangen dit bedrag pas na 13 maanden via de DBC-retour. Gezamenlijk geven deze praktische consequenties een substantiële personele en financiële druk op behandelcentra, wat niet bijdraagt aan de directe zorgverlening.

2. Indicatiecriteria

In het CVZ rapport als ook in de werknotitie wordt geconstateerd dat de huidige indicatiecriteria voor de insulinepomp onvoldoende duidelijkheid bieden. De suggestie is om geen criteria op te nemen in de regeling maar door het veld een richtlijn of protocol te laten ontwikkelen. In principe zou de NDF hier een bijdrage aan kunnen leveren.

Samenvattend

Samenvattend is het de NDF op dit moment onvoldoende duidelijk wat de beoogde meerwaarde is van de overheveling van de insulinepomp naar de medisch specialistische zorg. Wel ziet de NDF de risico's ervan. De NDF vreest dat deze overheveling een onduidelijke situatie voor patiënt, behandelaar en verzekeraar op zowel financieel als organisatorisch vlak tot gevolg heeft, hetgeen niet bijdraagt aan optimale zorgverlening. Wij zouden dan ook graag met u in gesprek gaan om nader van gedachten te wisselen over bovenstaande vraagstukken en het kader voor het verdere traject.

Met vriendelijke groet,

NEDERLANDSE DIABETES FEDERATIE

I. de Weerdt

Mw. dr. I. de Weerdt, directeur

Diabetesvereniging Nederland

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. Mw. Drs. A.J. Link
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Ons kenmerk	Uw kenmerk	Datum
2011-0382/JD/JW	ZA/2011029366	15 april 2011

Onderwerp: consultatierapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals Medisch specialisten die plegen te bieden'

Geachte mevrouw Link,

Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft met veel belangstelling kennis genomen van het consultatierapport over de afbakening van hulpmiddelen- en geneeskundige zorg. Eerder is vanuit de Nederlandse Diabetes Federatie waarvan DVN deel uitmaakt per brief (ref. NDF 2011-006/SS/lm) ongerustheid geuit over de plannen. In deze brief wil DVN de bezwaren vanuit het patiëntenperspectief onderbouwen en toelichten. Samengevat betekent overheveling van de insulinepomp van de hulpmiddelenzorg naar de medisch-specialistische zorg een aanzienlijke verslechtering voor een belangrijk deel van onze achterban.

Hierna geven wij puntsgewijs aan waarom de argumenten voor de voorgenomen maatregelen in onze ogen niet juist zijn. Vervolgens gaan wij in op de ongewenste gevolgen die mensen met diabetes hiervan in hun dagelijks leven zullen ervaren. Tot slot willen wij u graag een alternatief voor de voorgestelde overheveling ter overweging meegeven.

Argumentatie

Medische achterwacht bij insulinepomp

DVN acht het argument dat voor het toepassen van de insulinepomp een medische achterwacht noodzakelijk is, niet steekhoudend. Deze noodzakelijke achterwacht is namelijk niet beperkt tot patiënten die een insulinepomp gebruiken. Ook patiënten die zijn ingesteld op meerdaagse insuline-injecties moeten kunnen terugvallen op deze medisch geschoolde achterwacht. Bij technisch falen van de pomp zal weliswaar de service van de importeur nodig zijn, maar deze dienstverlening heeft geen medisch karakter.

Criterium specialistische zorg

Volgens het CVZ valt een hulpmiddel onder de 'zorg door medisch specialisten' als in geval van vervanging van het hulpmiddel een specialist geraadpleegd dient te worden. In de praktijk is aanleiding voor vervanging van een insulinepomp meestal dat de fabrikant na een zekere gebruiksduur niet meer garant kan staan voor het betrouwbaar functioneren van de pomp. De handtekening van de specialist is in dergelijke gevallen van verzekeringstechnische aard. Aanleiding voor vervanging van het hulpmiddel is in 99,9 % van de gevallen dus niet een heroverweging van deze therapievorm maar beëindiging van de levensduur van de pomp.

Kern van de medische behandeling

De minister heeft in de Nota van Toelichting artikel 2.4 BZV aangegeven dat het hulpmiddelen betreft die gezien moeten worden als de kern, het wezen van de medische behandeling. Als voorbeeld hiervan werd het plakken van een pleister gegeven.
Hierbij zij opgemerkt dat in een ziekenhuissituatie zelfs het plakken van een pleister meer behelst dan de technische handeling alleen. Immers: de diagnose, de inschatting

van infectierisico's, het monitoren van herstel en de keuze van het materiaal vragen om medische kennis, kunde en attitude. Anders zou deze patiënt niet in het ziekenhuis moeten zijn, maar bijvoorbeeld bij een zorgzame ouder, partner of leerkracht.

Bij insulinepomptherapie zijn de pomp en toebehoren in wezen niet meer dan het hulpmiddel om de medicatie volgens de in educatie geleerde dosis en frequentie toe te dienen. De behandeling bestaat uit het ondersteunen van de patiënt bij het titreren van de juiste dosering insuline, het monitoren van de effecten en de adequate respons op de uitkomsten door de patiënt zelf en het bewaken van (het ontstaan van) risicofactoren en complicaties. DVN vindt het dan ook niet terecht om het wezen van de behandeling te verengen tot het verstrekken van een pomp en de daarvoor benodigde hulpmiddelen. U geeft zelf aan te twijfelen over de juiste interpretatie van deze regel. DVN verzoekt u met klem om dit wetsartikel niet zo ruim te zien, dat zelfs een complexe therapie als insulinepomptherapie erin past. De vergelijking met de pleister, door u terecht als slechts een voorbeeld genoemd, ligt echter wel op een haast astronomische afstand van die van insulinepomptherapie.

Gevolgen voor patiënten
Voor het ziekenhuis en voor de patiënt die is aangewezen op insulinepomptherapie zien wij uitsluitend nadelige gevolgen van de voornemens.

Regie voor patiënt
De overheveling naar 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' betekent dat het ziekenhuis of behandelcentrum er taken bij krijgt die op geen enkele wijze medische expertise behoeven. Het ligt voor de hand dat ziekenhuizen of behandelcentra dit werk niet door medisch geschoold personeel laten uitvoeren, om redenen van doelmatige inzet van deze steeds schaarser wordende beroepsgroep. De kans is groot dat een nieuw op te richten afdeling met de uitvoering belast wordt. Hierdoor wordt de patiënt in sterke mate afhankelijk van de interne communicatie tussen hulpverlenende en verstrekkende afdeling. De aanbodsturing zal door deze ontwikkeling versterkt worden. Met als gevolg dat de patiënt de regie over de zorg verliest, wat uiteindelijk de efficiency en kwaliteit van zorg niet ten goede komt.

Risico's
Het ziekenhuis zal in de nieuwe situatie te maken krijgen met meerdere adressen per patiënt. Immers, de toebehoren van de pomp zullen vaak op het werkadres van patiënten afgeleverd moeten worden. Gelet op de huidige sociaaldemografische ontwikkelingen komen eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen meer en meer voor, waardoor er niet vanuit gegaan kan worden dat op het huisadres iemand aanwezig is die de materialen in ontvangst kan nemen. De koppeling van meerdere adressen aan één persoon kan in deze setting grote risico's opleveren.

Voorraad en uitgifte
Het ziekenhuis zal een uitgebreide voorraad moeten beheren en logistieke procedures dienen op te stellen. Insulinepompen moeten bij falen snel vervangen kunnen worden. Met het oog op verblijf in het buitenland zal een reservepomp uitgeleend moeten worden. Dit alles zonder dat de patiënt hiervoor extra kosten in rekening gebracht krijgt.
Het ziekenhuis zal ten behoeve van de privacy van de patiënt, de hulpmiddelen die op het werkadres worden geleverd in een neutrale verpakking moeten leveren. Dit vraagt extra logistieke aandacht die bij de huidige leveranciers gewoon is.
Het alternatief, patiënten zelf de materialen in het ziekenhuis te laten ophalen, vormt voor hen een grote belasting. Diabetesexpertisecentra, waar pomp en continu glucose meting (CGM) geboden wordt, bevinden zich vaak op grote afstand van woon- en werk- of studieplaats. Het betekent dat de patiënt onnodig vaker zijn dagelijkse werkzaamheden moet onderbreken om materialen op te halen. Voor mensen met diabetes die als gevolg van complicaties minder mobiel zijn, betekent het dat zij een nog groter beroep moeten doen op hun mantelzorgers.

Toezicht

De zorgverzekeraar zal moeten toezien of deze ingekochte zorg volgens afspraak geleverd wordt. DVN heeft de ervaring dat zorginkopers nu al niet in staat zijn de huidige DBC-afspraken te beoordelen op doelmatig naleven. Zo weet men niet wat onder goede diabeteseducatie moet worden verstaan. Daarnaast gaat al geruime tijd mis waar het de plicht betreft om teststrookjes voor het aantonen van ketonlichamen aan patiënten te verstrekken. (Ketonlichamen wijzen op een uit de hand lopende ontregeling bij diabetes, die indien bijtijds gesignaleerd, nog in de thuissituatie verholpen kan worden. Uiteraard geldt dit alleen voor mensen die optimale educatie hebben ontvangen.)
Hoewel dit officieel onderdeel van de DBC is, blijken patiënten te maken te krijgen met ziekenhuispersoneel dat van niets weet en het is eerder regel dan uitzondering dat patiënten uiteindelijk de kosten maar zelf betalen.

Overige effecten
De patiënt heeft in de nieuwe situatie niet of nauwelijks de mogelijkheid van leverancier te veranderen wanneer deze in gebreke blijft of wanprestaties levert. Dit in combinatie met de marginale controlemogelijkheden van de zorginkoper doet ons het ergste vrezen.
Het feit dat een half jaar nadat de CGM is opgenomen in het basispakket, ziekenhuizen nog nauwelijks deze behandeling volgens de regels aan hun patiënten aanbieden, of slechts onder druk van media-aandacht schoorvoetend hiertoe overgaan, versterkt onze zorgen hieromtrent.

Ziekenhuizen zijn er allereerst om goede medische zorg te leveren. De door u voorgestelde logistieke taak is branchevreemd en kan in onze optiek niet met behoud van de huidige kwaliteit door hen uitgevoerd worden.

Een ander ongewenst neveneffect van de voornemens is dat het schot tussen de eerste en tweedelijns zorg onnodig gehandhaafd blijft. In geval van intensieve diabetesbehandeling bij diabetes type 2 zal dit kostenbesparende initiatieven tussen de verschillende echelons in de weg staan.

Tot slot
In uw brief geeft u aan dat het motief voor uw plan 'kwalitatief goede zorg is'. Diabetesvereniging Nederland kan helaas niet anders concluderen dat u met dit plan het door u geformuleerde motief geheel voorbij schiet. Wij doen dan ook een dringend appel op u om af te zien van uw beleidsvoornemens.

DVN is graag bereid met u mee te denken over alternatieven voor de voorgestelde overheveling van hulpmiddelenzorg. Om de kwaliteit van zorg te handhaven en verder te verbeteren zou bijvoorbeeld meer gebruik gemaakt kunnen worden van de expertise van de huidige hulpmiddelenleveranciers. Nauwere samenwerking met leveranciers en wellicht het onderbrengen van zorgarrangementen bij hen zou een te verkennen oplossingsrichting zijn.

Vanzelfsprekend geven wij desgewenst graag een nadere toelichting op bovenstaande. Wij zien met veel belangstelling uw reactie tegemoet.

Met vriendelijke groet,
Diabetesvereniging Nederland

M.J. Ploeg MHCM
Directeur

Cc.: Nederlandse Diabetes Federatie
Chronisch zieken en Gehandicaptenraad

DIAGNED
preventie diognose prognose therapie
Diagnostica Associatie Nederland
Postbus 85612
2508 CH Den Haag
070 312 39 28
info@diagned.nl

Aan het College van Zorgverzekeringen
mr M. van der Veen-Helder
Hoofd afdeling Zorg Advies
Postbus 20
1110 AH Diemen

Den Haag, 14 april 2011
MdB/HJ/11-012

Geachte mevrouw Van der Veen,

Betreft: **Inhoudelijke consultatie concept-rapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2"**

Als aangesloten organisatie bij SOMT is Diagned in de gelegenheid gesteld commentaar te geven op het concept-rapport van het CVZ over de "afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2". Graag maken wij van deze gelegenheid gebruik en brengen wij de volgende punten onder uw aandacht.

Voormeld rapport is een vervolg op het standpunt "afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden" dat het CVZ in 2009 heeft uitgebracht en vormt in dat opzicht een logische consequentie van de meer systematische benadering die het CVZ met betrekking tot hulpmiddelen die onder verantwoordelijkheid van medisch specialisten worden voorgeschreven voorstaat. Specifiek met betrekking tot insulinepompen merken wij het volgende op.

1. In het rapport wordt de insulinepomp aangeduid als een hulpmiddel dat door een medisch-specialist wordt voorgeschreven waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Diagned onderschrijft deze constatering. Insulinepomptherapie is een technisch en kwalitatief hoogwaardige vorm van therapie, die grote voordelen kan bieden bij de behandeling van mensen met diabetes. Het optimale gebruik van insulinepomptherapie veronderstelt echter wel een gedegen kennis- en ervaringsniveau van zowel de behandelaars (medisch-specialisten en diabetes verpleegkundigen) als de patiënt. Ook moet de patiënt te allen tijde terug kunnen vallen op zowel medische als technische ondersteuning en achterwacht.

   Insulinepompen zijn sinds 1980 in Nederland op de markt. In die jaren hebben medische specialisten en fabrikanten van insulinepompen vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid de medische en technische ondersteuning als onderdeel van de achterwachtfunctie bij insulinepomptherapie op een doeltreffende wijze georganiseerd. Daarbij zijn afspraken gemaakt over de verdeling van taken in de verschillende stadia van de behandeling, waarbij fabrikanten vanuit hun eigen expertise onder meer zorg dragen voor:

DIAGNED
preventie diagnose prognose therapie
Diagnostica Associatie Nederland
Postbus 85612
2508 CH Den Haag
070 312 39 28
info@diagned.nl

- voorlichting en voorbereiding van de patiënt op de start met insulinepomptherapie;
- technische instructie aan de patiënt zodat deze de pomp kan bedienen en alle relevante functies kent;
- starten met insuline en instellingen van de pomp;
- technische productondersteuning tijdens gebruik en 24-uurs bereikbaarheid;
- aanvullende educatie over het gebruik van functies van de pomp die de behandeling verder kunnen optimaliseren

Diagned stelt vast dat er sprake is van een goed georganiseerde achterwachtfunctie op zowel medisch als technische niveau. Dit blijkt ook in de praktijk zo ervaren te worden. Daarvoor is het echter wel cruciaal dat deze samenwerking en verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen behandelaars en fabrikanten ongemoeid blijft. Vanuit die invalshoek is een overheveling van de vergoeding van insulinepompen van het hulpmiddelen regime naar geneeskundige zorg niet per se noodzakelijk.

2. Bij de voorgestelde overheveling van de vergoeding van insulinepompen van de hulpmiddelenzorg naar de geneeskundige zorg zal naar onze mening vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan. In de eerste plaats wijzen wij er op dat het van groot belang is dat zowel de vergoeding van de pomp (incl. bijbehoren) als de daarbij behorende zorgverlening op solide basis in de bekostigingssystematiek voor geneeskundige zorg wordt verankerd. In het conceptrapport wordt ten aanzien van dit punt opgemerkt dat de NDF met DBC Onderhoud contact zal opnemen over de vraag op welke manier de insulinepomp in de DBC systematiek kan worden opgenomen. Naar onze mening is dit nog te vrijblijvend geformuleerd. Trajecten bij DBC-onderhoud zijn veelal langdurig en weinig transparant. Verzekerden hebben op dit moment een zelfstandige (en heldere) aanspraak op de vergoeding van insulinepompen. Bij een overheveling zal als waarborg moeten worden ingebouwd dat verzekerden de facto een gelijke aanspraak zullen behouden. Dit veronderstelt ook een juiste en onderbouwde budgettaire overheveling, als mede een concrete toezegging dat deze overheveling niet gaat leiden tot verschraling van de zorg. Het betreft hier immers alleen een systeemtechnische aanpassing, geen pakketmaatregel.

3. In het verlengde van het voorgaande punt wijst Diagned er verder op dat met het onderbrengen van de vergoeding van de insulinepompen in de bekostiging van geneeskundige zorg ziekenhuizen zelf een eigen financieel belang krijgen bij de verstrekking van insulinepompen. Op zichzelf is hier niets op tegen, maar er dient wel te worden gewaarborgd dat de diabetespatiënten die op insulinepomptherapie zijn aangewezen, deze ook tot hun beschikking krijgen. Om meerdere redenen kan Diagned zich dan ook vinden in de suggestie die vanuit het CVZ wordt gedaan om te komen tot een richtlijn voor insulinepomptherapie. Uit het conceptrapport maken wij op dat het CVZ de vraag aan de NDF heeft voorgelegd of zij een richtlijn/protocol wil opstellen en dat de NDF dit in overweging heeft genomen. Naar onze mening vormt de totstandkoming van een dergelijke breed gedragen richtlijn ook een randvoorwaarde om de overheveling op zorgvuldige wijze te laten plaatsvinden. Overigens is Diagned bereid de kennis die op dit punt bij de fabrikanten van insulinepompen beschikbaar is, ten behoeve van een dergelijke richtlijn ter beschikking te stellen.

DIAGNED
preventie diognose prognose therapie
Diagnostica Associatie Nederland
Postbus 85612
2508 CH Den Haag
070 312 39 28
info@diagned.nl

4. In het conceptrapport wordt voorgesteld de overheveling van de vergoeding van insulinepompen van hulpmiddelenzorg naar geneeskundige zorg te laten plaatsvinden per 1 januari 2014. Diagned zou er voorstander van zijn op korte termijn met betrokken partijen om de tafel te gaan teneinde de randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om de voorgestelde overheveling op verantwoorde wijze te laten plaatsvinden, nader te bespreken en te definiëren. Daarbij lijkt het ons zinvol ook de ervaringen die sinds kort met de vergoeding van de continueglucosemeting onder de DBC's worden opgedaan, in de uiteindelijke besluitvorming mee te nemen.

Tot het geven van een nadere toelichting zijn wij gaarne bereid.

Met vriendelijke groet,

Mirjam de Bruin

NEFEMED
GESPREKSPARTNER IN DE GEZONDHEIDSZORG

CVZ
Mevr. drs. A.J. Link
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk : nfm.bri.270
Betreft : Consultatierapport Afbakening
Datum : 14 april 2011

Geachte mevrouw Link, beste Angel,

Hierbij de reactie van Nefemed op het concept rapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2".

Bij de consultatie over het eerste afbakeningsrapport medisch-specialistische zorg en hulpmiddelenzorg in 2009 hebben wij aangegeven dat het bij de wondbehandeling met behulp van vacuümtherapie zeer onwenselijk is de vacuümpomp en de medische disposables te bekostigen vanuit twee regelingen. Wij zijn dan ook positief over de richting die het CVZ nu voorstelt nl. dat de pomp en toebehoren bij vacuümtherapie per 1-1-2014 bekostigd worden als medisch-specialistische/geneeskundige zorg. Nadrukkelijk willen wij hierbij stellen dat het voor het succesvol implementeren van deze maatregel absoluut noodzakelijk is dat de bekostiging via de DOT/DBC (bijvoorbeeld d.m.v. een transmurale DBC) geborgd is.
In het algemeen zijn wij van mening dat het bij deze vorm van wondverzorging de voorkeur heeft de gehele bekostiging (van hulpmiddel en zorg) in één hand te brengen. Dat betekent dat het voor een effectieve en doelmatige zorgverlening ook nodig is dat de verpleging die noodzakelijk is i.v.m. medisch- specialistische zorg daar onder te brengen.
Het risico op het introduceren van nieuwe en/of andere perverse prikkels moet worden voorkomen.

Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten
Reitseplein 8, 5037 AA Tilburg, Postbus 90154, 5000 LG Tilburg. Telefoon: 013-5944342, Fax: 013-5944749.
E-mail: nefemed@wispa.nl Internet: www.nefemed.nl. Bank: Van Lanschot Bankiers, Rek.nr. 632751762
Bic FVLBNL22. IBAN NL60FVL B0632751762

Overigens leren ervaringen met vacuümtherapie (zie pagina 2 van het rapport) dat gescheiden bekostiging niet alleen leidt tot perverse prikkels maar ook tot problemen met comptabiliteit tussen hoofdunit en toebehoren, daaraan verbonden aansprakelijkheidsproblemen, opleiding van deskundigen met verschillende systemen etc.

T.a.v. de bekostiging van medisch-specialistische zorg voor insulinepompen, dialyse apparatuur e.d. is het op hoofdlijnen niet anders dan hetgeen geldt voor vacuümtherapie: de borging van de bekostiging via een DBC is een randvoorwaardelijke noodzaak voor een solide overheveling die uiteindelijk ook moet leiden tot een betere en efficiëntere patiëntenzorg. In die zin dient de in onze ogen systeemtechnische aanpassing of overheveling in ieder geval in voldoende mate te worden onderbouwd door gegarandeerde en transparante bekostigingstechnische oplossingen.
De implementatie van de overheveling per 1 januari 2014 is daarvan ons inziens afhankelijk.

Wij kunnen ons voorstellen dat de komende tijd daarom gebruikt wordt om tot de aangegeven en/of anderszins gewenste randvoorwaardelijke oplossingen te komen. Wij zijn daartoe zeer bereid.

Met vriendelijke groet,

Mr. Roelf A. van Run
Directeur

FHI MEDISCHE TECHNOLOGIE

NEDERLANDSE BRANCHEORGANISATIE VOOR MEDISCHE TECHNOLOGIE

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mevrouw drs. A.J. Link
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Leusden, april 2011

Betreft: reactie op consultatie rapport 'afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2'

Geachte mevrouw Link,

Zoals met u besproken sturen wij u hierbij de reactie van FHI Medische technologie op het rapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2".

Algemeen

FHI onderschrijft dat er in de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg soms onduidelijkheden bestaan die van invloed kunnen zijn op het zorgproces. Dit zijn echter onduidelijkheden van incidentele aard die veelal om een eigen specifieke verduidelijking of afspraak vragen. Naar stellige overtuiging van FHI is er echter geen sprake van een structurele problematiek in de afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg. Voor de meeste hulpmiddelenzorg geldt dat er sprake is van een heldere scheiding tussen de 1e en de 2e lijn. Juist op hulpmiddelenzorg zijn duidelijke en doelmatige afspraken gemaakt tussen medisch speciaalzaken/medisch facilitaire bedrijven en zorgverzekeraars. Dit is een overzichtelijk model met een beperkt aantal betrokken partijen. Mede hierdoor staat de hulpmiddelenzorg in Nederland op een kwalitatief hoog niveau en worden de kosten van de hulpmiddelenzorg in de hand gehouden. Dit blijkt mede uit de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per patiënt die voor veel hulpmiddelenzorg een dalende trend laat zien.

Het verbaast FHI dan ook dat CVZ om reden van "kwalitatief goede zorg" en "duidelijkheid over aard, inhoud en omvang van zorg" haar voorkeur uitspreekt voor een model waarin de aanspraak en bekostiging van de toebehoren van medische hulpmiddelen, welke in het kader van medisch-specialistische zorg worden verstrekt, worden ondergebracht bij de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg. Hiermee wordt gekozen voor een model dat mogelijk incidentele problemen oplost, maar vele nieuwe problemen zal veroorzaken. Dit terwijl er geen duidelijke signalen of objectieve aanwijzingen zijn dat het huidige model niet naar behoren zou functioneren. Bovendien lijkt dit voorstel tegenstrijdig aan het algemene beleid dat ervan uit gaat dat daar waar een behandeling veilig, doelmatig en kwalitatief hoogwaardig in de 1e lijn kan worden uitgevoerd, deze daar ook plaats dient te vinden.

Binnen het totale pakket van geleverde hulpmiddelenzorg (medische hulpmiddelen en toebehoren, logistiek, verpleegkundige dienstverlening, service en onderhoud, instructie, etc.) vormt de begeleiding van de behandeling door een medisch specialist in de meeste gevallen slechts een smal deel van het totale geleverde zorgpakket. Dit geldt ook voor de kosten. Mede om die reden pleit FHI er voor om standaard de verstrekking en bekostiging van medische hulpmiddelen onder de verzekerde prestatie hulpmiddelenzorg te laten en slechts in bijzondere situaties daar van af te wijken.

Postbus 366 3830 AK Leusden bezoekadres: Dodeweg 6B, 3832 RC Leusden telefoon (033) 465 10 63 (algemeen (033) 465 75 07) fax (033) 461 66 38 internet: www.fhi.nl e-mail: info@fhi.nl
K.v.K. Gooi- en Eemland 40507573

Hulpmiddelenzorg in de 1e lijn is vaak gericht op het realiseren van een permanente en stabiele behandeling in de thuissituatie. Hoewel er uitzonderingen bestaan geldt voor de meeste patiënten en therapieën in de thuissituatie dat terugval op een medisch specialistische achterwacht, in het kader van een juiste toepassing of instelling van de gebruikte apparatuur/medische hulpmiddelen, niet of maar in zeer beperkte mate aan de orde is. In dat kader ziet FHI dan ook geen relevante relatie tussen aanspraak en vergoeding van hulpmiddelenzorg en het belang van de medisch specialistische achterwachtfunctie.

Voorts wijst FHI op het volgende: in het voorstel van CVZ komt de voorschrijver in een positie dat hij tevens als leverancier gaat, of kan gaan optreden. Dit brengt een reëel risico met zich mee dat in de uitvoering bedrijfseconomische belangen van invloed zijn op de keuzes die een medisch specialist maakt bij het voorschrijven van medische hulpmiddelen. Het belang van de patiënt in de thuissituatie staat daarbij niet voorop. Hierbij moet ook gedacht worden aan de aanschaf van producten die door het ziekenhuis zowel intra- als extramuraal (bij de patiënt thuis) worden ingezet. Bij de inkoop van producten door ziekenhuizen is er om moverende redenen vaak een belang om te kiezen voor één merk en meestal ook nog voor één type medisch hulpmiddel. Voor patiënten in de thuissituatie gelden echter veelal hele specifieke individuele behoeften. Om daarin te voorzien is doorgaans juist een breed aanbod van producten nodig. Het is reëel te veronderstellen dat het voorstel van CVZ zal leiden tot een ernstige verschaling van het aanbod (keuze en kwaliteit) van medische hulpmiddelen in de thuissituatie.

Ook ten aanzien van de keuzevrijheid van de patiënt bestaan vraagtekens. Gespecialiseerde medisch speciaalzaken en medisch facilitaire bedrijven zijn veelal niet merkgebonden en in staat een breed aanbod van producten en merken aan een patiënt te bieden. Voorts beschikken deze organisaties over een adequaat en fijnmazig (regionaal en landelijk) logistiek netwerk en zijn in staat om op medische hulpmiddelen 24-uurs spoeddiensten te leveren. Het is de vraag of in het voorgestelde CVZ model een minstens gelijkwaardige infrastructuur en aanbod van productenprogramma kan worden geboden.

Om bovengenoemde redenen pleit FHI er voor om standaard de verstrekking en bekostiging van medische hulpmiddelen onder de verzekerde prestatie hulpmiddelenzorg te laten en slechts in bijzondere situaties daarvan af te wijken.

Hoewel de leden van FHI in alle zeven genoemde productsegmenten actief zijn geven wij graag nog een uitgebreidere toelichting op twee van deze segmenten:

Vacuümpompen:
In het rapport worden een aantal argumenten aangevoerd die naar mening van FHI ongegrond zijn en derhalve mogelijk zouden moeten leiden tot een heroverweging van het ingenomen standpunt.

Onder 3a op bladzijde 9 wordt gesteld dat de prijzen van toebehoren bij de vacuümpomp in de afgelopen jaren sterk zijn gestegen. Tevens wordt aangegeven dat er signalen zijn dat de gemiddelde behandelduur steeds verder toeneemt. Een groot aantal zorgverzekeraars hebben een vast tarief gesteld voor de behandeling met negatieve druk. Dit tarief behelst de totale zorg inclusief toebehoren. Medisch speciaalzaken, welke in dit segment actief zijn kunnen aan de hand van objectieve en toetsbare rapportages aantonen dat deze beide stellingen in het rapport niet juist zijn. De gemiddelde prijzen zijn juist sterk gedaald en de behandelduur is afgenomen.

Schaalverkleining door contractering met vele ziekenhuizen leidt niet tot doelmatigheid, iets wat de zorgverzekeraars in samenwerking met de facilitaire bedrijven de afgelopen jaren met succes hebben nagestreefd en bereikt.

Het voorstel zoals het er nu ligt kan ook de veiligheid en kwaliteit van zorg bij de patiënt aantasten, omdat er meerdere partijen betrokken moeten worden. De kans op onduidelijkheden omtrent de verantwoordelijkheden wordt hiermee bevorderd.

Gezien bovenstaande zijn wij van mening dat CVZ met het voorstel aangaande de voedingspompen kwalitatief goede zorg niet bevordert en dat het leidt tot onduidelijkheden over de te leveren zorg en zeker niet tot een doelmatiger voedingszorg.

Samenvattend
Het standpunt van CVZ dat, indien er sprake is van een hulpmiddel in het kader van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg, ook de toebehoren bij de aanspraak horen, wordt door FHI niet onderschreven. Naar mening van FHI is het zeer onwenselijk dit standpunt als algemeen uitgangspunt voor de bekostiging van hulpmiddelenzorg te hanteren. Hoewel mogelijk een aantal specifieke problemen worden opgelost verwacht FHI dat hierdoor in de uitvoering en de bekostiging vele nieuwe (en onwenselijke) problemen gaan ontstaan welke niet bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige zorg.

Graag zouden wij in een gesprek het bovenstaande nader aan u toe willen lichten.

Met vriendelijke groet,

FHI
Nederlandse brancheorganisatie voor Medische Technologie

Luc H.M. Knaven

Voedingspompen:
De groep patiënten die gebruik maakt van voedingspompen en toebehoren is zeer divers. In principe kan iedere patiënt te maken krijgen met voedingspomp en toebehoren om sondevoeding toe te dienen. Bijvoorbeeld bij de diagnoses kanker (alle vormen), spierziekten, nierinsufficiëntie, COPD, maag/darmziekten, hartfalen, prematuren, PKU en andere stofwisselingsziekten, dementie, hepatitis, brandwonden, decubitus, hyperemesis, leverziekten, HIV/ Aids. Het verschilt per patiënt of bij de genoemde diagnose sondevoeding, voedingspomp en toebehoren nodig zijn.

Sondevoeding wordt voornamelijk voorgeschreven door de diëtist (90%) en het is de diëtist die soort, hoeveelheid en gebruiksduur van de sondevoeding bepaalt. De diëtist is de behandelaar en voorschrijver. Of de sondevoeding middels een voedingspomp wordt toegediend of middels zwaartekracht of spuit, wordt slechts in 11% bepaald door een arts, veel vaker is het de diëtist die deze keuze maakt. Een voedingspomp wordt bovendien niet altijd ingezet bij sondevoeding. Als het niet nodig is dan gaat de voorkeur uit naar zwaartekracht of spuit.

Indien er bij de toediening van de sondevoeding een voedingspomp nodig is dan zullen er altijd toebehoren gebruikt worden. Ook bij de toediening van sondevoeding zonder voedingspomp worden er toebehoren gebruikt. Kan in dit laatste geval gesteld worden dat door het ontbreken van de hoofdunit (in deze de voedingspomp) de toebehoren dan wel vallen onder hulpmiddelenzorg? In het rapport is de hoofdunit het uitgangspunt.

Als een patiënt met sondevoeding en voedingspomp plus toebehoren vanuit het ziekenhuis naar huis gaat dan zal de patiënt zelden voor deze voedingstherapie terugkomen naar het ziekenhuis. Patiënt is veelal niet onder behandeling van medisch-specialist voor wat betreft zijn voedingstherapie. De diëtist is vaak de behandelaar.

De dietistische behandeling in het ziekenhuis wordt als het ware stopgezet, de patiënt wordt overgeheveld naar de eerstelijn en valt onder verantwoordelijkheid van huisarts en diëtist. Daar levert het facilitaire bedrijf de voedingspomp en toebehoren. Deze worden niet in het ziekenhuis gebruikt. Het ziekenhuis heeft eigen voedingspompen. Er is voor deze voedingstherapie geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat voedingspompen en toebehoren die in de eerstelijn gebruikt worden vallen onder hulpmiddelenzorg en niet onder medisch specialistische zorg.

Een groot deel van de gebruikers van deze voedingstherapie gebruikt dit de rest van zijn leven (permanent). Dit is echter niet altijd op voorhand te bepalen.

Op dit moment is er een trend zichtbaar, om thuis sondevoeding op te starten. Dit mede doordat (dreigende) ondervoeding al in de eerstelijn ontstaat. Het overheidsbeleid is gericht op aanpak van deze ondervoeding in de eerstelijn middels screenen bij de huisarts (zie ook LESA, landelijke eerstelijnsafspraken). De verwachting is dat deze trend zich de komende jaren sterk doorzet. Dit is nu al zichtbaar, doordat het aantal voorschriften in de eerstelijn toeneemt. De behandelaar is dan huisarts en diëtist uit de eerstelijn. Van medisch- specialistische zorg, zoals omschreven in het rapport, is geen sprake.

Voedingspompen en toebehoren worden in de thuissituatie geleverd door facilitaire bedrijven. Zij hebben alle bruikbare voedingspompen op voorraad en de geleverde pomp bij de patiënt thuis wordt afgestemd op situatie van de patiënt. Zij sluiten hiertoe contracten met de vijf grote zorgverzekeraars.

Smith & Nephew B.V.
Postbus 525, 2130 AM Hoofddorp
Kruisweg 637, 2132 NB Hoofddorp

T 020 - 654 39 99
F 020 - 653 20 99
www.smithnephew.nl

Wij zijn smith&nephew

CVZ
T.a.v. Drs. Mevr. A.J. Link

Hoofddorp, 13 april 2011

Betreft: CVZ rapport

Geachte mevrouw Link,

Via de markt heeft Smith & Nephew kennis genomen van het CVZ rapport:

"Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2".

Als grootste leverancier in wondproducten waaronder de in uw rapport besproken negatieve druktherapie, zijn wij bij uitstek in staat een bijdrage te leveren aan de discussie hoe deze therapie ook in de toekomst gewaarborgd kan blijven.
Zoals beschreven in uw rapport zijn er knelpunten op negatieve druktherapie gebied die vragen om een oplossing. Ook Smith & Nephew loopt als leverancier tegen een aantal knelpunten aan.

In uw rapport stelt u voor om per 1 januari 2014 negatieve druktherapie onder te brengen onder de medisch specialistische zorg. Om de extra murale zorg rond negatieve druktherapie te kunnen blijven waarborgen is de ontwikkeling van een dekkende DBC een voorwaarde. Smith &Nephew wil met u en andere spelers die rol spelen binnen deze therapie, meepraten om hier een goede invulling aan te geven.

Uiteindelijk hebben wij een gezamenlijk doel om kwalitatieve zorg te bieden tegen betaalbare en beheersbare kosten.

Wij willen dan ook graag op korte termijn met u in contact treden om onze visie te delen met als doel dat patiënten ook in de toekomst kunnen blijven rekenen op een optimale zorg rond negatieve druktherapie.

Met vriendelijk groet,
Smith & Nephew B.V.

Hans Dielissen
Commercial Director AWM

ISO 9001 Registered

Reclames binnen 8 dagen na ontvangst van goederen.
Leveringen geschieden volgens leveringsvoorwaarden gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel en fabrieken voor Haarlem en Omstreken 8 augustus 1990. K.v.K. Haarlem 65867
ING Bank rek.nr. 44.87.00.500

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

Date 14/04/2011
Our ref. A1082/PM/fm
Direct line +31 (0)76 521 96 63

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
T.a.v. Mw. Drs. A.J. Link
Postbus 320
NL - 1110 AH Diemen

Betreft: Standpunt CVZ

Geachte Mevrouw Link,

Wij hebben kennis genomen van het conceptrapport: ***"Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2"***.

In dit rapport wordt op bladzijde 11, paragraaf 3.c. "Consequenties per hulpmiddelen" een wijziging in het beleid van de Vacuümpomp vermeld. Dit nieuwe standpunt heeft tot gevolg dat de vacuümpomp inclusief noodzakelijke toebehoren vanaf 1 januari 2014 tot de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg gaat behoren. Als gevolg hiervan moeten de betreffende DBC's worden aangepast.

Als marktleider van gespecialiseerde wondverzorgingsproducten en leverancier van negatieve druktherapie wil Mölnlycke Health Care meedenken over de financiële consequenties die deze beleidsverandering op de bestaande DBC's heeft. Wij willen dan ook voorstellen om gezamenlijk met andere aanbieders van negatieve druktherapie en DBC onderhoud een inhoudelijke discussie te hebben over de toepassing en de financiële invulling van deze therapie.

Met vriendelijke groet,

Mölnlycke Health Care B.V.

Peter Meijer
Sales Manager Wound Care

Link, mw. A.

Van: Vrijhoeven, Marcel [MVrijhoeven@nza.nl]
Verzonden: vrijdag 8 april 2011 9:22
Aan: Link, mw. A.
CC: Diepeveen, Cornelis Jan; Polman, Neeltje; Mulder, Mindert; Noordermeer, Aad; Hilte-olde Scheper, Thesra
Onderwerp: reactie op rapport afbakening hulpmiddelenzorg
Bijlagen: POVOOPEN-#2010099195-v7-Rapport_vervolg_afbakening.pdf

Geachte mevrouw Link,

Graag reageer ik op het conceptrapport 'afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg', zoals verzocht in het schrijven van 17 maart 2011.

1. Indien hulpmiddelen en toebehoren onderdeel worden van de geneeskundige zorg, moet de DBC-systematiek zoals terecht opgemerkt hierop aangepast worden. Dit geldt echter ongeacht de locatie waar het hulpmiddel (en bijbehorende toebehoren) wordt gebruikt, in de thuissituatie of in de zorginstelling.

2. Aanpassing van de DBC-systematiek is een ruim begrip. Dit zou kunnen middels het opstellen van nieuwe DBC's, het opstellen van apart declarabele producten voor hulpmiddelen (en de bijbehorende toebehoren) of het toevoegen van zorgactiviteiten voor hulpmiddelen (en de bijbehorende toebehoren) in bestaande DBC's. Op grond van de bestaande DBC systematiek is de laatste route de meest voor de hand liggend. Feitelijk ga je daarmee het tarief van bestaande DBC's aanpassen voor het gebruik van hulpmiddelen (en de bijbehorende toebehoren). Het is dan ook goed om dit nog duidelijker in het rapport uit te stralen. Let op dat de kosten van de hulpmiddelen (en de bijbehorende toebehoren) mogelijk al in de DBC's kunnen zitten, maar dan niet apart herkenbaar als zorgactiviteit.

3. Een punt dat slechts zijdelings wordt belicht is het feit dat veel van betreffende DBC's in het B-segment zitten (zeker bij een uitbreiding van het B-segment naar 70% per 2012). Dialyse DBC's en diabetis DBC zijn sowieso DBC's in het B-segment. Daarmee ligt er een taak voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de hulpmiddelen (en de bijbehorende toebehoren) in de prijsonderhandelingen mee te nemen.

4. In het rapport staat diverse malen 'partijen zullen samen met DBCO en NZa tot aanpassing van de betreffende DBC's moeten komen' oid. Wat ons betreft sluit dit niet aan bij de wettelijke rolverdeling. De NZa is wettelijk verantwoordelijk voor het vaststellen van prestaties en tarieven en stelt daarmee de kaders voor het systeem. DBCO werkt de aanpassingen binnen de kaders uit. Het is dan ook beter om te spreken in termen van 'partijen zullen samen met DBCO tot aanpassing van de betreffende DBC's te komen, op basis van criteria en kaders van de NZa'. Graag hieraandacht voor.

5. De NZa vraagt zich af of alle kosten die door het CVZ worden genoemd als onderdeel van 'toebehoren' onder de reikwijdte van de WMG vallen en daarmee door de NZa gereguleerd dienen te worden. Dit zou bv kunnen gelden voor de opleidingskosten. Dit vereist nadere analyse.

6. De scope van het begrip 'toebehoren' is sowieso erg onduidelijk, wat leidt tot vragen ten aanzien van de afbakening van de prestatie (en welke kosten toegerekend mogen/kunnen worden). Dit vereist nadere analyse.

Wij ontvangen graag een korte reactie op deze punten.

Met vriendelijke groet,

Marcel Vrijhoeven
Unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg
Nederlandse Zorgautoriteit

Zorgverzekeraars Nederland

College voor Zorgverzekeringen
mw. drs. A.J. Link
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon	G.W. Salemink
Doorkiesnummer	030-6988343
Ons kenmerk	B-11-795-gsal1
Uw kenmerk	ZA/2011029366
Datum	15 april 2011
Onderwerp	Consultatie rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg 2'

Geachte mevrouw Link,

In 2009 heeft CVZ het standpunt "Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden" uitgebracht. Thans ligt een nieuw standpunt over dit onderwerp voor. Daarin stelt CVZ voor om twee soorten hulpmiddelen, te weten de insulinepomp en thuisdialyse-apparatuur, over te hevelen van de hulpmiddelenzorg naar de medisch specialistische zorg. Een nieuw aspect is dat deze overheveling betrekking heeft op de apparatuur zelf en de toebehoren, zoals verbruiksartikelen, woningaanpassing en andere redelijk te achten kosten die ermee samenhangen. Dit laatste wil CVZ ook laten gelden voor hulpmiddelen waarvan al eerder was bepaald dat ze in het kader van medisch specialistische zorg moeten worden bekostigd. Genoemd wordt de vacuümpomp. Ook wordt door het CVZ overwogen de voedingspompen, injectiespuiten en draagbare uitwendige infuuspompen, die nu in de aanspraak op hulpmiddelenzorg zijn opgenomen, over te hevelen naar de medisch specialistische zorg.

Om uitvoeringsproblemen en versnippering van zorg te voorkomen, is CVZ van mening dat de bekostiging van een hulpmiddel en de bijbehorende toebehoren in één hand (aanspraak) moet liggen. In dat uitgangspunt kan ZN zich vinden, maar zoals CVZ zelf stelt, kan dit zowel in het kader van de hulpmiddelenzorg als de medisch specialistische zorg geregeld worden. Argumenten als 'kwalitatief goede zorg' en 'duidelijkheid over aard, inhoud en omvang van de

zorg' moeten de doorslag geven bij de keuze. Dat zijn ook in onze ogen goede argumenten, maar ZN is van mening dat het vooral gaat om 'doelmatigheid' en 'passend gebruik'.
Nu de uitvoeringsconsequenties van het CVZ-standpunt uit 2009 over de afbakening wat duidelijker zijn geworden, vooral door de casus RT CGM, wil ZN de overheveling van dure hulpmiddelen vanuit de hulpmiddelenzorg naar de medisch specialistische zorg opnieuw ter discussie stellen.
ZN bestrijdt niet het feit dat sommige hulpmiddelen die thuis worden gebruikt, onderdeel zijn van medisch specialistische behandelingen, maar vraagt zich af waarom CVZ daarin een reden ziet om zich uit te spreken over de wijze waarop de bekostiging geregeld moet worden. Het standpunt dat deze hulpmiddelen ook als onderdeel van de te verzekeren prestatie medisch specialistische zorg bekostigd moeten worden, heeft de schijn van principiële juistheid en duidelijkheid, maar levert in de praktijk uitvoeringsproblemen op die de doelmatigheid niet ten goede komen.
Om de bekostiging als medisch specialistische zorg mogelijk te maken, moeten de hulpmiddelen en het gebruik ervan als zorgactiviteiten registreerbaar zijn. De casus RT-CGM maakt duidelijk dat dit eigenlijk niet goed mogelijk is, omdat de intensiteit van het gebruik erg uiteenloopt. Vervolgens verstoren de kosten van de hulpmiddelen de kostenhomogeniteit van de medisch specialistische zorgproducten, wanneer slechts een beperkt deel van de behandelde patiëntenpopulatie voor het hulpmiddel in aanmerking komt. Dit kan uiteraard voorkómen worden door nieuwe producten te definiëren, of de hulpmiddelen + gebruiksartikelen in add-ons onder te brengen, maar beide oplossingen worden vooralsnog door de NZa afgewezen.
Het belangrijkste bezwaar is echter dat zorgverzekeraars de hulpmiddelen niet meer zelf kunnen inkopen, maar afhankelijk worden van de inkoop door de instellingen. Het in één hand brengen van indicering en uitlevering van de middelen maakt het voor de instellingen mogelijk om intransparante inkoopvoordelen te halen, die niet worden doorgegeven aan de zorgverzekeraars. Dit bevordert het passend gebruik zeker niet.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

G.W. Salemink
medisch adviseur

bijlage: 1

Bijlage bij ZN brief kenmerk B-11-795-gsal1.

ZN reageerde hierin op uw rapport "Afbakening hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg 2".
In deze bijlage geven we u de reacties van de zorgverzekeraars die nog op uw rapport gereageerd hebben.

In z'n algemeenheid wil ZN aandacht vragen voor de zorg die wij hebben over de kwaliteit en de keuzevrijheid die in het CVZ model onder druk komen te staan. Door versnippering van de inkoop en het feit dat niet alle ziekenhuizen de omvang en de kwaliteit hebben hulpmiddelen op een goede manier in te kopen, denken we dat er landelijk veel verschillen zullen ontstaan in de aangeboden hulpmiddelenzorg.

De verzekeraars maken met de invoering van de functiegerichte omschrijvingen van de aanspraken op hulpmiddelenzorg, eenduidig landelijk beleid dat ondersteund wordt door de al ontwikkelde landelijke protocollen. In de voorstellen van het CVZ missen we deze link met het ingezette beleid van functiegerichte aanspraken in z'n geheel.

Enkele punten die ingebracht zijn ter onderbouwing waarom de insulinepompen **niet** naar de medisch specialistische zorg overgeheveld moeten worden.

Insulinepomp:

- De kans groot is dat de verzekerde de dupe van de overheveling wordt. Als ziekenhuizen de pompkeuze gaan bepalen is er dan nog keuzevrijheid voor de verzekerde;
- De verzekeraars hebben een veel sterkere inkoopkracht dan de individuele ziekenhuizen;
- De insulinepomptherapie in 99% van de gevallen in de 1ste lijn wordt toegepast;
- Zorgverzekeraars een dagprijs kunnen berekenen en daardoor doelmatiger te werk kunnen gaan;
- Insuline, kan dit alleen nog maar voorgeschreven worden door de specialist en uitgeleverd door de ziekenhuisapotheker? Dit geldt dan ook voor de insuline pen.
- Er verandering in insulinepomptherapie gaat optreden met de komst van meer Patch pompjes, waar verzekeraars op de langere termijn goedkoper mee uit kunnen komen;
- Vanwege de jarenlange expertise hebben de verzekeraars meer kennis en kunnen daardoor beter inschatten of het altijd een pomp moet zijn waar de CGM aangekoppeld kan worden;
- Ziekenhuizen geen idee hebben van wat er allemaal valt onder insulinepomptherapie. Welke toebehoren, instructie(s) en 24 uurs dienst en service. Totaal plaatje wordt veel duurder. Instructies worden nu door goed opgeleide mensen in de 1ste lijn gedaan op een patiënt vriendelijke manier. Ziekenhuizen zullen dit moeten gaan inkopen of zullen de patiënt naar het ziekenhuis laten komen;
- De complexiteit is groot. Als je alle accessoires, disposables etc. behorende bij een insulinepomp optelt kom je tot een totaal van 700 stuks, de logistiek hiervan zeer bewerkelijk is;
- Grotere kans dat er dubbel gedeclareerd gaat worden. Dit is nu al het geval met de CGM, waar de teststrips in de DBC vallen maar ook in de eerste lijn besteld en vergoed worden. Zorgverzekeraars maken hierdoor extra kosten;
- De kans groot is dat de ziekenhuizen in de onderhandeling de ene keer wel alle hulpmiddelen meenemen en de andere keer niet (verzekeraars denken hier ook verschillend over);
- De transparantheid verloren gaat (wordt al in de brief genoemd). Het wordt een case mix van prijzen zonder precies te zien wat er uitgeleverd wordt.

Voedingspomp:

- Verzekeraars hebben met de leveranciers goed lopende afspraken gemaakt.
- Er zijn niet te veel partijen in de 1ste lijn die zich bezig houden met voedingspompen, dit i.t.t. ziekenhuizen als dit onderdeel overgeheveld wordt.
- Prijs kwaliteit verhouding is van een uitstekend niveau.
- 24-uurs service draait al jaren probleemloos. Ziekenhuizen kunnen deze service niet op hetzelfde niveau aanbieden. Moet ingehuurd worden → kostenverhogend.
- Kosten zullen sterk toenemen voor de verzekeraar, omdat er nu een dagprijs betaald wordt waar veel disposables in verwerkt zitten.
- De verzekerde kan de dupe worden doordat er geen keuze meer is.

College voor zorgverzekeringen
t.a.v. de Weledelgeleerde Vrouwe drs. A.J. Link
Postbus 320
1110 H DIEMEN

cc. B. Boer en M. van der Veen

Amsterdam, 20 april 2011

Betreft: reactie op consultatierapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2'

Geachte mevrouw Link,

Diverse partijen hebben pas vorige week kennis kunnen nemen van uw consultatierapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2'. Eerder zijn wij op een constructieve wijze met elkaar in gesprek geweest over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen bij stoornissen in de functies van het spijsverteringsstelsel. Het CVZ conceptstandpunt wat nu voorligt betreft een vervolg op het standpunt afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals u dat in 2009 uitbracht.

U doet in dit rapport onder andere uitspraken over de voedingspomp en relevante hulpmiddelen gekoppeld aan een voedingspomp waarin u een onderscheid maakt tussen hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg en de financiering hiervan. Partijen achten het wenselijk en noodzakelijk inhoudelijk te reageren op dit nieuwe standpunt van CVZ.

De betrokken partijen hebben de reacties gebundeld tot een gezamenlijke reactie die u hierbij aantreft. Betrokken partijen focussen in hun reactie op de specifieke situatie voor de voedingspomp en toebehoren.

De kern van deze reactie is gelegen in:

- Een in de 2e lijn gebruikte voedingspomp wordt nooit aan de patiënt meegegeven naar huis.
- Een in de 1e lijn gebruikte voedingspomp is qua keuze en toebehoren niet gerelateerd aan de in de 2e lijn gebruikte voedingspomp.
- De keuze, verantwoordelijkheid en achterwacht voor een in de 1e lijn gebruikte

voedingspomp ligt geheel en uitsluitend in de 1e lijn

- Als het CVZ vasthoudt aan het standpunt om de voedingspomp en toebehoren onder de aanspraak onder geneeskundige zorg te brengen zoals medisch-specialisten die plegen te bieden zal dat leiden tot versnippering en ondoelmatigheid.

Partijen concluderen dat de voedingspomp en toebehoren om deze redenen onder de zelfstandige aanspraak op hulmiddelen dient te blijven.

Deze reactie is tot stand gekomen in samenwerking met en ondersteuning van:

NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVGE	Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
CCUVN	Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland
VSN	Vereniging Spierziekten Nederland
FHI	Federatie van Technologiebranches
VNFKD	Vereniging van Nederlandse Fabrikanten van Kinder- en Dieetvoedingsmiddelen

Inleiding

In uw standpunt maakt u het onderscheid tussen kortdurend gebruik en permanent gebruik van een voedingspomp met toebehoren op voorschrift van de medisch-specialist. Permanent gebruik valt onder de hulpmiddelenzorg. Kortdurend gebruik valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en dient uit een DBC gefinancierd te worden. Een voedingspomp voorgeschreven door een medisch - specialist voor permanent gebruik valt onder de hulpmiddelenzorg evenals een hulpmiddel (voedingspomp) voorgeschreven door een huisarts of andere zorgverlener uit de eerste lijn. Bekostiging vindt dan plaats vanuit de zorgverzekeringswet. Hierbij streeft u het principe na dat u uitvoeringsproblemen en versnippering van zorg wilt voorkomen en doelmatigheid wilt bevorderen, waarbij u tot de conclusie komt dat het de voorkeur heeft van het CVZ om de hulpmiddelen waaronder de voedingspomp en toebehoren voor kortdurend gebruik onder te brengen in de te verzekeren prestatie 'medisch-specialistische zorg'.

De argumentatie valt uiteen in twee delen; de inhoudelijke argumentatie vanuit de dagelijkse zorgpraktijk en de wens van het CVZ om versnippering en ondoelmatigheid te voorkomen.

De praktijk

Voedingszorg in het ziekenhuis vindt plaats vanuit een multidisciplinair team waarbij een specialist, diëtist en voedingsverpleegkundige nauw samenwerken. De diëtist bepaalt welke type voeding de patiënt krijgt en of hij al dan niet gebruik dient te maken van een voedingspomp.

Wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat dan wel wanneer er een poliklinisch voorschrift plaatsvindt wordt door middel van een overdrachtsformulier de voedingszorg van de patiënt overgedragen aan de 1e lijn in overleg met de 2e lijns diëtist. Een voorbeeld van een overdrachtsformulier is bijgesloten.

In de 1e lijn wordt de voedingszorg hervat dan wel gestart vanuit een 1e lijns-multidisciplinair team: de huisarts in nauwe samenwerking met de diëtist, thuiszorg en het facilitair bedrijf. De patiënt wordt (opnieuw) ingesteld met sondevoeding, al dan niet gebruikmakend van een pomp en wordt voorzien van de noodzakelijke toebehoren.

Voedingstherapie en therapieduur worden ingesteld, vastgesteld en nauwkeurig gevolgd en begeleid in de 1e lijn, al dan niet met terugkoppeling naar de 2e lijn. Hier zijn alle variaties van gebruiksduur, wel of geen pomp, type en start of stop van sondevoeding mogelijk, afhankelijk van de situatie van de patiënt.

Indien een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis is aangewezen op het gebruik van een voedingspomp in de thuissituatie dan krijgt hij via het facilitair bedrijf altijd een nieuwe pomp afgestemd op de specifieke behoefte van de patiënt. De pomp die in het ziekenhuis is gebruikt gaat nooit mee naar de thuissituatie en vice versa.

Er is voor de voedingspomp en toebehoren geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg nodig vanuit het ziekenhuis. Integendeel, zorgverzekeraars contracteren die achterwacht rechtstreeks bij de leveranciers van voedingspompen in de 1e lijn, de facilitair bedrijven. Een voorbeeld van een dergelijke overeenkomst is bijgesloten.

Vervanging van het hulpmiddel vindt in de 1e lijn plaats onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Voedingspomp en toebehoren worden in de thuissituatie vervangen. Een patiënt uit de 1e lijn komt in de 2e lijn niet terug bij de medisch-specialist voor zijn voedingspomp en toebehoren met uitzondering van enkele zeer specifieke gevallen zoals vervangen van een PEG-sonde of endoscopisch geplaatste sonde.

Op dit moment bevinden we ons in een overgangsfase van verantwoordelijkheid voor voedingszorg van sondevoeding van de 2e naar de 1e lijn, waarbij de voedingspomp en toebehoren over het algemeen al volledig vallen onder de verantwoordelijkheid van de 1e lijn. Deze tendens zet zich met rasse scheden voort, in lijn met het beleid van de minister van VWS.

Financiële en organisatorische consequenties

Het huidige systeem van vergoeden van voedingspompen en toebehoren is eenduidig, doelmatig en efficiënt:

- Er zit een duidelijke knip tussen de 1e en de 2e lijn; qua verantwoordelijkheid, hulpmiddelen, afspraken en financiering
- Er is sprake van doelmatig contracteren tussen zorgverzekeraars en facilitaire bedrijven. Contracteren van voorzieningen in de 1e lijn door de 2e lijn zal leiden tot ondoelmatigheid aangezien >100 ziekenhuizen de 1e lijnszorg zullen moeten gaan contracteren. Dit staat niet in verhouding tot de investering. Het voorstel leidt tot inefficiëntie. Bovendien is het omslachtig om van de organisatie van ziekenhuizen te vragen om bovenop alle wijzigingen in de ziekenhuisfinanciering in de komende periode, ook deze wijzigingen nog eens door te voeren.

Opname van de voedingspompen en toebehoren in DBC's is een onuitvoerbare exercitie om de volgende redenen:

- Inzet van voedingspompen en toebehoren vindt plaats bij een zeer grote diversiteit aan ziektebeelden; van kinderen tot ouderen van oncologiepatiënten tot COPD-patiënten, van patiënten met spierziekten tot patiënten die een operatie moeten ondergaan. Tevens is de gebruiksduur variabel per ziektebeeld en patiëntgebonden. De gebruiksduur varieert van 1 week tot voor het leven en alles wat daartussen zit. Daarnaast varieert de gebruiksduur in de 1e en 2e lijnszorg. Vooraf de gebruiksduur en de bijbehorende prijs vaststellen per DBC is onmogelijk. Bovendien gaat het dan om aanpassing van vele honderden DBC's. Dat is praktisch onuitvoerbaar. Een wijziging van één DBC duurt op dit moment al vaak meer dan 2 jaar. Om dezelfde redenen is er nu geen DBC in de 2e lijn waarin voedingspomp en toebehoren zijn opgenomen.
- Daarnaast geldt dat voor bepaalde zeldzame aandoeningen nog geen DBC bestaat waar voedingspomp en toebehoren ingezet worden, zoals neuromusculaire aandoeningen of stofwisselingsziekten.

Voedingspomp geen geneeskundige zorg

Op pagina 9 van het conceptrapport legt u uit dat zorgverzekeraars problemen hebben in de uitvoeringspraktijk als sprake is van een knip in de bekostiging tussen een hoofdunit (een pomp) en de toebehoren doordat zij in verschillende prestaties zijn ondergebracht. De toebehoren bij de hoofdunit zouden uniek zijn waardoor het voor de zorgverzekeraars niet mogelijk is om te onderhandelen met aanbieders over de noodzakelijke toebehoren bij een vacuümpomp. Het ziekenhuis levert immers in dat geval de vacuümpomp en bepaalt de keuze voor het merk/type pomp. Voor de verstrekking zou de zorgverzekeraar afhankelijk zijn van het ziekenhuis.

U neemt op dezelfde pagina aan dat ook bij andere hulpmiddelen een knip bestaat zoals de voedingspomp waarbij ook sprake is van een hoofdunit en toebehoren. Om uitvoeringsproblemen/versnippering van zorg te voorkomen bent u van mening om de bekostiging van deze hulpmiddelen en de bijbehorende toebehoren in één hand te brengen en wel onder de aanspraak op geneeskundige zorg. De redenen om dit als zodanig voor voedingspompen te doen, gelden echter geen van alle voor voedingspompen, namelijk:

a. Voedingspompen die buiten het ziekenhuis gebruikt worden zijn geen medisch specialistische zorg. De medisch specialist die eindverantwoordelijk is voor de behandeling houdt nooit de regie in handen voor wat betreft de keuze voor het merk en type voedingspomp. Zoals hiervoor bij de praktijkbeschrijving uitgelegd, geldt dat de in het ziekenhuis gebruikte voedingspomp specifiek voor gebruik in het ziekenhuis bestemd is en blijft daar ook. De patiënt wordt overgedragen aan een multidisciplinair eerstelijns team en krijgt daar een eigen voedingspomp geleverd. De voor de thuissituatie gekozen voedingspomp heeft niets te maken met de pomp die in het ziekenhuis is gebruikt. Er is geen toezicht op de thuis gebruikte pomp door de medisch specialist. Integendeel, zoals hiervoor ook besproken, wordt dat toezicht alsook de achterwachtfunctie door zorgverzekeraars rechtstreeks bij de facilitair bedrijven gecontracteerd.

b. De medisch specialist die in het ziekenhuis de aldaar gebruikte voedingspomp heeft ingezet heeft derhalve geen relatie met de voedingspomp en toebehoren die nadien in de thuissituatie worden gebruikt en is daar vanwege de taak- en verantwoordelijkheden verdeling tussen de 1^{e} en 2^{e} lijn niet bij betrokken.

c. Door de in de thuissituatie gebruikte voedingspomp over te hevelen naar de aanspraak op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden wordt evident, onnodig en onjuist gemotiveerd, afgeweken van de in

het hulpmiddelenrapport 2009 gekozen afbakening. Dit blijkt al uit de opmerkingen die het CVZ zelf maakt op pagina 16 van het conceptrapport alwaar wordt overwogen dat slechts indien een voedingspomp met toebehoren kortdurend door of onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de thuissituatie wordt ingezet, dit met de toebehoren valt onder de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg en uit een DBC gefinancierd dient te worden. Doordat er geen sprake van is dat een voedingspomp onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de thuissituatie wordt ingezet, komt aan de opmerkingen ter zake de overheveling van de aanspraak op de voedingspomp geen betekenis toe.

Ter nadere onderbouwing van het onder c gestelde kan ook worden verwezen naar de inhoud van uw Afbakeningsrapport Hulpmiddelenzorg I van 2009 waarin op pagina 11 een stroomschema is opgenomen. Met het doorlopen van het stroomschema zullen de volgende stappen ter zake de voedingspomp moeten worden gezet:

a. Het hulpmiddel wordt soms in het ziekenhuis voorgeschreven (indien door de diëtist of de huisarts wordt voorgeschreven valt het in ieder geval al buiten de aanspraak op geneeskundige zorg en rechtstreeks onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg).
b. Voedingspomp en toebehoren waar in casu over wordt gesproken worden in de thuissituatie gebruikt. Indien beiden als verbruikshulpmiddel kwalificeren zijn ze reeds om die reden te beschouwen als te vallen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg. Voor zover een en ander niet als verbruikshulpmiddel valt te kwalificeren gelden de volgende stappen van het stroomschema.
c. De voedingspomp of toebehoren zijn niet deels geïmplanteerd.
d. Het gebruik in de thuissituatie vindt niet plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist en vervanging vindt niet plaats door de medisch specialist. De eerder genoemde voorbeelden uitgezonderd.
e. Het is een hulpmiddel waarvoor geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn.

Zorgvuldig nalopen van uw stroomschema uit 2009 voor wat betreft de voedingspomp en toebehoren leidt tot de conclusie dat de in de thuissituatie gebruikte voedingspomp en toebehoren niet als geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden kwalificeren.

Zorgvuldigheid gewaarborgd?

Eerdaags zal een beslissing worden genomen door de Tweede Kamer en de Minister van VWS ter zake het al dan niet op 1 januari as. invoeren van een aanzienlijke set van maatregelen die met name van toepassing zal worden op het functioneren van tweedelijnszorg in Nederland. Het betreft onder meer de afschaffing van het FB-budget, invoering van prestatiebekostiging, invoering van de DOT's, overheveling naar de aanspraak op geneeskundige zorg van de TNF-alfaremmers en mogelijk ook de andere dure geneesmiddelen alsook invoering van een wijzigingsvoorstel van de Wet Marktordening Gezondheidszorg waardoor de honoraria van medisch specialisten onder een per ziekenhuis vast te stellen budget komen.

Uw visie op het eveneens onder de aanspraak op geneeskundige zorg brengen van hulpmiddelen houdt er geen rekening mee dat de organisatorische capaciteit in de tweede lijn in de komende 2 jaar ingezet zal worden om de grootschalige implementatietrajecten door te lopen van de hiervoor genomen omvangrijke maatregelen. Het is niet aannemelijk dat organisaties daarnaast nog even de inkoop van (een relatief kleine groep) hulpmiddelen te organiseren (die tot nu toe gewoon eenduidig via grootschalige overeenkomsten bij enkele grote facilitaire bedrijven rechtstreeks door de zorgverzekeraars werden ingekocht). Er zou dus beter voor kunnen worden gekozen om eerst al deze maatregelen af te wachten voordat nu al weer extra activiteiten ook naar het intramurale financieringssysteem worden overgeheveld. Zou een en ander tot organisatorische problemen leiden, wordt een groot risico genomen voor de patiënten die toegang moeten blijven houden tot dergelijke voedingspompen en toebehoren.

Beleid Minister

Zoals hiervoor is beschreven zijn de voedingspomp en toebehoren als verstrekking in de 1e lijn goed, doelmatig en kwalitatief verantwoord beschikbaar en is ook de financiering daarvan op eenduidige wijze geregeld. Het beleid van de Minister van VWS is er op gericht om zorg daar waar mogelijk laagdrempelig en dicht bij de patiënt aan te bieden. De huidige situatie is volledig in lijn met het beleid van de Minister van VWS. Ieder ander besluit zoals in uw standpunt beschreven, zou in directe strijd met dit beleid zijn.

Voorbehoud

Reeds tegen het rapport Afbakening Hulpmiddelen I uit 2009 zijn bezwaren geuit met betrekking tot de interpretatie die het CVZ geeft aan de uitleg die de wetgever aan het begrip geneeskundige zorg heeft gegeven in de parlementaire geschiedenis van de Zorgverzekeringswet. Deze bezwaren dienen hier als herhaald en ingelast te worden beschouwd. Voor zover die eerdere bezwaren tot een herziening of aanpassing van het

eerdere rapport leiden dient dat ook ten aanzien van het onderhavige rapport plaats te vinden. Partijen behouden zich op dit onderdeel alle rechten voor.

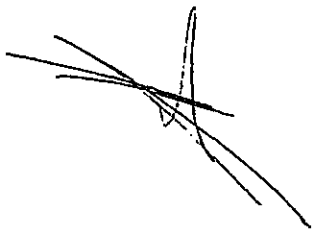
Conclusie

Partijen concluderen dat het CVZ conceptstandpunt zoals het voorligt voor voedingspompen en toebehoren eerder leidt tot versnippering en uitvoeringsproblemen dan dat deze voorkomen worden. Bij inzet van voedingspompen en toebehoren in de 1e lijn ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg in de 1e lijn en dient de financiering ook daar plaats te vinden. Partijen adviseren CVZ dan ook: behoud het huidige systeem waarin verantwoordelijkheid voor zorg en betaling in de 1e lijn gekoppeld zijn, waarbij doelmatigheid is gewaarborgd.

Graag lichten we onze reactie nader toe en stellen het op prijs dat het CVZ ondanks de verstreken reactietermijn onze argumenten meeneemt in de besluitvorming.

Met vriendelijke groet,

Namens de Stuurgroep Ondervoeding en
alle betrokken organisaties, zoals vermeld in het begin van de brief



Prof.dr. Chris Mulder, voorzitter Stuurgroep Ondervoeding

Bijlage:

- voorbeeld van eisen voedingstherapie in overeenkomst zorgverzekeraar-leverancier voedingstherapie.
- Overdrachtsformulier

	Eisen offerteronde voedingstherapie	
		Eis (E)
1	**Tarieven**	
		E
		E
		E
2	**Producten**	
2.1	Leverancier verplicht zich op basis van de wettelijke kaders een doelmatig, adequaat en in de situatie van de verzekerde passende voedingspomp in de thuissituatie te leveren.	E
2.2	Leverancier levert alle toebehoren (voorzien van CE normering) die noodzakelijk zijn om sondevoeding thuis mogelijk te maken, zoals: sondes, pompsets, gastrostomiecatheters, buttons, gazen, spuiten, koppelstukjes, fixatiemateriaal, afsluitdopjes etc.	E
2.3	De leverancier levert doelmatig en merkonafhankelijk. Bij toepassingsmogelijkheden van vergelijkbare merken kiest de leverancier voor de laagste prijsvariant.	E
2.4	De enterale voedingspomp moet voldoen aan de volgende eisen: - CE normering - lichtgewicht (mobiele pomp maximaal 650 gram) - nauwkeurig (maximale afwijking van 10%) - duidelijke display, makkelijk te bedienen, grote toetsen - volledig opgeladen accu moet minimaal 14 uur kunnen functioneren	E
2.5	De leverancier levert de voedingspompen in bruikleen aan de verzekerde, zodat het eigendomsrecht van de pompen berust bij de leverancier.	E
3	**Dienstverlening**	
3.1	De leverancier controleert bij een aanvraag (Verklaring dieetpreparaten) of er een voorschrift is en of deze volledig is ingevuld. Op basis hiervan beoordeelt de leverancier of er recht is op vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet aan verzekerde. Op basis hiervan kan de levering worden uitgevoerd. NB: Er dient altijd een meest recente versie van de Verklaring dieetpreparaten en afleverinstructie dieetpreparaten te worden gebruikt. De meest recente versie is te vinden op: www.znformulieren.nl.	E
3.2	Voorafgaand aan de eerste levering dient een intakegesprek plaats te vinden. Het doel van een intakegesprek is: onderzoeken welke producten bij de, door de voorschrijver gestelde medische indicatie, passen. Het intakegesprek kan telefonisch dan wel bij de verzekerde thuis plaatsvinden (bij voorkeur in afstemming met verplegend personeel of mantelzorg), tenzij in overleg met verzekerde anders wordt bepaald.	E
3.3	Na ontvangst van de aanvraag levert leverancier binnen 24 uur de gevraagde voedingspomp, mits anders overeengekomen. De eerste levering wordt door de verpleegkundige gedaan die de verzekerde in de thuissituatie instructie geeft over het gebruik van de pomp, de opslag van hulpmiddelen en hygiënische aspecten rondom de producten geeft.	E
3.4	Vervolgbestellingen worden binnen 1 werkdag geleverd. Bij spoed wordt er binnen 4 uur geleverd (geldt ook voor weekenden/ feestdagen). Dit geldt voor de volgende situaties: * verzekerde wordt onverwacht uit ziekenhuis ontslagen en heeft direct sondevoeding en toebehoren nodig * enterale voedingspomp gaat kapot en verzekerde zit zonder pomp * verzekerde kan sondevoeding niet toedienen, doordat de button/sonde kapot is gegaan	E
3.5	De leverancier is verantwoordelijk voor de begeleiding en advisering van de verzekerde en de administratieve vastlegging daarvan, dit conform de richtlijnen van het verpleegkundig beroepsprofiel. De leverancier verstrekt de verzekerde schriftelijke informatie over: 1. De bereikbaarheid en de openingstijden 2. De dienstverlening, 24-uurs service 3. Adres / telefoonnummers en noodnummers	E

3.6	Leverancier is 24 uur per dag, 7 dagen in de week bereikbaar en inzetbaar voor eventuele spoedleveringen en zorginhoudelijke begeleiding en advisering.	E
3.7	De leverancier heeft tijdens kantooruren minimaal 1 diëtist beschikbaar voor inhoudelijke vragen. Buiten kantooruren (ook in weekenden/feestdagen) is het mogelijk om een diëtist of voedingsverpleegkundige te raadplegen.	E
3.8	De leverancier toetst minimaal twee keer per jaar of de verzekerde de apparatuur nog gebruikt. De datum van het contactmoment wordt vastgelegd in de managementinformatie.	E
4	**Distributie**	
4.1	De verpakking van de pompen dient van zodanige aard te zijn dat beschadiging tijdens het transport naar de verzekerde uitgesloten is. Hulpmiddelen die in steriele toestand dienen te worden afgeleverd dienen dusdanig verpakt te zijn dat de steriliteit gewaarborgd blijft tot het moment van openen van de verpakking, zoals genoemd in het Besluit Medische Hulpmiddelen. Op de verpakking dient de vermelding "steriel" duidelijk leesbaar te zijn.	E
4.2	Voorafgaand aan de levering van apparatuur dient er een controle en reiniging van het hulpmiddel te worden uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant en conform de voorschriften in het Besluit Medische Hulpmiddelen. Hierbij dient onderscheid te worden gemaakt tussen nieuwe pompen en pompen die na gebruik worden herplaatst. De pompen die worden herplaatst dienen grondig te worden gereinigd en gedesinfecteerd, zodat contaminatie/besmetting is uitgesloten.	E
4.3	Bij wijziging of beëindiging van het gebruik wordt de bij de verzekerde geleverde pomp en de resterende hoeveelheid hulpmiddelen mee teruggenomen. Gebruikte pompen dienen door middel van luchtdichte verpakte zakken gescheiden van de overige producten te worden vervoerd.	E
5	**Kwaliteit / deskundigheid**	
5.1	De leverancier is S.E.M.H./MSZ of ISO erkend en dient te beschikken over BIG-geregistreerde verpleegkundigen en diëtisten. Deze functionarissen hebben kennis van en inzicht in de ziekteprocessen, behandeling, zorg en de daaraan gerelateerde artikelen/producten. Zij zijn bekwaam om de verzekerde informatie te verschaffen over: - De eigenschappen en toepassing van de hulpmiddelen; - De mogelijke negatieve effecten van de toepassing ervan; - Hoe de verzekerde dient te handelen bij negatieve effecten; - Bewaken van het schoonmaakprotocol. Deze medewerkers zijn 24 uur per dag bereikbaar voor vragen en problemen en treden indien nodig op als contactpersoon.	E
5.2	Leverancier dient ervoor te zorgen dat zijn medewerkers bij -en nageschoold worden conform de laatste ontwikkelingen.	E
5.3	Leverancier heeft een dusdanige registratie dat bij productiefouten hulpmiddelen terug te halen zijn. In dergelijke gevallen beschikt de leverancier over een adequate recall procedure.	E
5.4	De leverancier dient periodiek een klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren onder een representatieve groep verzekerden die in het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van haar diensten. De resultaten uit deze onderzoeken dienen ter optimalisatie van de dienstverlening en kunnen worden opgevraagd door de zorgverzekeraar.	E
5.5	De leverancier dient, met uitzondering van noodgevallen, binnen een termijn van 14 dagen op binnengekomen klachten te reageren. De leverancier dient te zorgen voor een adequate, doelmatige oplossing van de klacht.	E
6	**Onderhoud**	
6.1	Leverancier voert bij langdurig gebruik van voedingspompen minimaal 1 keer per jaar een technische controle uit, dit conform de richtlijn van de fabrikant.	E
6.2	De inzet van reserveapparatuur, indien noodzakelijk, dient zondanig te geschieden dat de continuïteit van de therapie wordt gewaarborgd.	E
6.3	De leverancier werkt volgens een decontaminatieprotocol en zorgt dat deze up to date blijft	E
7	**Overgangsregeling**	
7.1	De leverancier moet in staat zijn om vanaf [redacted] de gecontracteerde diensten (leveringen) te bieden aan alle verzekerden van [redacted] die zich tot haar wenden. Eisen hieraan zijn: - Alle nieuwe aanmeldingen, behorend tot het verkregen volume, worden vanaf de aanvang van de overeenkomst door de nieuwe leverancier in behandeling genomen; - Alle nieuwe aanvragen voor vakantieleveringen buitenland worden vanaf de aanvang van de overeenkomst door de nieuwe leverancier behandeld; - De voormalige leverancier blijft voedingstherapie leveren aan gebruikers die ten tijde van offerteronde terminaal zijn; - De overige gebruikers behorende tot het eigen verkregen volume worden als vermeldt onder eis 7.2 overgenomen.	E
7.2	De leverancier heeft een procedure die hem in staat stelt verzekerden van [redacted] over te nemen binnen de gestelde termijn (3 maanden) en toont dit aan met een document (dit document dient als bijlage te worden opgenomen in de offerte).	E
8	**Overige eisen**	

8.1	De leverancier dient landelijke dekking te kunnen bieden.	E
8.2	Ter beoordeling van de technische bekwaamheid dient inschrijver aan te tonen dat hij in de afgelopen twee jaar (2008/2009) ervaring heeft opgedaan met de levering van voedingstherapie (inclusief toebehoren) aan tenminste gebruikers per jaar in Nederland.	E
8.3	De leverancier mag geen verzekerden van . .weigeren.	E
8.4	De leverancier dient te voldoen aan de eisen en werkwijze zoals is beschreven in het declaratie-protocol van (zie hiervoor bijlage 2).	E
8.5	De leverancier gaat ermee akkoord dat zorgverzekeraar gerechtigd is controle uit te oefenen op de naleving van deze overeenkomst, waaronder begrepen de formele-, materiele en kwaliteitscontrole op de te verrichten dan wel verrichte prestaties en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen. Deze controle kan zich verder richten op oa: - de functionele doelmatigheid van het verschafte hulpmiddel - het verschafte product, de aard en de kwaliteit van de (toegepaste en verwerkte) materialen; - de degelijkheid van de technische werking en constructie - en de juistheid van de gedeclareerde prijs	E
8.6	De leverancier heeft geen financiële binding met de voorschrijver(s), welke mogelijk aanleiding kan geven tot belangenverstrengeling	E
8.7	De leverancier houdt op de hoogte van innovaties op het gebied van voedingstherapie en van verdere marktontwikkelingen.	E

Sorgente
Thuis in voeding

Bijlage toebehoren bij 'Verklaring polymere, oligomere, monomere of modulaire dieetpreparaten

Sondevoeding: Fax 030 – 634 42 54, Tel. 030 – 850 20 11

Patiënt

Naam dhr./mevr:

Straat:
Geboortedatum: Postcode:
Telefoonnummer: Plaats:
Polisnummer:

Toedieningswijze

☐ Per portie (spuit)
☐ Voedingspomp en systemen ☐ kangaroo joey ☐ Flocare infinity ☐ Applix ☐Geen voorkeur
☐ Anders, te weten:
☐ Zwaartekracht

Levering en Instructie

Levering met instructie gewenst?

☐ Ja Zo ja, gewenste locatie: ☐ Thuis ☐ Ziekenhuis
☐ Nee Zo nee, wordt verzorgd door:
Levering afspreken met: Naam:
Afd/tel:
Verwachte ontslagdatum: Leverdatum:
Thuiszorg ingeschakeld: ☐ Ja Naam Thuiszorgorg:
☐ Nee Tel. Thuiszorgorg.:

Diagnose en indicatie

Om onze verpleegkundigen zorg/hulp zo goed mogelijk af te kunnen stemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt willen wij u met klem verzoeken om hieronder de diagnose en/of indicatie te vermelden.

Diagnose:
☐ Ernstige slikstoornis
☐ Ernstige passagestoornis
☐ Ernstige resorptiestoornis
☐ Ernstige stofwisselingsstoornis
☐ Anders:

Dieetadvies / preparaat

Merk / soort:
Dosering:

Terugrapportage

☐ Huisarts ☐ Geen terugrapportage
☐ Voorschrijver
☐ Indien anders dan op aanvraag:

Toedieningsweg en soort sonde

☐ Neus-maag sonde ☐ PVC (tot 1 week) ☐ PUR (tot 6 weken) ☐ Siliconen(tot 3 maanden)
☐ Neus-duodenum sonde
☐ PEG sonde
☐ Anders, namelijk:
Reserve sonde meesturen? ☐ Zo ja, maat in charriére:
Aansluiting: ☐ Nutrisafe ☐ CAIR T NON LL ☐Luer-lock ☐ Cathetertip

Voorschrijver

Instelling/afdeling: Datum:
AGB-code zorgverlener: Voorschrijven voor de duur van:
Naam/functie: ☐1 maand ☐ 2 maanden
E-mail: ☐3 maanden ☐ 6 maanden
Telefoon: ☐12 maanden
Handtekening:

Bijlage 6

Overzicht standpunten met betrekking tot afbakening

Hulpmiddelen

Afbakening hulpmiddelenzorg en medisch-specialistische zorg / ziekenhuisverplaatste zorg

1: Te allen tijde zijn deze hulpmiddelen 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'

2: Te allen tijde zijn deze hulpmiddelen 'hulpmiddelenzorg'.

3: Afhankelijk van de situatie is sprake van 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden of hulpmiddelenzorg'. Daarbij speelt een overweging als de vraag of het een tijdelijke behandeling met het hulpmiddel in de vorm van bijvoorbeeld ondersteuning bij een operatie betreft of dat het hulpmiddel eindigt in de sfeer van medisch-specialistische zorg. Indien de behandeling permanent (langdurig) is, is sprake van hulpmiddelenzorg.

4: Afhankelijk van de plek van toepassing (ziekenhuis of thuis) wordt [illegible] het onderscheid gemaakt van het behandelen gebruikte specialistische zorg. Indien [illegible] sprake van hulpmiddelenzorg.

5: Bij [illegible] wordt [illegible] voor [illegible] de medisch specialistische zorg [illegible]

	Verzekerde prestatie in 2012	opmerking CVZ
(buik) breukband	3*	Het langdurig gebruik van een breukband als behandeling van abdominale hernia's is niet conform wetenschap en praktijk. Wel is tijdelijk gebruik ter overbrugging van een wachttijd op operatie in het kader van medisch specialistische zorg te verzekeren (maar dan is het medisch-specialistische zorg en geen hulpmiddelenzorg). Stoma-breukbanden vallen onder de Hulpmiddelenzorg. * Mocht een patiënt het hulpmiddel toch langdurig thuis willen gebruiken, komt het voor eigen rekening.
Monitoring in thuissituatie	1	
Beademingsapparatuur	1	
Botgroeistimulator	1	
Braces orthopedie	3	Zie aanvullend standpunt in de kennisbundel Zvw op website www.cvz.nl.
CGM	1	Met ingang van 13 oktober 2010 behoort de CGM voor bepaalde diabetespatiënten tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
CPAP (proef- en titratieperiode)	1	Over CPAP heeft het CVZ in september 2010 het standpunt uitgebracht dat er bij de proefperiode inclusief de tritratieperiode sprake is van medisch-specialistische zorg. Zowel positieve als negatieve proefperiodes dienen uit een DBC bekostigd te worden.
CPM-apparatuur (zoals Motorslede)	1	
Deels geïmplanteerde hoortoestellen	1	1e verstrekking en vervanging van de BAHA is vanaf 1 januari 2012 ziekenhuisbudget. De overige (deels) geïmplanteerde hoortoestellen waren al ziekenhuisbudget.
Drukpakken	1	
Infusiepompen/pijnpompen	2	Nader standpunt volgt. Tot die tijd vallen deze hulpmiddelen in de thuissituatie onder de hulpmiddelenzorg.

Inspirometer	1	
Insulinepomp	2	Het CVZ is van mening dat er medisch-inhoudelijk sprake is van medisch-specialistische zorg. Omdat partijen echter weinig vertrouwen hebben in de inkoop- en organisatiekwaliteiten van ziekenhuizen heeft het CVZ besloten de insulinepompen pas per 1 januari 2015 over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg. Dit geeft partijen de tijd om randvoorwaarden in kaart te brengen en voorbereidingen te treffen.
Interim-prothese	2	
Katheters urologie	4	Een starterspakket voor gebruik in de thuissituatie valt onder de hulpmiddelenzorg.
Ketonen teststrips	1	
Laarsbeugels o.a. bij klompvoetjes	1	Zie aanvullend standpunt in de kennisbundel Zvw op website www.cvz.nl.
Mic-key buttons	4	
Ortheses/braces/korsetten (muv redressiehelm)	3	Zie aanvullend standpunt in de kennisbundel Zvw op website www.cvz.nl.
Pegsondes.	4	Er zijn twee soorten PEG sondes, één met een plaatje bevestigd en één d.m.v. een ballon. Deze laatste kan ook door een verpleegkundige in de thuissituatie worden vervangen.
Pleurxdrain pakketten	1	Voorheen vielen de pleurxdrain onder de medisch-specialistische zorg en de toebehoren (pleurXdrainpakketen) in de thuissituatie onder de hulpmiddelenzorg. Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat dit geen gewenste knip in de aanspraak en bekostiging is. Deze knip komt dan ook per 1 januari 2014 te vervallen of eerder indien zorgverzekeraars en ziekenhuizen dit overeen zijn gekomen. Vanaf dat moment vallen zowel pleurX als de pleurxdrainpakketten (de toebehoren) in de thuissituatie onder de medisch-specialistische zorg.
Pols- / onderarmkoker	2	
Redressiehelm	1*	Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat een redressiehelm een hulpmiddel in het kader van de medisch-specialistische zorg. De aanspraak op een redressiehelm binnen de hulpmiddelenzorg komt per 1 januari 2013 te vervallen. Daarnaast heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat de redressiehelm niet voldoet aan de voorwaarden voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. *Dit betekent dat de redressiehelm vanaf 1 januari 2013 voor eigen rekening komt indien sprake is van plagiocefalie en brachycefalie (zonder craniosynostose). Indien een redressiehelm wordt ingezet ivm craniosynostose valt de helm wel onder de aanspraak, maar is sprake van de te verzekeren prestatie medisch-specialistische zorg.
Sondes met toebehoren	5	
Specifieke verbandmiddelen	5	
Spiraaltje	4	
Spreidbroeken	1	Zie aanvullend standpunt in de kennisbundel Zvw op website www.cvz.nl.
Stemprothese	4	Stemprotheses worden in principe geplaatst en vervangen in het ziekenhuis (dus medisch-specialistische zorg). Er zijn echter omstandigheden waardoor sommige patienten dit zelf thuis doen of een zorgverlener in de eerste lijn. In die gevallen is er sprake van hulpmiddelenzorg.

Steriele handschoenen en doeken bij TPV thuis		Handschoenen kunnen als toebehoren worden gezien bij een catheterset. Deze hoeven in de thuissituatie niet steriel te zijn (zie hieronder). Indien een zorgverlener in de thuissituatie de catheter komt vervangen (bijvoorbeeld bij eenmalige catheterisatie), dan behoren de handschoenen tot het instrumentarium van de zorgverlener (en dus niet als toebehoren bij een catheterset op grond van de Regeling zorgverzekering). Als de verzekerde zelf of een mantelzorger de catheter vervangt kunnen de handschoenen een toebehoren zijn bij een catheter en vergoed worden op grond van de Regeling zorgverzekering paragraaf Hulpmiddelenzorg. Op basis van jurisprudentie en richtlijnen komt het CVZ tot de conclusie dat in de thuissituatie goede handhygiëne voldoet en eventueel het gebruik van niet-steriele handschoenen. De argumentatie hiervoor is dat er sprake is van een eigen flora in een niet-steriel gebied. Uit ervaring is gebleken dat er een laag infectie risico is. Voor de thuissituatie is er geen indicatie voor het gebruik van steriele handschoenen.
		Slechts in uitzonderingssituaties kan er een indicatie zijn voor het gebruik van steriele handschoenen". De reden waarom er een verschil is tussen de ziekhuissituatie en thuissituatie is dat er in het ziekenhuis een verhoogde kans bestaat op allerlei ziekenhuisinfecties, met bacteriën waar de patiënt niet aan is gewend. Bovendien hebben veel mensen die in het ziekenhuis terecht komen een verhoogde kans op infecties, omdat om een of andere reden hun weerstand is verminderd. Alle behandelingen binnen het ziekenhuis zijn erop gericht om infecties met ziekenhuisbacteriën te voorkomen. Daarom wordt veel gebruik gemaakt van steriele disposable materialen. In een grote ziekenhuisorganisatie is disposable bovendien vaak goedkoper dan reinigen, onderhoud en steriliseren. In de thuissituatie heeft men geen verhoogde kans op infecties: men leeft in zijn eigen bacteriële milieu; bacteriën zijn hier huisdieren waar de hele familie aan gewend is. Mensen thuis zijn ook meestal "gezonder" dan die in het ziekenhuis; hun weerstand is beter. Allerlei extra, steriele voorzorgsmaatregelen, die men in het ziekenhuis neemt, zijn in de thuissituatie helemaal niet nodig. Huishoudelijk schoon is
Therapeutische elastische kousen	3	
Thuisdialyseapparatuur	2	Het CVZ heeft de minister geadviseerd om deze hulpmiddelencategorie onder te brengen in de medisch-specialistische zorg per 1 januari 2014. De verwachting is dat de minister dit advies overneemt.
Tracheacanules	4	Tracheacanules kunnen worden geplaatst en vervangen in het ziekenhuis. Dan is er sprake van medisch-specialistische zorg. Indien patiënten de tracheacanules in de thuissituatie vervangen is sprake van hulpmiddelenzorg. Sommige canules bestaan uit een buiten en een binnen canule. Indien de buitencanule in het ziekenhuis is geplaatst en de bijbehorende binnencanule in de thuissituatie vervangen wordt, valt ook de binnencanule in die gevallen onder de medisch-specialistische zorg omdat er sprake is van een toebehoren bij een hoofdunit, waarbij de hoofdunit onder de medisch-specialistische zorg valt.
Treursteun	1	
Tweede infuuspomp thuis	2	
UV-B lichttherapie	1	
Vacuümtherapie/VAC-pompen	1	Voorheen vielen de vac-pomp onder de medisch-specialistische zorg en de toebehoren in de thuissituatie onder de hulpmiddelenzorg. Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat dit geen gewenste knip in de aanspraak en bekostiging is. Deze knip komt dan ook per 1 januari 2014 te vervallen of eerder indien zorgverzekeraars en ziekenhuizen dit overeen zijn gekomen. Vanaf dat moment vallen zowel de vac-pomp als de toebehoren in de thuissituatie onder de medisch-specialistische zorg.
VLOS (voorlopig orthopedisch schoeisel)	2	

Voedingspomp	2	Het CVZ is van mening dat er in bepaalde gevallen (indien sprake is van een achterwachtfunctie/spoedeisende zorg) medisch-inhoudelijk sprake is van medisch-specialistische zorg. Omdat partijen echter weinig vertrouwen hebben in de inkoop- en organisatiekwaliteiten van ziekenhuizenheeft het CVZ besloten de insulinepompen pas per 1 januari 2015 over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg. Dit geeft partijen de tijd om randvoorwaarden in kaart te brengen en voorbereidingen te treffen.