

Rapport

Hulpmiddelenzorg 2009 (Deelrapport van het Pakketadvies 2009)

Op 3 april 2009 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **275**

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volnummer</i>	28055405
<i>Afdeling</i>	PAK
<i>Auteur</i>	mw. E.C.M. Visser/ mw. drs. A.J. Link/ dhr. drs. E.J.A.A. Abbink
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 8775 en (020) 797 86 47
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
4	2. Signaleren
4	2.a. Signaleringslijst
8	3. Systeemadviezen: Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg
8	3.a. Inleiding
8	3.a.1. Achtergrond
9	3.a.2. Ontwikkelingen en initiatieven
11	3.b. Hulpmiddelen ter vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam
11	3.b.1. Samenvatting
11	3.b.2. Aanleiding
11	3.b.3. Wettelijk kader
13	3.b.4. Classificatie
13	3.b.5. Functiegerichte omschrijving
18	3.b.6. Financiële aspecten
19	3.b.7. Advies
23	3.b.8. Bestuurlijke consultatie
25	3.b.9. Adviescommissie Pakket
25	3.b.10. Besluit CVZ
26	3.c. Hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel
26	3.c.1. Samenvatting
26	3.c.2. Aanleiding
26	3.c.3. Wettelijk kader
28	3.c.4. Classificatie
29	3.c.5. Functiegerichte omschrijving
34	3.c.6. Financiële aspecten
34	3.c.7. Advies
36	3.c.8. Bestuurlijke consultatie
37	3.c.9. Adviescommissie Pakket
37	3.c.10. Besluit CVZ

38	4. Adviezen
38	4.a. Voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid
38	4.a.1. Samenvatting
38	4.a.2. Aanleiding
38	4.a.3. Noodzakelijkheid
40	4.a.4. Uitvoerbaarheid
41	4.a.5. Maatschappelijke discussie
41	4.a.6. Advies
41	4.a.7. Bestuurlijke consultatie
42	4.a.8. Adviescommissie Pakket
42	4.a.9. Besluit CVZ
43	4.b. Mandibulair repositie apparaat
43	4.b.1. Samenvatting
43	4.b.2. Onderwerp
44	4.b.3. Wet- en regelgeving
44	4.b.4. Standpunt
44	4.b.5. Pakketbeoordeling
47	4.b.6. Advies
48	4.b.7. Bestuurlijke consultatie
48	4.b.8. Adviescommissie Pakket
48	4.b.9. Besluit CVZ
49	4.c. Elektronische oriënteringshulpmiddelen
49	4.c.1. Samenvatting
49	4.c.2. Onderwerp
50	4.c.3. Wet- en regelgeving
50	4.c.4. Standpunt
51	4.c.5. Pakketbeoordeling
53	4.c.6. Advies
53	4.c.7. Bestuurlijke consultatie
54	4.d. ICT-hulpmiddelen bij dyslexie
54	4.d.1. Samenvatting
54	4.d.2. ICT-hulpmiddelen voor dyslectici
55	4.d.3. Wet- en regelgeving
57	4.d.4. Achterliggende informatie
59	4.d.5. Overwegingen
60	4.d.6. Advies
61	4.d.7. Adviescommissie Pakket
61	4.d.8. Besluit CVZ

62	5.	Standpunten
62	5.a.	Overplaatsing apparatuur op nieuwe rolstoel
62	5.a.1.	Samenvatting
62	5.a.2.	Aanleiding
62	5.a.3.	Robotarm in thuissituatie
63	5.a.4.	Robotarm in AWBZ-instelling
64	5.a.5.	Beademingsapparatuur in zowel thuissituatie als AWBZ-instelling
65	5.a.6.	Zuurstofapparatuur in thuissituatie
65	5.a.7.	Zuurstofapparatuur in een AWBZ-instelling
66	5.b.	Aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen
66	5.b.1.	Samenvatting
66	5.b.2.	Aanleiding
67	5.b.3.	Wet- en regelgeving
67	5.b.4.	Standpunt CVZ
68	5.b.5.	NZa
71	5.c.	Verhuiskosten bij thuisdialyse
71	5.c.1.	Samenvatting
71	5.c.2.	Onderwerp
71	5.c.3.	Wet- en regelgeving
73	5.c.4.	Beoordeling
74	5.c.5.	Standpunt CVZ
75	5.d.	Persoonlijke alarmeringsapparatuur en digitale telefonie
75	5.d.1.	Samenvatting
75	5.d.2.	Onderwerp
75	5.d.3.	Wet- en regelgeving
76	5.d.4.	Standpunt CVZ

Bijlage(n)

1. Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk Mandibulair Repositie Apparaat bij OSAS
2. Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie en reactie CVZ
3. Ledenlijst Adviescommissie Pakket
4. Afkortingenlijst

Het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 is opgesteld door

Mw. E.C.M. Visser

Mw. drs. A.J. Link

Dhr. drs. E.J.A.A. Abbink

In samenwerking met

Dhr. H.M. Gaasbeek Janzen, arts M&G

Dhr. J.A.W. Bosboom, arts

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) rapporteert jaarlijks over actuele knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Als basis voor dit rapport dient de Signaleringslijst hulpmiddelen. Op deze lijst staan signalen die duiden op knelpunten en lacunes in wet- en regelgeving, waardoor de noodzakelijke zorg en toegankelijkheid van zorg onvoldoende is gewaarborgd. Ook verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel toe te laten tot het te verzekeren pakket komen op deze lijst.

Het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 (voorheen: Signaleringsrapport hulpmiddelen) is onderdeel van het Pakketadvies 2009.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het CVZ gevraagd voorstellen te doen om de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te omschrijven vanuit de functiebeperking. Hierbij dient de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) als leidraad. Deze zogenoemde functiegerichte omschrijving van regelgeving beoogt de mogelijkheid te openen dat het zorgaanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd. In dit pakketadvies doet het CVZ voorstellen om te komen tot een functiegerichte omschrijving van:

- o prothesen;
- o hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

Haarwerken maken onderdeel uit van de functiegerichte omschrijving van prothesen. Het CVZ stelt voor de maximumvergoeding voor haarwerken te verhogen. De huidige maximumvergoeding is in veel gevallen niet toereikend om een haarwerk aan te schaffen. De kosten die gemoeid zijn met verhoging van de maximum vergoeding raamt het CVZ op circa € 2 miljoen.

Verder heeft het CVZ de volgende hulpmiddelen beoordeeld:

- o voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid;
- o mandibulaire repositie apparatuur (MRA);
- o elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten;
- o ICT-hulpmiddelen bij dyslexie.

Met uitzondering van de behandeling met MRA leiden geen van deze beoordelingen op dit moment tot een aanbeveling tot opneming als te verzekeren prestatie.

Op basis van het pakketprincipe noodzakelijkheid is het CVZ van mening dat voorzieningen voor de bedekking van het hoofd, zoals sjaals, mutsen, bandana's, petten en de mutssja (combinatie van muts en sjaal) bij kaalhoofdigheid niet moeten worden opgenomen als te verzekeren prestatie.

Het MRA valt niet onder de huidige te verzekeren prestaties van de Zvw, maar wel onder de voorgestelde functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. Het CVZ concludeert dat de behandeling met MRA voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is. Als de minister het voorstel van het CVZ voor een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel overneemt, dan valt behandeling met MRA automatisch onder deze te verzekeren prestatie. Met deze instroom is op jaarbasis een bedrag van maximaal € 3,7 miljoen gemoeid.

Het CVZ was voornemens een advies uit te brengen over elektronische oriëntingshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. Reacties op het conceptadvies zijn voor het CVZ aanleiding geweest om het onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) – waarop de toetsing van het pakketprincipe ‘effectiviteit’ mede was gebaseerd – buiten beschouwing te laten.

Als gevolg hiervan concludeert het CVZ dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de mate waarin elektronische oriëntingshulpmiddelen voor visueel gehandicapten een bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie van deze doelgroep. Het is voor het CVZ door het ontbreken van gegevens niet mogelijk op dit moment een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen.

Het CVZ acht het niet aangewezen om te adviseren ICT-hulpmiddelen bij dyslexie in het basispakket van de Zvw op te nemen. Deze hulpmiddelen liggen grotendeels buiten het domein van geneeskundige zorg waarvoor de Zvw is bedoeld. Wel constateert het CVZ dat de problematiek rond deze hulpmiddelen complex is, vooral gezien de domeindiscussie die hieraan ten grondslag ligt. Het CVZ adviseert de minister zijn collega's van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) voor te stellen een interdepartementaal traject te starten om de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen voor dyslectici te verbeteren en daarmee het onderwijs aan deze doelgroep.

Het CVZ bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties (artikel 64 Zvw). In het kader van deze taak hebben CVZ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bij brief van 17 juli 2008 hun standpunt met betrekking tot de aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen expliciet onder de aandacht van zorgverzekeraars gebracht. De inhoud van de brief is in dit rapport opgenomen.

Ook brengt het CVZ in dit rapport verslag uit van de ingenomen standpunten met betrekking tot;

- de kosten verbandhoudende met de overplaatsing van apparatuur op een nieuwe rolstoel;
- de verhuiskosten bij thuisdialyse;
- de problematiek rond alarmeringsapparatuur en digitale telefonie.

1. Inleiding

<i>Jaarlijkse cyclus</i>	<p>Het CVZ rapporteert jaarlijks over gesignaleerde knelpunten in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het deelrapport Hulpmiddelenzorg (voorheen; Signaleringsrapport hulpmiddelen) is onderdeel van het Pakketadvies 2009.</p>
<i>Bundeling adviezen hulpmiddelenzorg</i>	<p>Het CVZ heeft ervoor gekozen de pakketadviezen op het gebied van hulpmiddelenzorg in een apart deelrapport te bundelen. Hiervoor zijn enerzijds praktische redenen aan te voeren; met deze afzonderlijke publicatie komt het CVZ tegemoet aan de wens van bij de hulpmiddelenzorg betrokken partijen om een totaaloverzicht van de adviezen en standpunten op het terrein van de hulpmiddelenzorg te hebben. Anderzijds zorgt de wijze waarop de te verzekeren prestatie wettelijk is vormgegeven verhoudingsgewijs voor veel signalen met ieder een andere dynamiek. Zolang de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg nog niet volledig is gerealiseerd en de heroriëntatie hulpmiddelenzorg nog niet zijn beslag heeft gekregen, zal hierin naar verwachting geen verandering komen.</p>
<i>Signaleren</i>	<p>Het CVZ verzamelt signalen over ontwikkelingen, vragen en knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Hierbij kan het ook gaan om verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel toe te laten tot het te verzekeren pakket. Deze signalen worden geplaatst op de Signaleringslijst hulpmiddelen.</p>
<i>Leeswijzer</i>	<p>Het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 is de <i>Signaleringslijst hulpmiddelen</i> opgenomen.</p>
<i>Functiegerichte omschrijving</i>	<p>Hoofdstuk 3 bevat voorstellen voor een functiegerichte omschrijving van een tweetal categorieën hulpmiddelen in de Regeling zorgverzekering (Rzv), te weten:</p> <ul style="list-style-type: none">o prothesen;o hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. <p>Het gaat hier om systeemadviezen. De minister van VWS streeft ernaar om binnen zijn ambtstermijn te komen tot een zo volledig mogelijk op de functiebeperking gericht omschreven te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’ in de Zvw. Hierbij dient de ICF als leidraad. Deze zogenoemde functiegerichte omschrijving van regelgeving beoogt de mogelijkheid te openen dat het zorgaanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd. De minister heeft het CVZ verzocht daartoe voorstellen te doen.</p>

Adviezen

In hoofdstuk 4 geeft het CVZ adviezen over het wel of niet laten instromen van een aantal specifieke hulpmiddelen tot het te verzekeren pakket. Het gaat om de volgende hulpmiddelen:

- voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid;
- mandibulaire repositie apparatuur (MRA);
- elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten;
- ICT-hulpmiddelen bij dyslexie.

Standpunten

In hoofdstuk 5 besteedt het CVZ aandacht aan ingenomen standpunten op het gebied van de hulpmiddelenzorg. Deze standpunten zijn richtinggevend en hebben tot doel het bevorderen van een eenduidige uitleg van de inhoud en omvang van deze te verzekeren prestaties. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen;
- de kosten verbandhoudende met de overplaatsing van apparatuur op een nieuwe rolstoel;
- de verhuiskosten bij thuisdialyse;
- de problematiek rond alarmeringsapparatuur en digitale telefonie.

Consultatie partijen

Het CVZ heeft een groot aantal partijen geconsulteerd bij de totstandkoming van dit rapport. Deze consultatie heeft in twee fasen plaatsgevonden. In eerste instantie zijn medische beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en fabrikanten/importeurs van hulpmiddelen vanuit hun deskundigheid inhoudelijk geconsulteerd. Dit heeft op een aantal punten geleid tot aanpassing of verduidelijking van de voorstellen. Vervolgens heeft de bestuurlijke consultatie van koepels en brancheorganisaties plaatsgevonden.

Functiegerichte omschrijving

Uit de bestuurlijke consultatie blijkt dat de ontwikkeling om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven door partijen breed wordt gedragen. Een aantal respondenten¹ gaat nader in op de relatie tussen de voorstellen van het CVZ en diverse ontwikkelingen op de hulpmiddelenmarkt. Omdat dit als een rode draad uit de reacties naar voren komt, heeft het CVZ aan hoofdstuk 3 een inleidende paragraaf toegevoegd.

Rol CVZ versus rol partijen

In deze paragraaf gaat het CVZ in op de diverse ontwikkelingen en initiatieven in de uitvoeringspraktijk die nauw samenhangen met de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg. Ook besteedt het CVZ aandacht aan zijn rol binnen dit proces en de rol van andere partijen.

¹ SEMH, NPCF, CBO, CG-Raad/CSO, ZN en SOMT

Verder zijn de belangrijkste punten uit deze bestuurlijke consultatie per onderdeel samengevat en voorzien van het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) en het besluit van het CVZ. De brieven en e-mails van partijen zijn bijgevoegd bij het rapport (bijlage 2).

2. Signaleren

2.a. Signaleringslijst

De Signaleringslijst hulpmiddelen is een overzicht van signalen en onderwerpen die relevant zijn voor de inhoud van en toegang tot het te verzekeren pakket als het gaat om hulpmiddelenzorg. In onderstaand overzicht staan de signalen genoemd, met een korte uiteenzetting van de problematiek. De signaleringslijst van 2008 is aangevuld met nieuwe signalen die het CVZ sindsdien hebben bereikt. Deze geactualiseerde signaleringslijst vormt de basis voor dit rapport.

Bij de verschillende signalen is aangegeven of het gaat om adviezen die in dit pakketadvies aan de orde komen of dat sprake is van een standpunt dat het CVZ het afgelopen jaar heeft ingenomen. Bij nieuwe signalen is de planning vermeld.

Signaleringslijst hulpmiddelen	
Algemeen	
ISO 06 00 ISO 04 03	<p><u>Func tiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van lichaamsdelen; o hulpmiddelen ter compensatie van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel. <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2009</p>
-- --	<p><u>Afbakening te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg'</u></p> <p>Er is onduidelijkheid over de vraag wanneer een hulpmiddel onder de zorg valt zoals medisch specialisten die plegen te bieden (bekostiging door middel van DBC's) en wanneer er sprake is van hulpmiddelenzorg (Rzv).</p> <p style="text-align: right;">Standpunt medio 2009</p>
-- --	<p><u>Stroomkosten</u></p> <p>In het algemeen vallen stroomkosten onder de 'kosten van normaal gebruik' die op grond van het Besluit zorgverzekering (Bzv) voor eigen rekening blijven. Voor bepaalde hulpmiddelen is op deze algemene regel een uitzondering gemaakt. Het is de vraag of dit terecht is. Onderzoek moet uitwijzen bij welke hulpmiddelen het redelijk is dergelijke kosten wel of juist niet te vergoeden.</p> <p style="text-align: right;">Nog niet bekend</p>

Specifiek	
-- --	<p><u>Kosten overplaatsing apparatuur op nieuwe rolstoel</u> Ingeval een verzekerde een nieuwe rolstoel krijgt, dient de eventueel benodigde apparatuur op deze rolstoel te worden overgeplaatst. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om beademingsapparatuur, zuurstofapparatuur en robotmanipulators. Onduidelijk is op welke regeling – Zvw, AWBZ of Wmo – de kosten voor de overplaatsing kunnen worden verhaald. <i>Herkomst:</i> geschillen, zorgverzekeraars Standpunt augustus 2008</p>
ISO 04 03	<p><u>Voorzetkamers bij dosisaërosolen</u> Afhankelijk van de vraag of de voorzetkamer is meegeregistreerd bij het geneesmiddel bestaat er aanspraak op vergoeding. Losse voorzetkamers komen niet voor vergoeding in aanmerking. <i>Herkomst:</i> diverse signalen en UMCG Pakketadvies 2009</p>
ISO 04 03	<p><u>MucoClear® 6%</u> Verzoek van de fabrikant om een verneveloplossing van hypertoon zout (Mucoclear) werkzaam bij mobilisatie van slijm bij onder meer patiënten met cystische fibrose (CF) toe te laten tot het te verzekeren pakket. <i>Herkomst:</i> fabrikant Voorjaar 2009</p>
ISO 04 06	<p><u>Aan- en uittrekhulpen voor elastische kousen</u> De regelgeving met betrekking tot de verstrekking van aan- en uittrekhulpen voor elastische kousen wordt door zorgverzekeraars verschillend geïnterpreteerd. Dit resulteerde in een breed scala van onjuiste afwijzingsgronden. <i>Herkomst:</i> diverse signalen en NZa Standpunt juli 2008</p>
ISO 04 15	<p><u>Verhuiskosten die verband houdend met thuisdialyse</u> In hoeverre komen de verhuiskosten die verbandhouden met thuisdialyse voor vergoeding in aanmerking? Het gaat daarbij om de volgende kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de oude woning herstellen in de oorspronkelijke staat; ○ de nieuwe woning aanpassen zodat thuisdialyse mogelijk wordt; ○ het vervoer en plaatsen van de apparatuur naar/in de nieuwe woning. <p><i>Herkomst:</i> adviesaanvraag Argonaut Standpunt juni 2008</p>

ISO 4 24	<p><u>Zelfcontrole bij type 2 diabetes</u> Patiënten met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken, hebben geen recht op vergoeding van zelfcontrolematerialen. Omdat de laatste CVZ-beoordeling van zelfcontrole in 2005 heeft plaatsgevonden en er sindsdien verschillende onderzoeken naar de (kosten-)effectiviteit van zelfcontrole gepubliceerd zijn, is een nieuwe beoordeling gewenst. <i>Herkomst:</i> Pakketscan diabetes</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2010</p>
ISO 4 24	<p><u>Insulinepomp met continue bloedglucosemonitoring (CGM)</u> Er zijn diverse signalen over een nieuwe infuuspomp met continue bloedglucosemonitoring. Inmiddels is een verzoek ontvangen van de fabrikant om deze infuuspomp toe te laten tot het te verzekeren pakket. <i>Herkomst:</i> fabrikant, zorgverzekeraars en Pakketscan diabetes</p> <p style="text-align: right;">Nog niet bekend</p>
ISO 06 03	<p><u>Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) bij OSAS</u> De MRA valt niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Er is een verzoek ontvangen om de MRA toe te laten tot het te verzekeren pakket. <i>Herkomst:</i> Geschillen, Vereniging van Orthodontisten, CBO-conceptrichtlijn OSAS</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2009</p>
ISO 09 03	<p><u>Voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid</u> Voorzieningen zoals sjaals, mutsen bandana's, petten en de mutssja (muts/sjaal) vallen niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Dergelijke hulpmiddelen zouden wellicht kunnen substitueren voor een haarwerk. <i>Herkomst:</i> patiënten, Stichting Hoofdzakengids</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2009</p>
ISO 09 03	<p><u>Allergeenvrije schoenen</u> De eigenbijdrageregeling voor allergeenvrije schoenen wijkt af van die van orthopedische schoeisel. De schoenen worden vaak wel door dezelfde leverancier geleverd. Het is in de winkel vaak moeilijk uit te leggen waarom de ene klant meer moet bijbetalen dan de ander. Daarentegenover staat dat er - volgens een ander signaal - voldoende confectiemodellen beschikbaar zijn. Een nieuwe toets aan de pakketprincipes zou daarom zijn aangewezen. <i>Herkomst:</i> NVOS/Orthobanda, zorgverzekeraars</p> <p style="text-align: right;">Planning 2010</p>

ISO 12 30	<p><u>Transferhulpmiddelen</u></p> <p>Er bestaat geen aanspraak op transferhulpmiddelen. Bij de transferhulpmiddelen spelen diverse afbakeningsproblemen (Wmo en AWBZ).</p> <p><i>Herkomst:</i> verstrekkingengeschillen</p> <p style="text-align: right;">Heroriëntatie hulpmiddelenzorg 2009</p>
ISO 12 39	<p><u>Elektronische oriënteringshulpmiddelen</u></p> <p>Elektronische oriënteringshulpmiddelen - waaronder de Viktor Trekker - vallen niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. De vraag is in hoeverre deze hulpmiddelen meerwaarde hebben voor visueel gehandicapten, in die zin dat dit leidt tot een vermindering van hun participatieprobleem.</p> <p><i>Herkomst:</i> patiëntenorganisatie, verstrekkingengeschillen.</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2009</p>
ISO 21 30	<p><u>Voorleesapparatuur bij dyslexie</u></p> <p>Bij de verstrekking van voorleesapparatuur zijn knelpunten gesignaleerd rond de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstrekking van Daisy-spelers bij dyslexie; ○ Verzoek om toelating van een nieuwe ICT-hulpmiddelen bij dyslexie. <p><i>Herkomst:</i> leverancier, patiënten, verstrekkingengeschillen.</p> <p style="text-align: right;">Pakketadvies 2009</p>
ISO 21 45	<p><u>Maximum vergoeding hoortoestellen</u></p> <p>Al jaren zijn er signalen dat de maximum vergoedingen voor hoortoestellen niet toereikend zouden zijn. Om te komen tot een functiergerichte omschrijving van auditieve hulpmiddelen is het van belang onderzoek te doen naar de vraag wat een redelijke maximum vergoeding voor een hoortoestel zou kunnen zijn.</p> <p><i>Herkomst:</i> diverse signalen</p> <p style="text-align: right;">Planning 2010</p>
ISO 21 51	<p><u>Persoonlijke alarmeringsapparatuur</u></p> <p>Zorgverzekeraars zouden alleen personenalarmering vergoeden als ouderen of gehandicapten over een analoge telefoonaansluiting beschikken. De vraag is of dit terecht is.</p> <p><i>Herkomst:</i> Kamervragen</p> <p style="text-align: right;">Standpunt december 2008</p>
ISO 24 18	<p><u>Hulphonden</u></p> <p>In het kader van adviesaanvragen en geschillen zijn vragen gerezen over de indicatiestelling van een hulphond. In welke situatie is de inzet van een hulphond doelmatig en wanneer is de inzet van andere hulpmiddelen aangewezen.</p> <p><i>Herkomst:</i> zorgverzekeraars (OMTA), adviesaanvragen en geschillen.</p> <p style="text-align: right;">Nog niet bekend</p>

3. Systeemadviezen: Functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg

3.a. Inleiding

3.a.1. Achtergrond

ICF

De minister van VWS heeft het CVZ gevraagd voorstellen te doen om de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw te omschrijven vanuit de functiebeperking. Hierbij dient de ICF als leidraad. Deze zogenoemde functiegerichte omschrijving van regelgeving beoogt de mogelijkheid te openen dat het zorgaanbod zich richt naar de vraag in plaats van omgekeerd.

Om dit te bereiken adviseert het CVZ gefaseerd om de zorg op wettelijk niveau functiegericht te omschrijven (de aard, inhoud en omvang van de zorg; *het wat*).

Zorgverzekeraars bepalen welke vorm van de zorg het beste aansluit bij de behoefte van de verzekerde en welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak (*het wie en waar*).

Randvoorwaarden

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft de volgende randvoorwaarden geformuleerd voor het invoeren van de functiegerichte aanspraken:

- o de indicatiestelling door voorschrijvers dient functiegericht te zijn verwijzend naar de ICF;
- o richtlijnen en protocollen voor het objectief vaststellen van de zorgvraag dienen beschikbaar te zijn;
- o de hulpmiddelen dienen op een betrouwbare wijze gelabeld te zijn met het 'Cliq-classificatiesysteem' en qua functionaliteit op een objectieve en transparante wijze aan te sluiten op de zorgvraag.

Vormgeving in polissen

Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om deze randvoorwaarden te realiseren. De kwaliteit van de geleverde zorg zal daarmee zeker toenemen.

Dit betekent echter niet dat de wet- en regelgeving niet kan worden omgevormd, zolang nog niet aan deze 'randvoorwaarden' is voldaan. Zorgverzekeraars kunnen de functiegerichte omschrijving immers op verschillende manieren in hun reglementen vormgeven.

Dit varieert van globaal – op het niveau van functiegericht omschreven aanspraken – tot gedetailleerd. In dit laatste geval geeft de zorgverzekeraar in de polis aan op welke hulpmiddelen er precies aanspraak bestaat (welke hulpmiddelen binnen de functiegerichte aanspraak vallen cq. het beste aansluiten bij de zorgbehoefte). In dat geval wijzigt de praktijk (nog) nauwelijks van de oude situatie met gedetailleerde regelgeving en reglementen.

Richtlijnen en protocollen

Afhankelijk van de mate waarin genoemde randvoorwaarden zijn georganiseerd, zullen zorgverzekeraars eerder geneigd zijn een globalere aanspraak in de polisvoorwaarden te formuleren. Het is een utopie om te denken dat met de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg in wet- en regelgeving de uitvoeringspraktijk eveneens volledig is omgevormd. Er moet immers nog veel gebeuren.

Op diverse terreinen dienen richtlijnen en protocollen te worden ontwikkeld. Partijen streven ernaar om alle hulpmiddelen te labelen met een Cliq code. Dit kan niet van de een op de andere dag worden gerealiseerd. Er is sprake van een groeitraject. Op dit moment zijn er in de uitvoeringspraktijk diverse ontwikkelingen gaande. Belangrijk is dat de wet- en regelgeving deze ontwikkelingen niet frustreert. De voorstellen die het CVZ doet, vinden fasegewijs plaats, zodat de uitvoeringspraktijk de tijd krijgt om daar zoveel mogelijk op in te spelen.

3.a.2. Ontwikkelingen en initiatieven

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg

Zoals gezegd zijn er diverse ontwikkelingen gaande. Om de functiegerichte aanspraken ook in de uitvoeringspraktijk te realiseren, dient het zorgproces adequaat te worden omschreven met objectieve protocollen om zodoende een optimale match te maken tussen de zorgvraag en de oplossingsrichting. Een goed handvat voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen voor het verstrekkingenproces is de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. Deze is in 2005 door het CVZ opgesteld in samenwerking met relevante partijen. De procesbeschrijving brengt de keten van activiteiten in de hulpmiddelenzorg in beeld, van het signaleren van een probleem tot aan de evaluatie van het gebruik van het hulpmiddel. Centraal in dit proces staat het matchen van de wensen en de mogelijkheden van de gebruiker met de eigenschappen van het hulpmiddel. Het terminologiestelsel dat wereldwijd gebruikt wordt om de wensen en mogelijkheden van de gebruiker in beeld te brengen is de ICF.

Coördinatieteam

Op initiatief van ZN is een Coördinatieteam Functiegerichte omschrijving Hulpmiddelen opgericht, met als doel de gefaseerde invoering van de functiegerichte aanspraken in de uitvoeringspraktijk nader vorm te geven. In dit coördinatieteam zijn CG-Raad, VWS, CVZ en zorgverzekeraars vertegenwoordigd. Onder auspiciën van dit coördinatieteam zijn een aantal werkgroepen actief. Deze werkgroepen inventariseren de beschikbaarheid van bouwstenen – zoals richtlijnen en indicatieprotocollen – om de functiegerichte aanspraak daadwerkelijk te organiseren. Ook brengt men de blinde vlekken in kaart.

Regieraad

In dit verband noemt het CVZ ook de ontwikkeling om te komen tot een Regieraad (zie ook paragraaf 3d 'Gepast gebruik' van het Pakketadvies 2009). De bewindslieden van VWS schetsen in hun brief van 31 oktober 2008 'Regie op richtlijnen' het belang van richtlijnen voor diverse partijen in de zorg. Men wil de regie op richtlijnontwikkeling en implementatie een impuls geven. De bewindslieden denken daarbij aan de instelling van een 'Regieraad kwaliteit op zorg' die bestaat uit onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op richtlijngebied. De bewindslieden zullen deze Regieraad vragen om in nauw overleg met alle betrokken partijen concrete prioritaire thema's te benoemen waar de ontwikkeling en/of de implementatie van richtlijnen aandacht behoeft. Overigens ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van richtlijnen bij zorgverleners. In de praktijk loopt dit proces via wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met kennisinstituten. Van belang is dat bij die ontwikkeling rekening wordt gehouden met de behoeften van andere belanghebbenden (bijv. cliënten en zorgverzekeraars).

Cliq classificatie

Een andere belangrijke ontwikkeling is de Cliq classificatie. Een goed classificatiesysteem ondersteunt het keuzeprocess om een geïndiceerd probleem op te lossen met een hulpmiddel. Hoe meer gestandaardiseerd de indeling is, hoe duidelijker het doel en de mogelijkheden worden voor de gebruiker en de behandelaar. Om die reden is de afgelopen jaren de Cliq classificatie ontworpen. Cliq is een uitbreiding op de internationale classificatie voor hulpmiddelen (ISO 9999), en voegt hieraan één of meerdere niveaus toe om het beoogd gebruik van het hulpmiddel te omschrijven. Hierbij is gebruik gemaakt van de ICF. Cliq is inmiddels gereed om te worden geïmplementeerd.

Op 4 december 2008 hebben zestien zorgpartijen (o.a. het ministerie van VWS, ZN, CVZ, patiëntenorganisaties, organisaties van behandelaars, brancheorganisaties en Nictiz) in een intentieverklaring aangegeven te streven naar een zorgbrede invoering van Cliq.

Het CVZ is van mening dat het voor het welslagen van de functiegerichte aanspraken belangrijk is dat de uitvoeringspraktijk – zoals hiervoor omschreven - initiatieven ontplooit om de diverse ontwikkelingen te ondersteunen en uit te breiden.

In de volgende paragrafen doet het CVZ voorstellen voor een functiegerichte omschrijving in de Rzv van een een tweetal categorieën hulpmiddelen, te weten

- prothesen;
- hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

3.b. Hulpmiddelen ter vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam

3.b.1. Samenvatting

***Systemadvies:** Het CVZ adviseert de te verzekeren prestatie prothesen functiegericht te omschrijven, uitgaande van de ICF. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van het artikel. Bovendien wordt onnodige regelgeving vermeden. Verder stelt het CVZ voor de maximum vergoeding voor haarwerken te verhogen.*

3.b.2. Aanleiding

In de paragraaf hulpmiddelenzorg uit de Rzv zijn verschillende categorieomschrijvingen voor prothesen opgenomen. Het betreft prothesen voor de schouder, arm, hand, been, voet, mamma, gelaat, oog, haar en stem.

Overeenkomstig de wens van de minister zal het CVZ elk jaar enkele categorieomschrijvingen ter hand nemen. In het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2008 heeft het CVZ al een voorstel gedaan om de oogprothesen functiegericht te omschrijven. Per 1 januari 2009 heeft de minister dit voorstel overgenomen. Dit jaar doet het CVZ voorstellen om de overige prothesen functiegericht te gaan omschrijven.

3.b.3. Wettelijk kader

o **Besluit zorgverzekering**

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

o **Regeling zorgverzekering**

In onderstaande artikelen van de Rzv zijn de verschillende prothesen als te verzekeren prestatie opgenomen.

Extremititeiten

Artikel 2.6, onderdeel a, en artikel 2.8:

prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet

Deze te verzekeren prestatie omvat:

- a. prothesen voor schouder, arm of hand;
- b. algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen;
- c. prothesen voor been of voet;
- d. een oplaadinrichting en batterijen, indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is.

Mamma	<p>Artikel 2.6, onderdeel b, en artikel 2.9: Mammaprothesen</p> <p>Deze te verzekeren prestatie omvat:</p> <p>a. de gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen voor uitwendige toepassing ter vervanging van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;</p> <p>b. ten behoeve van een verzekerde afzonderlijk vervaardigde mammaprothese indien het gebruik van gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen niet mogelijk of redelijkerwijs niet verantwoord is.</p>
Gelaat	<p>Artikel 2.6, onderdeel c, en artikel 2.10: Gelaatsprothesen</p> <p>Deze te verzekeren prestatie omvat:</p> <p>Hulpmiddelen ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.</p>
Oog	<p>Artikel 2.6, onderdeel d. Uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol.</p> <p>Deze te verzekeren prestatie omvat:</p> <p>Hulpmiddelen die tot doel hebben het uiterlijk van het oog – dat geen functie meer heeft of ontbreekt – te corrigeren of te reproduceren. Het kan daarbij gaan om volledige oogprothesen en schaalprothesen, inclusief scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie.</p>
Pruiken	<p>Artikel 2.6, onder k, en artikel 2.18: Pruiken</p> <p>Deze te verzekeren prestatie omvat:</p> <p>Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar, indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een haarwerk redelijkerwijs is aangewezen. Voor deze te verzekeren prestatie geldt een maximum vergoeding.</p>
Stemprothese	<p>Artikel 2.6, onder t, en artikel 2.26, onderdeel i: hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering</p> <p>Deze te verzekeren prestatie omvat:</p> <p>Spraakvervangende hulpmiddelen alsmede de hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid.</p>

3.b.4. Classificatie

ISO 9999

In de ISO 9999 zijn bijna alle prothesen geïnclassificeerd onder de ISO 06 00 orthesen en prothesen. Dit geldt voor de prothesen voor het bovenlichaam, onderlichaam, oog, oor, neus, gelaat en haar. Alleen de stemprothese valt onder een andere ISO classificatie, namelijk ISO 22 09 hulpmiddelen voor het produceren en versterken van geluid van de eigen stem.

ICF

In de ICF-classificatie vallen bovenstaande hulpmiddelen onder verschillende paragrafen van het hoofdstuk 'Anatomische eigenschappen':

- Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren (oogprothese);
- Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak (stemprothese);
- Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel (mammaprothese);
- Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging (prothesen schouder, arm, hand, been of voet);
- Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren (haarwerken).

De gelaatsprothese valt onder verschillende classificaties, waarover later meer.

3.b.5. Functiegerichte omschrijving

Uitgaande van de ICF, zou de functiegerichte omschrijving voor prothesen als volgt gedefinieerd kunnen worden:

“Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van:

- *de bovenste en onderste extremiteiten;*
- *de oogbol;*
- *structuren betrokken bij stem en spraak;*
- *de mamma;*
- *het haar.”*

Indien een dergelijke omschrijving in de Rzv zou worden opgenomen, heeft dit voor de verschillende prothesen een aantal gewenste en ongewenste consequenties. Hieronder gaat het CVZ nader in op deze consequenties.

- *Anatomische eigenschappen van de bovenste en onderste extremiteiten*

Aanzetstukken bij prothesen

In de huidige Regeling heeft een verzekerde aanspraak op algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken bij armprothesen. Het CVZ is van mening dat dergelijke hulp- en aanzetstukken automatische onderdeel uitmaken van een functiegericht omschreven aanspraak. Deze hulpmiddelen behoeven daarom niet apart te worden benoemd. Bovendien hebben verzekerden aanspraak op *functionerende* hulpmiddelen. Zonder hulp- en aanzetstukken kan niet gesproken worden van een

functionerend hulpmiddel. Uit het oogpunt van doelmatige wetgeving, stelt het CVZ voor deze aanvulling te schrappen.

Stompkous

Hetzelfde geldt in feite voor stompkousen. In de huidige Rzv maken stompkousen deel uit van de verstrekking 'hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming'. In de ISO 9999 behoren de stompkousen tot orthesen en prothesen (ISO 06 00). Een stompkous of een liner maakt deel uit van een prothesevoorziening. In veel gevallen is een dergelijk hulpmiddel nodig om te kunnen spreken van een functionerend hulpmiddel. Het CVZ is van mening dat de stompkous kan worden geschrapt uit het artikel 2.15 van de Rzv omdat deze onderdeel uitmaakt van de functiegericht omschreven aanspraak waarbij sprake moet zijn van functionerende hulpmiddelen.

Batterijen

In artikel 2.9, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald. Stroomkosten worden in het algemeen aangemerkt als kosten van normaal gebruik. In geval van prothesen voor schouder, arm en hand in bekrachtigde uitvoering is hierop echter een uitzondering gemaakt. Op grond van de Rzv vallen de bij deze hulpmiddelen benodigde oplaadinrichting en batterijen eveneens onder de te verzekeren prestatie. Het CVZ stelt voor deze te verzekeren prestatie op dit moment niet te wijzigen. Het CVZ heeft het onderwerp 'stroomkosten' *in het algemeen* op de Signaleringslijst hulpmiddelen geplaatst. Het CVZ wil dit onderwerp onderzoeken, waarbij zal worden bekeken in welke gevallen en bij welke hulpmiddelen het redelijk is dergelijke kosten wel of juist niet te vergoeden.

Oogprothese

- *Anatomische eigenschappen van de oogbol*

De oogprothesen zijn per 1 januari 2009 als aparte functiegerichte omschrijving opgenomen. Het CVZ stelt voor om deze functiegerichte omschrijving voor 'uitwendig gedragen hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol' nu te verplaatsen naar het artikel, waarin de andere prothesen functiegericht zullen worden omschreven. Op deze manier vallen alle 'prothesen' onder één artikel in de Rzv.

Overeenkomstig de nieuwe functiegerichte omschrijving van oogprothesen, dient gesproken te worden van vervanging en *bedekking* van de oogbol. De reden hiervoor is dat anders de scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie niet tot de te verzekeren prestaties behoren.

- *Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak*

Stem en spraak

Onder de hulpmiddelen ter volledig of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak valt zowel de stemprothese als de gebitsprothese. Het gaat dan om respectievelijk de anatomische eigenschappen van de stembanden en de anatomische eigenschappen van tanden en kiezen.

Stemprothese

Het CVZ heeft zich afgevraagd of de anatomische eigenschappen van de stembanden deel uit zouden moeten maken van de functiegerichte aanspraken in het kader van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Immers een stemprothese wordt vaak in het ziekenhuis of de polikliniek geplaatst of vervangen – meestal onder plaatselijke verdoving – door een medisch specialist of door een gespecialiseerde verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De prothese maakt in dat geval deel uit van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In feite betekent dit dat de stemprothese vanuit een DBC bekostigd moet worden.

Bij de inhoudelijke consultatie van dit pakketadvies is echter gebleken dat de stemprothese tegenwoordig ook in de huisartsenpraktijk wordt aangebracht. Plaatsing door de huisarts gebeurt vooral in die gevallen waarin de patiënt ver weg woont van een specialistisch behandelcentrum voor gelaryngectomeerden. Het is niet wenselijk dat verzekerden om vergoedingstechnische redenen verplicht worden om voor het plaatsen van een stemprothese te allen tijde naar een ziekenhuis te moeten, te meer daar prothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten kunnen worden. Om deze reden is het CVZ van mening dat de stemprothese onderdeel moet blijven uitmaken van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en opgenomen dient te worden onder de functiegerichte omschrijving van prothesen.

Gebitsprothese

De gebitsprothesen zijn met ingang van 1 januari 2006 overgeheveld van de hulpmiddelenzorg naar de mondzorg. Het CVZ ziet geen reden om dit te wijzigen. De conclusie is dan ook dat hulpmiddelen ter vervanging van anatomische eigenschappen van tanden en kiezen geen onderdeel dienen uit te maken van de nieuwe functiegerichte omschrijving van prothesen.

Dit betekent dat van het ICF-hoofdstuk 'anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak' alleen de hulpmiddelen ter vervanging van de anatomische eigenschappen van de stembanden in de Rzv dienen te worden omschreven.

- *Anatomische eigenschappen van het haar*

Haarwerken

Indicatie-voorwaarde

Bij de te verzekeren prestatie haarwerken geldt in de huidige Rzv dat er sprake moet zijn van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid. Verzekerde moet daarvan zodanige psychische bezwaren ondervinden, dat het gebruik van haarwerk redelijkerwijs is aangewezen. In de toelichting is opgenomen dat bezwaren van maatschappelijke aard geen grond zijn voor het verstrekken van haarwerken ten laste van de zorgverzekering.

Jurisprudentie

Het feit dat een verzekerde al jarenlang een haarwerk draagt of verstrekt heeft gekregen is geen zelfstandig toekenningscriterium. Uitgangspunt is dat een verzekerde psychische bezwaren ondervindt, waarbij leeftijd en sekse een rol (kunnen) spelen. Zo zullen bijvoorbeeld de psychische bezwaren van een vrouw bij blijvende, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid – onafhankelijk van haar leeftijd – evident zijn, terwijl bij mannelijke kaalhoofdigheid vanaf de volwassen leeftijd gesproken kan worden van een min of meer normaal verschijnsel. Bij kaalhoofdigheid dient een verzekerde aannemelijk te maken dat hij zodanige psychische bezwaren van zijn kaalhoofdigheid ondervindt dat hij redelijkerwijs op het gebruik van een haarwerk is aangewezen.

Niet goed uitvoerbaar

In de uitvoeringspraktijk blijkt dat deze indicatievoorwaarde niet goed uitvoerbaar is. Het objectief vaststellen van psychische bezwaren is moeilijk, tenzij de verzekerde hiervoor hulp heeft gezocht. Om deze reden gaan zorgverzekeraars pragmatisch om met deze voorwaarde en is de medische indicatie vaak leidend voor de toekenning van een haarwerk.

Omdat kaalhoofdigheid als gevolg van normale verouderingsprocessen geen indicatie vormt voor de toekenning van een haarwerk, is een beperkende voorwaarde in de Rzv nog wel noodzakelijk. Het CVZ is van mening dat een dergelijke indicatievoorwaarde in de Rzv meer in overeenstemming dient te worden gebracht met de uitvoeringspraktijk. Alleen mensen met kaalhoofdigheid als gevolg van ziekte, verminking of als gevolg van een medische behandeling komen in aanmerking voor vergoeding van haarwerken. Het CVZ stelt voor de volgende voorwaarde voor verstrekking op te nemen: *‘geheel of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard’*.

Maximum vergoeding

In de huidige Rzv geldt een maximumvergoeding voor haarwerken. Het CVZ is van mening dat een dergelijke maximumvergoeding behouden moet blijven om de kosten van de haarwerken te beperken. Het CVZ is echter wel van mening dat de huidige maximumvergoeding van haarwerken

in veel gevallen niet toereikend is om een adequaat haarwerk aan te schaffen. Het CVZ heeft dit reeds in zijn brief van 26 augustus 2004 en het Signaleringsrapport hulpmiddelenzorg 2005 aan de staatssecretaris gemeld.

Brief CVZ

Het CVZ heeft de staatssecretaris voorgesteld de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud) op dit punt te wijzigen. Het CVZ baseerde zich hierbij op een onderzoek uitgevoerd door Zorg Advies. Hieruit bleek dat veruit de meeste verzekerden een machinaal geknoopt haarwerk een adequate oplossing vinden. Verzekerden met onder meer hoofdhuidirritaties, afwijkende vorm van het hoofd en brandwonden zijn echter aangewezen op andere oplossingsrichtingen, zoals maathaarwerk.

Voorstel 2004

Dit leidde in 2004 tot het volgende voorstel:
‘Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen bedoeld in het eerste lid, hoger zijn dan € 360,- is de verzekerde een bijdrage verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag, tenzij verzekerde om medische redenen niet kan volstaan met een machinaal geknoopt confectiehaarwerk’.

De staatssecretaris heeft het voorstel van het CVZ destijds niet opgevolgd en heeft evenmin haar standpunt hierover kenbaar gemaakt.

Voorstel CVZ

Het CVZ wil bovenstaand voorstel opnieuw onder de aandacht brengen, maar voegt daar het volgende aan toe. Tijdens de inhoudelijke consultatie van dit pakketadvies is gebleken dat partijen het erover eens zijn dat de maximum vergoeding voor haarwerken niet toereikend is. De mogelijkheid om een hogere vergoeding te kunnen geven als men om medische redenen niet kan volstaan met een confectiehaarwerk, stuit echter op bezwaren bij de zorgverzekeraars. Zij pleiten voor één maximum vergoeding voor alle haarwerken vanwege de uitvoerbaarheid van een dergelijke regeling.

Eén maximum vergoeding

Hoewel één maximum vergoeding wellicht geen recht doet aan de verscheidenheid aan zorgbehoeften van verzekerden, is ook het CVZ van mening dat het pakketprincipe ‘uitvoerbaarheid’ in deze zwaar weegt. Het is voorstelbaar dat een regeling waarbij om medische redenen een duurder haarwerk kan worden aangeschaft een onevenredig zware belasting veroorzaakt in de uitvoeringspraktijk. Veel aanvragen zullen extra moeten worden getoetst. Met name hoofdhuidirritaties zullen vaak worden aangevoerd om een hogere vergoeding aan te vragen. Het CVZ adviseert daarom het voorstel aan te passen, in die zin dat – gelijk aan de huidige Rzv – één weliswaar hoger maximum vergoedingsbedrag geldt.

Voorzieningen voor de bedekking van het hoofd

Het CVZ heeft het verzoek ontvangen om de minister te adviseren ook andere voorzieningen dan een haarwerk voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Het gaat daarbij niet alleen om de mutssja (combinatie van muts en sjaal), maar ook om een pet, bandana etc.

In hoofdstuk 4a treft u de volledige beoordeling aan van deze hoofdbedekkingen. Het CVZ is van mening dat bij hoofdbedekkingen geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het gaat hier om algemeen gebruikelijke voorzieningen (kleding/modeartikelen) die niet dienen te vallen onder de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

De functiegerichte omschrijving dient daarom zo te worden omschreven dat dergelijke hulpmiddelen niet onder de te verzekeren prestatie vallen. In het voorstel heeft het CVZ hiervoor een oplossing gevonden door in geval van haar alleen te spreken van hulpmiddelen ter geheel of gedeeltelijke *vervanging* van de anatomische eigenschappen van haar. Hulpmiddelen die het hoofd *bedekken* vallen daar niet onder.

Gelaatsprothese

• *Anatomische eigenschappen van het gelaat*

Op basis van de ICF vallen gelaatsprothesen onder verschillende classificaties, namelijk

1. structuren verwant aan beweging (botten aangezicht);
2. stem en spraak (neus),
3. oog, oor en verwante structuren (oorschelp).

De ICF spreekt niet van 'gelaat' of een vergelijkbare term.

Het CVZ is van mening dat de classificatie op dit punt onvoldoende bruikbaar is om te komen tot een heldere functiegericht omschreven aanspraak. Omdat duidelijk moet zijn dat ook de gelaatsprothese onder deze te verzekeren prestatie valt, is het CVZ van mening dat het beter is de term 'gelaat' toch in de functiegerichte omschrijving op te nemen, ook al komt deze niet voor in de ICF.

3.b.6. Financiële aspecten

Het voorstel voor de functiegerichte omschrijving van prothesen heeft alleen financiële consequenties als het gaat om de vergoeding van haarwerken. Indien de voorgestelde maximumvergoeding voor haarwerken wordt overgenomen, zal dit leiden tot een kostenstijging. De gegevens uit de GIPdatabank over 2007 laten zien dat er circa 20.600 gebruikers zijn en dat de gemiddelde kosten per gebruiker circa € 291,- bedragen. Dit bedrag ligt iets hoger dan de maximumvergoeding die op dit moment geldt voor haarwerken (€ 269,50). Dit komt omdat reparaties en een reserve exemplaar in dit bedrag zijn verwerkt.

Pakketmonitor

De kostenstijging schat het CVZ op circa € 2 miljoen (20.600 * (€ 374,00 - € 269,50)). Bij deze berekening heeft het CVZ het voorgestelde bedrag € 360,00 (2005) geïndexeerd naar het prijspeil voor 2009. De voorgestelde maximum vergoeding komt daarmee op € 374,00.

Indien de minister het advies over de maximumvergoeding overneemt, zal het CVZ in het kader van de Pakketmonitor de ontwikkelingen op het macrobudget volgen.

3.b.7. Advies

Het CVZ stelt voor de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg te wijzigen om de aanspraak op prothesen functiegericht vorm te geven.

Artikel 2.6, onder a, van de Rzv kan als volgt worden gewijzigd:

a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, zoals omschreven in artikel 2.8.;

b. zie hoofdstuk ademhaling

c. (vervalt)

d. (vervalt)

k. (vervalt)

Het CVZ stelt voor artikel 2.8 als volgt vorm te geven:

Artikel 2.8

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel a, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:
 - 1°. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen als het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
 - 2°. de mamma;
 - 3°. de stembanden;
 - 4°. het haar indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard.
 - b. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:
 - 1°. de oogbol;
 - 2°. het gelaat.
2. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onder a, sub 4°, hoger zijn dan € 374,00 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

Artikel 2.9 zie hoofdstuk ademhaling

Artikel 2.10 (vervalt)

Artikel 2.15 , eerst lid, onder c (vervalt)

Artikel 2.18 (vervalt)

Artikel 2.26, onder i (de zinsnede achter de komma vervalt).

Toelichting

Artikel 2.8 algemeen

Anatomische eigenschappen

In de ICF staat het menselijk functioneren centraal. In de ICF zijn daarom de functies en anatomische eigenschappen omschreven die van belang zijn voor het menselijk functioneren. Bij anatomische eigenschappen gaat het om de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. In dit artikel zijn de hulpmiddelen ter vervanging van anatomische eigenschappen opgenomen, te weten de prothesen. Prothesen zijn uitwendige hulpmiddelen die een afwezig of deficiënt (niet volledig ontwikkeld) lichaamsdeel geheel of gedeeltelijk vervangen. Het betreft de prothesen voor de ledematen (arm, hand, been en voet) inclusief het proximale deel (schouder, heup en bekken), de mammaprothese, gelaatsprothese, oogprothese en de haarwerkprothese.

De penisprothese maakt geen onderdeel uit van deze functiegerichte omschrijving. Een uitwendige penisprothese kan tot de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden behoren (artikel 2.4 van het Bzv), indien dit hulpmiddel nodig is voor het slagen van de real-life-experience van transseksuelen. Ook gebitsprothesen vallen niet onder deze functiegerichte omschrijving. Gebitsprothesen zijn als te verzekeren prestatie ondergebracht bij de mondzorg (artikel 2.7 van het Bzv).

Redelijkerwijs aangewezen

Een verzekerde dient redelijkerwijs te zijn aangewezen op een bepaald type prothese. Hierbij spelen de individuele omstandigheden van de persoon - het activiteitsniveau en de deelname aan het maatschappelijk verkeer - een belangrijke rol. De individuele omstandigheden geven de doorslag bij de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een prothese in speciale uitvoering (bijv. een badprothese of een prothese met microprocessor gestuurd gewricht). Bij een aanvraag dient de vraag te worden beantwoord of een bepaald type prothese - gezien de zorgbehoefte van de verzekerde - een adequate voorziening is.

Reserve-exemplaar

De mogelijkheid bestaat om een reserve-exemplaar van een prothese te verstrekken of te vergoeden, indien dit redelijkerwijs is aangewezen. Een reserve-exemplaar kan redelijkerwijs zijn aangewezen, als de verzekerde zonder dit hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn

voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie.

**Prothese
extremititeiten**

Eerste lid, onderdeel a, sub 1°

In geval van prothesen voor de onderste of bovenste extremititeit kan sprake zijn van niet-bekrachtigde prothesen en prothesen in bekrachtigde uitvoering. Deze laatste worden onderverdeeld in prothesen met aansturing door lichaamsbekrachtiging, aansturing door middel van een externe krachtbron (zoals de myo-elektrische handprothese) of een combinatie van beide mogelijkheden (hybride). Als typen prothesen zijn te onderscheiden: voorlopige-, definitieve- en cosmetische prothesen.

De algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken maken deel uit van een armprothese en ook een stompkous of liner maakt in veel gevallen deel uit van de prothesevoorziening. Deze hulpmiddelen behoren tot deze functiegerichte omschrijving, omdat anders geen sprake zou zijn van functionerende hulpmiddelen. Hulp- en aanzetstukken die zeer specifiek voor de arbeidssituatie nodig zijn, vallen niet onder de omschrijving in deze bepaling.

Mammaprothese

Eerste lid, onderdeel a, sub 2°

Een mammaprothese is geïndiceerd bij de operatieve verwijdering van de borstklier en bij het geheel of nagenoeg geheel achterwege blijven van de natuurlijke ontwikkeling van de borstklier(en). Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een individueel vervaardigde prothese, indien een gebruiksklaar exemplaar niet mogelijk dan wel redelijkerwijs niet verantwoord is. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn bij een sterke postoperatieve vervorming van de okselplooi. De verschaffing van een mammaprothese omvat niet de voorlopige prothese, die kort na een operatie wordt verstrekt gedurende het genezingsproces. Deze laatstbedoelde prothese is als verbandmateriaal aan te merken en maakt deel uit van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

Een bustehouder is algemeen gebruikelijk. Indien een dergelijk kledingstuk wordt aangevraagd in verband met het dragen een mammaprothese, dan dienen de aanschaffingskosten te worden aangemerkt als kosten van normaal gebruik. De aanschaf van een bustehouder komt voor eigen rekening. Dit geldt ook voor plakstrips of hechtpleisters bij mammaprothesen. Een verzekerde is niet redelijkerwijs aangewezen op dergelijke hechtmiddelen, nu een bustehouder de mammaprothese evengoed op zijn plaats kan houden.

Stemprothesen en spraakversterkers

Eerste lid, onderdeel a, sub 3°

Onder de hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden vallen zowel stemprothesen als spraakversterkers. Een stemprothese kan zorgen dat spraak mogelijk is na een operatieve verwijdering van het strottenhoofd. Een spraakversterker wordt vaak in combinatie met een stemprothese gebruikt. Het gaat hierbij om het vervangen van de anatomische eigenschappen van stembanden, te weten het opwekken van trillingen waardoor stemgeluid ontstaat. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen.

Indien plaatsing of vervanging van de stemprothese in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en dient het te worden bekostigd vanuit een DBC. Als vervanging van de prothese in de eerste lijn plaatsvindt – bijvoorbeeld door de huisarts – is sprake van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg.

Haarwerken

Eerste lid, onderdeel a, sub 4°

Een haarwerk valt onder de te verzekeren prestaties als sprake is van een medische aandoening of behandeling van medische aard. Klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) is geen medische aandoening zoals bedoeld in dit artikel. Deze vorm van kaalhoofdigheid is het gevolg van normale verouderingsprocessen.

Bij verminking – bijvoorbeeld als gevolg van brandwonden – is sprake van een medische aandoening als bedoeld in de Rzv.

Algemeen gebruikelijke hulpmiddelen voor hoofddekking zoals petten, bandana's, mutsen, mutssja's behoren niet tot deze functiegerichte omschrijving, omdat geen sprake is van vervanging (van anatomische eigenschappen) van haar.

Een haarwerk moet regelmatig worden gewassen en bijgewerkt. De (kappers-)kosten die hiermee zijn gemoeid, zijn kosten van normaal gebruik. Deze kosten komen voor rekening van de verzekerde.

Oogprothese

Eerste lid, onderdeel b, sub 1°

Bij hulpmiddelen die tot doel hebben het uiterlijk van het oog – dat geen functie meer heeft of ontbreekt – te corrigeren of te reproduceren kan het gaan om volledige oogprothesen en schaalprothesen, inclusief scleralenzen met ingekleurde iris of pupil zonder visuscorrectie. Volledige oogprothesen worden toegepast als de oogbol ontbreekt, bijvoorbeeld na een operatieve verwijdering daarvan. Schaalprothesen zijn schaalvormige oogprothesen die over een ernstig misvormd

oog worden geplaatst dat geen functie meer heeft. Indien een dergelijke schaalprothese niet wordt verdragen, kan een scleralens zoals hiervoor omschreven worden aangemeten.

Gelaatsprothese

Eerste lid, onderdeel b, sub 2°

Deze te verzekeren prestatie omvat een voor de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothese ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

Een aangepast brilmontuur dat bedoeld is ter opvulling en ter camouflering van een gat in de ooghoek, kan ook worden aangemerkt als een gelaatsprothese.

Hulpmiddelen ter bevestiging van een gelaatsprothese behoren tot de te verzekeren prestaties. Deze hulpmiddelen maken een essentieel onderdeel uit van een functionerende gelaatsprothese.

3.b.8. Bestuurlijke consultatie

CG-Raad/CSO

Stemprothese

De CG-Raad/CSO vraagt om verduidelijking over de reikwijdte van het functionerend zijn van een stemprothese. Valt een reserve-stemprothese onder deze omschrijving en valt vervanging onder deze omschrijving indien sprake is van een lekkage. Ook vraagt GG-Raad/CSO zich af of bij vervanging van een stemprothese een verrichting door de eerste lijn – in de toekomst – niet voor de hand ligt.

Reactie CVZ

Een verzekerde heeft recht op een functionerend hulpmiddel. Dit betekent dat hij zonodig aanspraak kan maken op een reserve-exemplaar als hij hierop 'redelijkerwijs' is aangewezen. Dit is een individuele toetsing. Indien een verzekerde zonder zijn hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie is een verzekerde aangewezen op een reserve-exemplaar.

Naar aanleiding van de inhoudelijke consultatie die eerder heeft plaatsgevonden, heeft het CVZ al aandacht besteed aan de problematiek rond de reserve-stemprothese. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen. Verder is in het rapport opgenomen dat een stemprothese ook in de eerste lijn kan worden vervangen. Daarom blijft stemprothese onderdeel van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

CG-Raad/CSO

Contactlenzen

CG-Raad/CSO pleiten ervoor om contactlenzen die noodzakelijk zijn voor de correctie van hoornvliesbeschadigingen, door trauma's of medische ingrepen, expliciet onder de functionele omschrijving van oogprothesen te brengen.

Reactie CVZ

Het CVZ kan zich niet vinden in het voorstel van de CG-Raad/CSO om de volgende reden. Een prothese vervangt een niet aanwezig of niet functionerend lichaamsdeel. Zoals omschreven in de toelichting kan een contactlens (scleralens met ingekleurde iris of pupil) tot de functiegerichte omschrijving van oogprothesen behoren, indien het uiterlijk van het oog dat *geen functie* meer heeft corrigeert. Hoornvliesonregelmatigheden bijv. ten gevolge van keratoconus of tengevolge van littekens na hoornvliestransplantatie vormen een indicatie voor verstrekking van contactlenzen. Het gaat daarbij om lenzen die de visuele functie van het oog corrigeren. Dergelijke contactlenzen vallen niet onder de functiegerichte omschrijving van oogprothesen, maar tot de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor de visuele functie.

CG-Raad/CSO

Haarwerken

De CG-Raad/CSO pleiten ervoor de voorgestelde maximum vergoeding alleen van toepassing te laten zijn voor confectiehaarwerk. Voor maathaarwerk is helderheid over indicaties noodzakelijk via een protocollaire aanpak. Indien aan de indicatievereiste voor maathaarwerk is voldaan pleiten CG-Raad/CSO voor een volledige vergoeding van het haarwerk.

ZN

Zorgverzekeraars achten de verhoging van de maximale vergoeding van geleverde haarwerken onnodig, gezien het feit dat op dit moment 90% van de geleverde haarwerken confectiehaarwerk is en voor het huidige bedrag geleverd kan worden.

Reactie CVZ

De reacties op het voorstel van het CVZ met betrekking tot het verhogen van de maximum vergoeding voor haarwerken zijn verschillend. ZN wil weliswaar geen verhoging, maar heeft in een eerder stadium gepleit voor één maximum vergoeding. Aan dit verzoek heeft het CVZ gehoor gegeven omwille van het pakketprincipe 'uitvoerbaarheid'. CG-Raad/CSO willen wel een hogere vergoeding, maar het voorstel van het CVZ gaat hun niet ver genoeg. Zij pleiten in feite voor gedifferentieerde vergoedingen.

Het CVZ heeft zich bij het advies over de hoogte van de maximumvergoeding van haarwerken gebaseerd op een uitgebreid onderzoek. Uit dit onderzoek is gebleken dat ook confectiehaarwerk duurder is dan het huidige vergoedingsbedrag. Dit blijkt overigens ook uit het feit dat de

meeste aanvullende polissen een tegemoetkoming kennen in de kosten van haarwerken. Bovendien is bij de eerdere inhoudelijke consultatie van relevante partijen gebleken dat de meesten zich kunnen vinden in het aanpassen van de maximumvergoeding voor haarwerken. Een verhoging van de maximum vergoeding komt ook – deels – tegemoet aan de problematiek rond maathaarwerk.

Gelet op de reacties van partijen is het CVZ van mening dat het voorstel voor één hogere maximum vergoeding het meest tegemoet komt aan wat partijen willen (de gulden middenweg).

3.b.9. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de prothesen functiegericht te omschrijven.

Wat betreft de maximum vergoeding voor haarwerken heeft de ACP het volgende overwogen. Hoewel één maximum vergoeding niet volledig tegemoet komt aan de verscheidenheid aan zorgbehoeften, is de ACP van mening dat het voorstel van het CVZ redelijk is. De reden hiervan is dat het voorstel om de maximum vergoeding te verhogen al een verbetering is ten opzichte van de huidige situatie. Een hogere vergoeding is niet alleen in belang van verzekerden met een confectiehaarwerk, maar komt ook – zij het gedeeltelijk – tegemoet aan de problematiek rond maathaarwerk. Van belang is verder dat met het blijven hanteren van één maximum vergoeding er geen extra administratieve lasten ontstaan.

3.b.10. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 30 maart 2009 vastgesteld.

De reacties van partijen, het advies van de ACP en het besluit van CVZ met betrekking tot voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid zijn opgenomen in paragraaf 4a.

3.c. Hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel

3.c.1. Samenvatting

***Systemadvies:** Het CVZ adviseert de verschillende hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling op te nemen in één functiegerichte omschrijving. Hierdoor is het mogelijk dat in de toekomst innovatieve hulpmiddelen gemakkelijker instromen in het pakket, voor zover deze hulpmiddelen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De voorgestelde omschrijving vergroot de houdbaarheid van de regelgeving en leidt tot minder onnodige regels.*

3.c.2. Aanleiding

In de paragraaf hulpmiddelenzorg uit de Rzv zijn verschillende (categorieën) hulpmiddelen opgenomen die samenhangen met de ademhaling. De omschrijvingen van de verschillende hulpmiddelen in de regelgeving is zeer strikt. Hierdoor vallen hulpmiddelen met hetzelfde behandeldoel maar een ander werkingsmechanisme, niet onder de te verzekeren prestatie.

Door de hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling functiegericht te omschrijven, is het mogelijk dat innovatieve hulpmiddelen in de toekomst gemakkelijker kunnen instromen. Voorwaarde is echter wel dat deze innovatieve hulpmiddelen voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Op welke wijze het CVZ dit beoordeelt is te vinden in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' (uitgave 254, jaargang 2007). Dit geldt overigens niet alleen voor deze functiegerichte omschrijving, maar voor alle hulpmiddelen.

Het CVZ doet in deze paragraaf voorstellen om de hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling functiegericht te omschrijven.

3.c.3. Wettelijk kader

o **Besluit zorgverzekering**

In artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Op grond van artikel 2.4, eerste lid, Bzv valt de geneeskundige zorg onder de te verzekeren prestaties, zoals (onder meer) medisch specialisten die plegen te bieden.

In artikel 2.9, eerste lid, Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

o **Regeling zorgverzekering**

In onderstaande artikelen van de Rzv zijn verschillende hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als te verzekeren prestatie opgenomen.

Artikel 2.1, onder d;

De zorg in artikel 2.4 van het Bzv omvat niet:

- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.

***Artikel 2.6. onderdeel h, en artikel 2.15, lid 1, sub g:
Slijmuitzuigapparatuur***

Deze te verzekeren prestatie omvat:

Slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied, zonodig met toebehoren.

***Artikel 2.6. onderdeel h, en artikel 2.15, lid 1, sub i:
Tracheacanules***

Deze te verzekeren prestatie omvat:

Tracheacanules.

Bij een tracheotomie wordt een buisje (tracheacanule) in de luchtpijp aangebracht via een snede in de hals van de patiënt. De tracheacanule wordt gebruikt om de persoon te kunnen laten ademen als dit niet via de mond en neus gaat of wanneer langdurige beademing nodig is.

Artikel 2.6. onderdeel o, en artikel 2.21:

Apparatuur voor positieve uitademingsdruk

Deze te verzekeren prestatie omvat:

Hulpmiddelen als aangezichtsmaskers, dan wel mondstukken, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel, waarbij deze hulpmiddelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie.

Artikel 2.6. onderdeel u, en artikel 2.27:

Zuurstofapparatuur

Deze te verzekeren prestatie omvat:

- a. zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof;
- b. zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten.

Artikel 2.6. onderdeel z, en artikel 2.28:

CPAP-apparatuur

Deze te verzekeren prestatie omvat:

Hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens ademen met toebehoren, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 11, van de Rzv.

De in genoemde bijlage genoemde zorginhoudelijke criteria komen er kortgezegd op neer dat er sprake dient te zijn van een klinisch relevant obstructief slaapapneu syndroom (OSAS), waarbij conservatieve maatregelen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid.

Artikel 2.6, onderdeel v:

Longvibrators

De te verzekeren prestatie omvat longvibratoren. Volgens de toelichting op de Rzv worden longvibratoren toegepast bij chronische longpatiënten, bij wie het bronchiale slijm regelmatig moet worden verwijderd. De voorziening zou in de daarvoor in aanmerking komende gevallen de anders noodzakelijke tapotage vervangen.

De toelichting op de Rzv is op dit punt echter achterhaald. Tapotage en vibratie worden niet vaak meer toegepast voor het losmaken van slijm. Tegenwoordig worden meer actieve fysiotherapeutische technieken toegepast, namelijk het aanleren van expiratoire manoeuvres zoals slijm ophoesten en huffen (speciale techniek waarbij men krachtiger uitademt dan normaal).

Artikel 2.6, onderdeel w:

Vernevelaars met toebehoren

De te verzekeren prestatie omvat vernevelaars, die – volgens de toelichting op de Rzv – voornamelijk zijn aangewezen bij kinderen, lijdende aan mucoviscidosis met longbeschadiging.

Ook hier is de toelichting op de Rzv achterhaald. In de bestaande uitvoeringspraktijk worden vernevelaars verstrekt voor inhalatietherapie. Inhalatietherapie wordt onder meer toegepast bij astma, COPD, Cystic Fibrosis en longinfectie bij HIV/AIDS.

3.c.4. Classificatie

ISO

In de ISO 9999 zijn bovenstaande hulpmiddelen opgenomen onder de hulpmiddelen voor ademtherapie (ISO 04 03) met uitzondering van de longvibrator en de tracheacanule.

De longvibrator valt op basis van de ISO onder de stimulators (ISO 04 27) en dus niet onder de ondersteunende producten voor ademhalingstherapie. De ISO definieert de stimulators als ondersteunende producten voor het verhogen, verlagen of stabiliseren van lichaamsfuncties, door middel van 'non-orthotic' stimulators. Onder de ISO 04 27 12 vallen de vibrators, die gedefinieerd worden als hulpmiddelen die vibraties produceren met als doel om bijvoorbeeld slijm uit de longen te verwijderen.

De tracheacanule valt onder de hulpmiddelen voor tracheostomie zorg (ISO 09 15). De ISO definieert de tracheacanule als buisje dat in een opening van de luchtpijp geplaatst wordt bij personen met een tracheostomie om adem te kunnen halen.

Hoewel de longvibrator en de tracheacanule onder een andere ISO-classificatie vallen dan de hulpmiddelen voor ademtherapie, zijn deze hulpmiddelen wel degelijk gerelateerd aan de ademhaling.

ICF

Op basis van de ICF vallen alle genoemde hulpmiddelen in de categorie hulpmiddelen voor stoornissen in de functies van het ademhalingsstelsel. De ICF heeft ademhaling gedefinieerd als *'functies gerelateerd aan het inhaleren van lucht in de longen, de uitwisseling van gassen tussen lucht en bloed en het uitademen van lucht'*. Ook de functies van de spieren betrokken bij de ademhaling behoren op basis van de ICF tot de functies van het ademhalingsstelsel.

3.c.5. Functiegerichte omschrijving

Uitgaande van de ICF zou de functiegerichte omschrijving voor deze categorieën hulpmiddelen als volgt gedefinieerd kunnen worden:

"Uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel."

Bij deze functiegerichte omschrijving dient met de volgende punten rekening te worden gehouden.

- **Tracheacanules**

Tracheostoma

Tracheacanules vallen alleen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg als de vervanging daarvan plaatsvindt in de thuisituatie. De eerste plaatsing van een tracheacanule behoort te allen tijde tot de 'geneeskundige zorg' zoals medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4 van het Bzv). Dit geldt ook als de tracheacanule in de polikliniek wordt vervangen. In deze gevallen dienen de tracheacanules uit een DBC bekostigd te worden. Het CVZ stelt voor dit in de toelichting op de regelgeving te verduidelijken.

Stroomkosten

- *Zuurstofapparatuur*

In artikel 2.9, tweede lid, van het Bzv is opgenomen, dat kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald. Stroomkosten worden in het algemeen aangemerkt als kosten van normaal gebruik. Ingeval van de zuurstofconcentrator is hierop echter een uitzondering gemaakt. Op grond van de Rzv vallen deze stroomkosten onder de te verzekeren prestatie. Het CVZ stelt voor deze te verzekeren prestatie op dit moment niet te wijzigen. Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven heeft het CVZ het onderwerp 'stroomkosten' *in het algemeen* op de Signaleringslijst hulpmiddelen geplaatst. Het CVZ zal nader onderzoeken in welke gevallen en bij welke hulpmiddelen het redelijk is dergelijke kosten wel of juist niet te vergoeden.

- *CPAP/BiPAP-apparatuur*

Ook de CPAP- apparatuur (Continuous Positive Airway Pressure) en BiPAP-apparatuur (Bi-Level Positive Airway Pressure) behoren tot deze functiegerichte omschrijving.

OSAS

Voor deze apparatuur zijn op dit moment in bijlage 3 bij de Rzv gedetailleerde indicatievoorwaarden opgenomen voor de indicatie OSAS. Bij deze aandoening wordt een ademstilstand veroorzaakt doordat tijdens de slaap de spieren ontspannen, waardoor de tong en de weke delen in de keel de ademhaling blokkeren. De apparatuur zorgt voor een continue positieve luchtstroom tijdens de slaap, die voorkomt dat de bovenste luchtweg 'dichtvalt'. De patiënt ademt zelfstandig.

CBO-richtlijn

Het CVZ wil de indicatievoorwaarden zoals opgenomen in de Rzv laten vervallen. De reden hiervoor is dat met de komst van de Zvw alle hulpmiddelen moeten voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit criterium geldt altijd in combinatie met een bepaalde indicatie. Het is daarom voor deze groep hulpmiddelen niet nodig om de indicatievoorwaarden te handhaven in de Rzv. Het CVZ heeft in zijn rapport 'Duiding van de CBO-conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapaneusyndroom bij volwassenen' aandacht besteed aan de vraag welke in de richtlijn beschreven interventies kunnen worden aangemerkt als zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Dit rapport is op 23 februari 2009 door het CVZ vastgesteld.

MRA

- *Orale apparaten (OA)*

Er bestaan meerdere orale apparaten (oral appliances) voor de behandeling van OSAS. Het Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) wordt het meest toegepast. Het MRA valt niet onder de huidige te verzekeren prestaties van de Zvw, maar wel onder de voorgestelde functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling. Het CVZ heeft daarom beoordeeld of dit een gewenste consequentie is van de functiegerichte omschrijving.

Het CVZ is daarbij tot de volgende conclusie gekomen.

Bij lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is, voldoet behandeling met MRA aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat als de minister het voorstel van het CVZ overneemt deze behandeling automatisch instroomt in het te verzekeren pakket. Een uitgebreide beoordeling van behandeling met MRA is opgenomen in paragraaf 4b en bijlage 1.

Snurken

In artikel 2.1, onder d, van de Rzv is de behandeling tegen snurken met uvuloplastiek nadrukkelijk uitgesloten van de te verzekeren prestaties. Deze beperking van het pakket is in 2005 doorgevoerd, met als reden dat het gaat om een behandeling die geen geneeskundig of erkend preventief doel dient. Uit beoordeling van de orale apparatuur voor de behandeling van OSAS blijkt dat er ook apparatuur op de markt is, bedoeld om het snurken te verminderen. Het gaat daarbij om Mouth shields, soft palate lifting devices die bij OSAS niet effectief zijn. Om in lijn te blijven met het in 2005 ingezette beleid waar het gaat om de behandeling van snurken, stelt het CVZ voor om hulpmiddelen die *uitsluitend* worden toegepast ter vermindering van snurken uit te sluiten van de functiegerichte omschrijving.

The Vest

- *Longvibrators*

'The Vest' en andere 'airway clearance' systemen vallen in principe ook onder de functiegerichte omschrijving, omdat deze hulpmiddelen luchtwegklaring tot doel hebben. Het CVZ heeft deze hulpmiddelen eerder beoordeeld en kwam tot de conclusie dat deze hulpmiddelen voorsnog niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om deze reden vallen deze hulpmiddelen (nog) niet onder de te verzekeren prestatie.

Voorzetkamers	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Voorzetkamers</i> <p>Onder de functiegerichte omschrijving behoren ook voorzetkamers. Deze voorzetkamers vallen op dit moment niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg.</p> <p>Voorzetkamers worden gebruikt in combinatie met dosis-aërosolen met het doel om een reservoir te vormen waaruit het vernevelde geneesmiddel ingeademd kan worden. Ze bieden de mogelijkheid om de beschikbaarheid van het toe te dienen geneesmiddel te verhogen. Voorzetkamers komen – <i>als geneesmiddel</i> – voor vergoeding in aanmerking als zij zijn meegeregistreerd met een specifieke dosis-aërosol. Het hulpmiddel valt dan samen met het geneesmiddel onder de te verzekeren prestatie ‘farmaceutische zorg’.</p>
Toebehoren	<p>Dit geldt echter niet voor losse universele voorzetkamers. Incidenteel geeft dit problemen omdat een geneesmiddel wordt voorgeschreven waarbij geen voorzetkamer wordt meegeleverd. De functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen die samenhangen met ademhaling biedt een oplossing voor dit knelpunt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Functionerend hulpmiddel</i> <p>In de huidige Rzv is bij zuurstofapparatuur, CPAP-apparatuur, slijmuitzuigapparatuur en vernevelaars opgenomen dat ook de toebehoren tot de te verzekeren prestaties behoren. Het CVZ stelt zich op het standpunt dat zonder toebehoren niet kan worden gesproken van een <i>functionerend</i> hulpmiddel waarop aanspraak bestaat. Deze toebehoren behoeven daarom niet apart te worden genoemd, maar vallen onder de functiegerichte omschrijving.</p>
Stroomkosten	<p>Stroomkosten zijn weliswaar noodzakelijk voor het functioneren van een hulpmiddel, maar dienen te worden aangemerkt als kosten van normaal gebruik die <i>in het algemeen</i> voor eigen rekening blijven (artikel 2.9, tweede lid van het Bzv). Zoals eerder aangegeven is een uitzondering op deze regel gemaakt voor de stroomkosten bij een zuurstofconcentrator.</p>
Beademings-apparatuur	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Thuisbeademing</i> <p>Op dit moment valt apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning onder de te verzekeren prestatie ‘geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden’. Het kan gaan om nachtelijke mechanische ademhalingsondersteuning (chronische intermitterende beademing) of om ademhalingsondersteuning die dag en nacht gegeven moet worden (chronische continue mechanische ademhalingsondersteuning).</p>

Bij mechanische beademing wordt gebruik gemaakt van apparatuur om de actieve ademhaling over te nemen. Indien de voorgestelde functiegerichte omschrijving in de Rzv wordt overgenomen, valt deze apparatuur ook onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

Dit is een ongewenste situatie, omdat hierdoor U-bochtconstructies kunnen ontstaan. Apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning kan alleen onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de thuissituatie worden toegepast. Daarbij is een achterwachtfunctie vanuit een centrum voor thuisbeademing noodzakelijk.

Om deze reden is er bij de invoering van de Zvw voor gekozen dat de voor de beademing benodigde apparatuur onder de 'geneeskundige zorg' valt (artikel 2.4 van het Bzv) en niet onder de 'hulpmiddelenzorg'. Deze apparatuur wordt op dit moment bekostigd via een DBC. Het CVZ ziet geen reden om hiervan af te wijken. Daarom stelt het CVZ voor bovenstaande functiegerichte omschrijving op dit punt te verduidelijken.

- *Slijmuitzuigapparatuur*

Slijmuitzuigapparatuur wordt toegepast bij de volgende indicaties en omstandigheden:

- tracheostoma, al of niet met canule;
- terminale longziekten, al of niet postoperatief;
- progressieve neurologische/neuromusculaire aandoeningen, zoals multiple sclerose (MS), Amyotrofe laterale sclerose (ALS) en andere spierziekten;
- veel slijmproductie na grote KNO-operaties;
- terminale patiënten die veel slijm opgeven;
- prematuren (te kleine, te vroeg geboren kinderen);
- kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen of stofwisselingsziekten.

Slijmuitzuigapparatuur valt alleen onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' als de begeleiding van de patiënt is overgedragen aan de huisarts. Als de apparatuur wordt ingezet in het kader van een medisch specialistische behandeling, valt de apparatuur onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Dit is ook het geval als slijmuitzuigapparatuur nodig is bij chronische thuisbeademing (zie beademingsapparatuur).

Monitors

- *Monitors*

Op basis van de ISO classificatie behoren ook andere hulpmiddelen zoals ademhalingsmeters (o.a. babymonitors), bewakingsmonitors en saturatiemeters tot de hulpmiddelen voor ademtherapie. Deze hulpmiddelen vallen echter niet onder de functiegerichte omschrijving volgens de ICF. Immers dergelijke hulpmiddelen hebben een monitorfunctie en zullen gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel niet opheffen. Als deze hulpmiddelen in de thuissituatie worden ingezet, vallen ze te allen tijde onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist waarbij een achterwachtfunctie noodzakelijk is. Dergelijke hulpmiddelen behoren dan ook tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

3.c.6. Financiële aspecten

Jaarlijkse kosten

Voor zover is te beoordelen zullen op dit moment alleen de losse voorzetkamers en het MRA door de functiegerichte omschrijving instromen in het pakket. De voorgestelde functiegerichte omschrijving zal naar verwachting leiden tot een lichte stijging in de totale kosten van deze categorie hulpmiddelen. De verstrekking van de losse voorzetkamers zal niet of nauwelijks tot een stijging van de kosten leiden, terwijl met de instroom van het MRA naar verwachting jaarlijks maximaal € 3.7 miljoen is gemoeid (zie paragraaf 4b).

De risicoverevening hoeft niet te worden aangepast. In de toekomst zouden de kosten van deze functiegerichte omschrijving kunnen gaan stijgen indien innovatieve hulpmiddelen of nieuwe indicatiegebieden bij bestaande hulpmiddelen tot de stand van de wetenschap en praktijk gaan behoren.

Het CVZ volgt de komende jaren de ontwikkeling van de kosten van deze categorieën hulpmiddelen.

3.c.7. Advies

Artikel 2.6 en 2.9 kunnen als volgt worden gewijzigd:

Artikel 2.6

b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, als omschreven in artikel 2.9;

o. (vervalt)

u. (vervalt)

v. (vervalt)

w. (vervalt)

z. (vervalt)

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen – niet zijnde geneesmiddelen in de zin van de Geneesmiddelenwet – die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend.
2. De zorg bedoeld in het eerste lid omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
3. De zorg bedoeld in het eerste lid omvat niet:
 - a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

Artikel 2.15, eerste lid, onderdelen g en i (*vervallen*)

Artikel 2.21 (*vervalt*)

Artikel 2.27 (*vervalt*)

Artikel 2.28 (*vervalt*)

Bijlage 3 van de Rzv, onderdeel 11 (*vervalt*)

Toelichting

Artikel 2.9, eerste lid

Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder meer zuurstofapparatuur, vernevelaars, voorzetkamers, apparatuur voor positieve uitademingsdruk, slijmuitzuigapparatuur, tracheacanules, CPAP/BiPAP-apparatuur en mandibulaire repositie apparatuur (MRA). Ook stoffen – niet zijnde geneesmiddelen – die als medisch hulpmiddel² kunnen worden aangemerkt en die met de apparatuur worden toegediend vallen onder de functiegerichte omschrijving. Het moet dan wel gaan om een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een voorbeeld hiervan is zuurstof.

CPAP/BiPAP-apparatuur en MRA's dienen ter behandeling van het Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS). Bij CPAP/BiPAP-apparatuur gaat het om apparatuur die voor een continue positieve luchtstroom zorgt tijdens de slaap. De apparatuur voorkomt dat de bovenste luchtweg 'dichtvalt'. De patiënt ademt zelfstandig.

Hulpmiddelen die langdurig in de thuissituatie worden toegepast onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, waarbij een 24-uurs achterwacht vanuit het ziekenhuis of centrum voor thuisbeademing nodig is vallen onder de geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Voorbeelden hiervan zijn apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning en verschillende

² Wet op de medische hulpmiddelen

monitoren, zoals de saturatiemeter. Monitoren vallen niet onder de functiegerichte omschrijving omdat deze middelen niet leiden tot het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel.

Indien plaatsing of vervanging van de tracheacanules in het ziekenhuis of op de polikliniek plaatsvindt, is er eveneens sprake van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In geval van vervanging van een tracheacanule in de thuissituatie is sprake van een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelen die onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' vallen, dienen te worden bekostigd vanuit een DBC.

Toebehoren vallen onder de te verzekeren prestaties indien deze toebehoren noodzakelijk zijn voor het laten functioneren van deze hulpmiddelen. Voorbeelden van toebehoren zijn mondstukken en aangezichtsmaskers. Bij sluimuitzuigapparatuur gaat het bijvoorbeeld om de uitzuigcanule, patiëntenslang, vacuümslang met filter, slangenset, uitzuigpot en reinigingsmiddel.

Artikel 2.9, derde lid, onder a

Omdat apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt, is deze apparatuur uitgesloten van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. Het gaat daarbij om nachtelijke mechanische ademhalingsondersteuning (chronische intermitterende beademing) of om ademhalingsondersteuning die dag en nacht gegeven moet worden (chronische continue mechanische ademhalingsondersteuning). Het betreft apparatuur die de actieve ademhaling van de patiënt overneemt.

Artikel 2.9, derde lid, onder b

Apparatuur die alleen wordt ingezet voor het verminderen van snurken, valt niet onder de te verzekeren prestatie. Dit betekent dat behandeling met het MRA alleen mogelijk is bij aangetoonde OSAS.

3.c.8. Bestuurlijke consultatie

Stroomkosten

CG-Raad/CSO

CG-Raad/CSO vindt dat er zonder stroom geen gebruik van elektrische apparatuur mogelijk is. De noodzaak van het gebruik van specifieke apparatuur is niet algemeen gebruikelijk en daarom dienen de kosten voor stroom ook niet als algemeen gebruikelijk beschouwd te worden. CG-Raad/CSO geeft aan dat het advies niet rijmt met de signaleringslijst dat een onderzoek naar stroomkosten aankondigt.

Reactie CVZ

Het CVZ is het met CG-Raad/CSO eens dat het gebruik van hulpmiddelen niet algemeen gebruikelijk is. In artikel 2.9, tweede lid, van het Bzv is echter bepaald dat de kosten van het normale gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde blijven, tenzij in de Rzv anders is bepaald. Van oudsher worden stroomkosten gerekend tot de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Deze kunnen alleen worden vergoed als daarvoor in de Rzv een uitzonderingsbepaling is opgenomen.

Het CVZ heeft onderzoek naar stroomkosten en batterijgebruik aangekondigd omdat het onduidelijk is waarom bij het ene hulpmiddel wél stroomkosten worden vergoed en bij een andere hulpmiddel niet. De stroomkosten bij een zuurstofconcentrator komen bijvoorbeeld wel voor vergoeding in aanmerking, terwijl het batterijgebruik bij hoortoestellen voor rekening van de verzekerde komt.

Het onderzoek zal zich dus moeten richten op de vraag wanneer het ingeval van stroomkosten redelijk is te spreken van 'kosten van normaal gebruik' en wanneer niet.

In de adviezen doet het CVZ geen voorstellen voor het wijzigen van de huidige situatie. Eerst wil het CVZ zich een beter beeld vormen over de materie.

3.c.9. Adviescommissie Pakket

De ACP kan zich vinden in het voorstel van het CVZ om de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel functiegericht te omschrijven.

3.c.10. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 30 maart 2009 vastgesteld.

De reacties van partijen, het advies van de ACP en het besluit van CVZ over het MRA zijn opgenomen in paragraaf 4b.

4. Adviezen

4.a. Voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid

4.a.1. Samenvatting

Advies: Op basis van het principe noodzakelijkheid is het CVZ van mening dat voorzieningen voor de bedekking van het hoofd, zoals sjaals, mutsen, bandana's, petten en de mutssja (combinatie van een muts en sjaal), bij kaalhoofdigheid niet moeten worden opgenomen als te verzekeren prestatie.

4.a.2. Aanleiding

Op dit moment komen bij een blijvende of langdurige kaalhoofdigheid alleen haarwerken voor vergoeding in aanmerking vanuit de basisverzekering. Het CVZ heeft het verzoek gekregen om te beoordelen of ook andere voorzieningen bij kaalhoofdigheid zouden moeten worden toegelaten tot het te verzekeren pakket. Voorbeelden hiervan zijn sjaals, mutsen, bandana's, petten en de mutssja (combinatie van een muts en sjaal). Het CVZ heeft deze hoofdbedekkingen getoetst aan de pakketprincipes.

Beoordelingskader

In het rapport 'Beoordelingskader hulpmiddelenzorg' heeft het CVZ uitgewerkt op welke wijze het CVZ de verschillende pakketprincipes toetst voor de hulpmiddelen.

4.a.3. Noodzakelijkheid

Noodzakelijkheid

Voor het principe 'noodzakelijkheid' stelt het CVZ zich de vraag of de ziekte of de benodigde zorg een claim op solidariteit rechtvaardigt, gegeven de culturele context. Hierbij toetst het CVZ of sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het CVZ toetst onder andere aan de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk'. Hierbij beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

- Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
- Wordt het hulpmiddel (nagenoeg) alleen in medisch speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke (medische) deskundigheid vereist?

Algemeen gebruikelijk

Het CVZ is van mening dat bij hoeden, petten, baretten, hoofddoeken, bandana's, mutsen en sjaals (of een combinatie daarvan) sprake is van algemeen gebruikelijke voorzieningen. Deze hoofdbedekkingen zijn namelijk niet speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem. De hoofdbedekkingen zijn in het algemeen niet te koop in medische speciaalzaken, maar worden te kust en te keur aangeboden in allerlei modezaken en webwinkels. Er is geen sprake van 'aanmeting' waarvoor specifieke (medische) deskundigheid is vereist. De conclusie is dan ook dat hoofdbedekkingen algemeen gebruikelijk zijn.

**Financieel
toegankelijk**

Bij de beoordeling of het hulpmiddel financieel toegankelijk is, beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

- Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke middelen?
- Zijn de kosten (of de meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt?
 - Betreft het een voorzienbaar veel voorkomend functioneringsprobleem?
- Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparings- of kwaliteitsaspecten meespelen?

Grote variatie

De eerste vraag is niet aan de orde, omdat het al om een algemeen gebruikelijke voorziening gaat.

De tweede vraag betreft de financiële toegankelijkheid van de hoofdbedekkingen. Er is een grote variatie in hoofdbedekkingen. Hierdoor kan men de aanschaf zo goedkoop of duur maken als men zelf wil. De prijzen variëren van € 10,- tot € 15,- voor sjaals en bandana's en € 15,- tot € 30,- voor mutssja's, mutsjes en petten. Op maat gemaakte of speciaal ontworpen hoeden zijn in het algemeen duurder. Er is geen sprake van meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering. Het CVZ is van mening dat een hoofdbedekking voor een ieder financieel toegankelijk is.

De derde vraag gaat in op de relatie met andere te verzekeren prestaties. Hoofdbedekkingen ingeval van kaalhoofdigheid, zijn gerelateerd aan de te verzekeren prestatie haarwerken. Het is echter de vraag of er besparingseffecten zullen optreden als deze voorzieningen worden toegelaten tot het te verzekeren pakket. Er zou alleen sprake kunnen zijn van een besparing als een verzekerde *tevorens* beslist geen haarwerk aan te schaffen, maar een alternatief in de vorm van een hoofdbedekking.

Echter niet uit te sluiten is, dat een deel van deze groep ook onder de huidige regeling afziet van het aanvragen van een haarwerk en ook nu zelf een alternatief aanschaf, voor zover men daarover niet al beschikt.

**Besparing te
verwaarlozen**

Verder zijn er verzekerden die een hoofdbedekking *naast* een haarwerk aanschaffen. Het is voorstelbaar dat verzekerden niet de gehele dag een haarwerk willen dragen. Ook komt het voor dat verzekerden met name 's nachts voor een alternatieve hoofdbedekking kiezen tegen kou of tocht. Het CVZ verwacht daarom dat een mogelijke besparing te verwaarlozen zal zijn.

**Conclusie
noodzakelijkheid**

Het CVZ concludeert op basis van de weging van de verschillende criteria dat bij hoofdbedekkingen geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het gaat hier om algemeen gebruikelijke voorzieningen (kleding/modeartikelen)

die niet dienen te vallen onder de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

Hiermee dient rekening te worden gehouden bij de vormgeving van de functiegerichte omschrijving van de te verzekeren prestatie prothesen (zie paragraaf 3b).

Overige principes

Zoals in het beoordelingskader hulpmiddelenzorg opgenomen, laat het CVZ beoordeling van de overige principes achterwege indien niet is voldaan aan het principe 'noodzakelijkheid'. Omdat het CVZ voorziet dat deze problematiek tot discussie zal leiden bij partijen heeft het CVZ nog wel aandacht besteed aan het pakketprincipe uitvoerbaarheid.

4.a.4. Uitvoerbaarheid

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van het verstrekken van alternatieve hoofdbedekkingen wijst het CVZ op de volgende aspecten.

- Regeltechnisch
Indien alternatieve hoofdbedekkingen wel zouden worden toegelaten tot het te verzekeren pakket dan dient de functiegerichte omschrijving van de te verzekeren prestatie 'prothesen' anders te worden vormgegeven. Om beheersing van de kosten te ondervangen, dient te worden vastgelegd dat – ingeval een verzekerde kiest voor een hoofdbedekking – er geen aanspraak bestaat op een haarwerk. Een verzekerde dient zich daar terdege van bewust te zijn. De vraag is verder of kan worden volstaan met één maximum vergoeding en op hoeveel hoofdbedekkingen een verzekerde aanspraak heeft. Een en ander leidt tot meer gedetailleerde regelgeving.
- Uitvoeringspraktijk
In een naturapolis zullen zorgverzekeraars contracten moeten sluiten met winkels die hoofdbedekkingen verkopen. Als een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde leverancier wendt riskeert hij/zij een strafkorting op de vergoeding. Juist bij de aanschaf van hoofdbedekkingen zal een verzekerde optimale keuzevrijheid wensen.
De vraag is verder waar precies aanspraak op bestaat ingeval een verzekerde kiest voor een hoofdbedekking. Hoofdbedekkingen en haarwerken zijn – ook qua gebruiksduur en prijs – niet vergelijkbaar;
- PGB
De voorgaande problematiek is wellicht op te lossen door deze te verzekeren prestatie op grond van artikel 14a Zvw aan te wijzen als zorg waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd een persoonsgebonden budget kan verstrekken. Ook dan dient te worden bekeken hoe hoog een dergelijk PGB mag zijn. Voor de prijs van een haarwerk, kan een verzekerde immers meer hoofdbedekkingen aanschaffen dan redelijkerwijs nodig is.

4.a.5. Maatschappelijke discussie

Het CVZ is zich ervan bewust dat op verschillende wijzen tegen deze problematiek kan worden aangekeken. Ook bij de inhoudelijke consultatie is dit gebleken. Op dit punt zijn diverse partijen gevraagd hun reactie geven, onder meer de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, brancheorganisatie van leveranciers van haarwerken en de Stichting Hoofdzakengids. De meningen van deze partijen lopen uiteen.

Hoewel het voorstelbaar is dat juist patiënten een voorstander zijn van de opnemings van alternatieve hoofdbedekkingen in het te verzekeren pakket is dat bij de inhoudelijke consultatieronde niet gebleken. Dit neemt niet weg dat individuele personen het als onrechtvaardig kunnen ervaren dat – als zij afzien van het aanvragen van een haarwerk – de kosten van alternatieve hoofdbedekkingen volledig voor eigen rekening komen. Enkele partijen hebben erop gewezen dat meer keuzevrijheid past in de gedachte achter de functiegerichte omschrijving.

4.a.6. Advies

Het CVZ is van mening dat het pakketprincipe noodzakelijkheid van doorslaggevende betekenis is bij deze beoordeling. Op basis van dit principe – aangevuld met de uitvoeringstechnische problematiek – is het CVZ van mening dat voorzieningen voor de bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid niet moeten worden opgenomen als te verzekeren prestatie.

4.a.7. Bestuurlijke consultatie

CG-Raad/CSO

CG-Raad/CSO zijn van mening dat voorzieningen die dezelfde functionaliteit hebben en kosteneffectief zijn onder de te verzekeren prestatie zouden moeten vallen. Het uitsluiten van alternatieve hoofdbedekkingen – in plaats van een haarwerk – is naar mening CG-Raad/CSO om deze reden niet mogelijk.

ZN

Zorgverzekeraars vinden de uitwerking van de functiegerichte omschrijving bij kaalhoofdigheid te beperkend. Zorgverzekeraars staan niet onwelwillend tegenover het verzoek van de Stichting Hoofdzakengids om een alternatieve hoofdbedekking te verstrekken als voldaan is aan enkele voorwaarden. Zij verzoeken het CVZ dit advies te heroverwegen.

Reactie CVZ

Uit de inhoudelijke en bestuurlijke consultatie is gebleken dat de meningen van relevante partijen omtrent het wel of niet vergoeden van hulpmiddelen zoals de mutssja, muts etc, verdeeld zijn. Het CVZ blijft bij zijn standpunt dat financieel toegankelijke algemeen gebruikelijke zaken niet voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking zouden moeten komen.

4.a.8. Adviescommissie Pakket

Het advies om voorzieningen voor de bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid, zoals mutsen, petten en de mutssja (combinatie van muts en sjaal) niet op te nemen als een te verzekeren prestatie, betreft naar de mening van de ACP een principieel punt. Voorzieningen die én algemeen gebruikelijk én financieel toegankelijk zijn, moeten naar de mening van de ACP niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hiervan zou een ongewenste precedentwerking uitgaan. De ACP adviseert daarom de voorzieningen voor bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid niet toe te laten tot het te verzekeren pakket.

4.a.9. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies - gehoord de ACP - in zijn vergadering van 30 maart 2009 vastgesteld.

4.b. Mandibulair repositie apparaat

4.b.1. Samenvatting

Advies: Het CVZ ziet geen aanleiding om te adviseren het MRA uit te sluiten als een te verzekeren prestatie in het kader van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

Mocht de minister voorsnog niet overgaan tot functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, adviseert het CVZ de minister het MRA op te nemen als een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg voor de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is.

4.b.2. Onderwerp

Eerder in dit rapport heeft het CVZ een voorstel gedaan om de verschillende hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling op te nemen in één functiegerichte omschrijving. Op basis van een literatuurstudie concludeert het CVZ dat voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP (continuous positive airway pressure)³ behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is, behandeling met mandibulair repositie apparaat⁴ (MRA) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien de minister het voorstel tot functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel overneemt, maakt het MRA deel uit van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. In deze paragraaf vindt een beoordeling plaats van het MRA aan de pakketprincipes.

Mandibulair repositie apparaat

De Vereniging van Orthodontisten (VvO) dringt er bij het CVZ op aan het MRA in te voeren als hulpmiddel bij de behandeling van OSAS.

Een MRA fixeert de onderkaak, door middel van een aan het gebit verankerde beugel, in een voorwaartse stand. Hierdoor wordt de luchtpijp verder geopend, zodat een verstoring van de luchtstroom wordt voorkomen.

³ CPAP is de afkorting van Continuous Positive Airway Pressure, 'voortdurend positieve druk in de ademwegen'. Het is een vorm van ondersteuning van de ademhaling bij mensen met longproblemen maar ook bij mensen die lijden aan slaapapneu. Om deze voortdurende positieve druk in de ademwegen te bereiken gebruikt men hiervoor kleine apparaten met daarin een pomp, die een regelbare druk geven. Op de pomp is een flexibele slang aangesloten aan het uiteinde daarvan bevindt zich een masker, dat ofwel alleen de neus of neus en mond bedekt.

⁴ Mandibulaire repositie apparaten zijn tandheelkundige beugels die gebruikt worden om bij patiënten met het obstructieve slaapapneu syndroom en snurkproblemen de onderkaak en de daarmee verbonden weke delen naar voren te houden. Hierdoor wordt de vernauwde bovenste luchtweg bij deze patiënten verruimd en treedt tijdens de slaap een verbetering van de luchtpassage op.

4.b.3. Wet- en regelgeving

Hulpmiddelenzorg In artikel 2.9 van het Bzv is hulpmiddelenzorg genoemd als te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. In artikel 2.6 van de Rzv zijn deze aangewezen middelen genoemd. MRA's vallen niet onder één van de categorieën hulpmiddelen in dit artikel.

Mondzorg In artikel 2.7 van het Bzv is mondzorg genoemd als te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Ernstige OSAS kan een indicatie geven voor bijzondere tandheelkunde zoals opgenomen onder artikel 2.7, eerste lid onder c. Tot nu toe heeft het CVZ, in het kader van verstrekkingengeschillen, geoordeeld dat MRA's onvoldoende bewezen effectief zijn bij ernstige OSAS.

4.b.4. Standpunt

Geen te verzekeren prestatie Het CVZ concludeert dat MRA's geen te verzekeren prestatie zijn op grond van artikel 2.6 van de Rzv of artikel 2.7 van het Bzv.

4.b.5. Pakketbeoordeling

Het CVZ heeft beoordeeld of er aanleiding is de minister te adviseren om de te verzekeren prestaties in het kader van de hulpmiddelenzorg uit te breiden met het MRA.

Bij de pakketbeoordeling gaat het CVZ uit van de pakketprincipes:

- noodzakelijkheid;
- effectiviteit;
- kosteneffectiviteit;
- uitvoerbaarheid.

Het CVZ heeft in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg de pakketprincipes nader uitgewerkt voor de beoordeling van de hulpmiddelenzorg.

Beoordeling De beoordeling van het MRA vindt mede plaats op basis van de literatuurstudie 'Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk Mandibulair Repositie Apparaat bij OSAS'. Deze studie is als bijlage bij dit rapport opgenomen.

Noodzakelijkheid Voor het principe 'noodzakelijkheid' stelt het CVZ zich de vraag of de ziekte of de benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt, gegeven de culturele context. Hierbij toetst het CVZ of sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het CVZ toetst onder andere aan de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk'.

Hierbij beantwoordt het CVZ de volgende vragen:

- Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
- Wordt het hulpmiddel (nagenoeg) alleen in medisch speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke (medische) deskundigheid vereist?

➤ *Algemeen gebruikelijk:*

Het MRA is bedoeld voor patiënten met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is. Daarnaast is voor het aanmeten van het MRA specifieke medische deskundigheid van arts en tandarts of tandarts-specialist noodzakelijk. Ook voor controle bij de behandeling is deskundigheid van arts en tandarts of tandarts-specialist van belang.

Conclusie algemeen gebruikelijk

Het CVZ is van mening dat het MRA niet is aan te merken als een algemeen gebruikelijke voorziening en dat specifieke deskundigheid vereist is van arts en tandarts of tandarts-specialist.

➤ *Financieel toegankelijk*

Een MRA kost ongeveer € 750. Het MRA substitueert in beperkte mate voor CPAP-behandeling. Het gaat dan met name om patiënten die een CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of patiënten bij wie de CPAP-behandeling niet succesvol is.

Conclusie financieel toegankelijk

Het CVZ is van mening dat er gezien de kosten van het MRA geen sprake is van financiële toegankelijkheid.

Effectiviteit

➤ *Effectiviteit*

Het CVZ heeft een literatuurstudie uitgevoerd naar de stand van de wetenschap en praktijk van het MRA bij OSAS. Uit de studie, 'Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk Mandibulair repositie Apparaat bij OSAS', blijkt dat voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is behandeling met het MRA aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Conclusie effectiviteit

Het CVZ is van mening dat het MRA is aan te merken als een effectief hulpmiddel bij de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is gebleken.

Kosteneffectiviteit

Er zijn geen gegevens over kosteneffectiviteit van het MRA beschikbaar.

Uitvoerbaarheid

Bij het principe uitvoerbaarheid gaat het om de vraag of opname in het pakket haalbaar en houdbaar is. Een belangrijk element daarbij is de financiële haalbaarheid.

Hieronder volgt een indicatie van de kosten van het MRA als een te verzekeren prestatie. Een indicatie is slechts te geven op grond van een aantal aannames. In Nederland komt OSAS bij ongeveer 50.000 mensen voor. Over de verdeling lichte, matige en ernstige OSAS is geen concrete informatie beschikbaar. Uit studies komt echter een verdeling naar voren van ongeveer 27%, 21% en 52% (licht, matig, ernstig).

De ernst van OSAS is gedefinieerd op basis van slaperigheid en apneu-hypopneu index (AHI). Het gaat in deze index om het gemiddelde aantal apneus en hypopneus per uur slaap.

Licht OSAS	AHI 5-15 en klachten
Matig/ernstig OSAS	AHI 15-30 en klachten
Ernstig OSAS	AHI >30 en klachten

Indien op grond van deze gegevens een berekening wordt gemaakt van de aantallen in Nederland ontstaat de volgende verdeling:

- o licht 13.500
- o matig 10.500
- o ernstig 26.000

In Nederland waren er in 2007 13.400 patiënten die een CPAP-behandeling ondergaan. Indien men deze patiënten in mindering brengt op het aantal van 26.000 patiënten met ernstige OSAS resteren 12.600 patiënten met ernstige OSAS die op een andere wijze worden behandeld of mogelijk in aanmerking komen voor een MRA.

Het is aannemelijk dat er ook patiënten met matige OSAS een CPAP-behandeling ondergaan. Voor de vaststelling van het aantal potentiële MRA-gebruikers is het niet van belang hier rekening mee te houden omdat dit slechts een andere verhouding laat zien tussen patiënten met matige en ernstige OSAS die in aanmerking komen voor een MRA, het totaal blijft gelijk.

Er vanuit gaande dat alle patiënten met lichte, matige en ernstige OSAS (die geen CPAP-behandeling ondergaan) mogelijk in aanmerking komen voor een MRA en er rekening mee houdend dat bij ongeveer een derde van de patiënten een MRA niet kan worden vervaardigd vanwege beperkingen in de gebitssituatie van de patiënt, resteren de volgende aantallen;

- o licht 9.000
- o matig 7.000
- o ernstig 8.400

In totaal zou het dan gaan om 24.400 potentiële patiënten waarvoor het MRA een bijdrage kan leveren in het verminderen van de klachten.

Uitgaande van gemiddelde kosten van € 750 voor een MRA en een gebruiksduur van 5 jaar, gaat het in totaal om maximaal een bedrag van $(24.400 \times € 750) / 5 = € 3,7$ miljoen jaarlijks. In de praktijk zal dit bedrag naar verwachting lager uitvallen. Het is niet reëel te veronderstellen dat alle patiënten met lichte, matige en ernstige OSAS (die geen CPAP-behandeling ondergaan) en voor wie de gebitssituatie geen belemmering vormt zullen opteren voor een MRA.

Er moet rekening worden gehouden met een 'inhaaleffect' waardoor de jaarlijkse kosten in het begin mogelijk hoger uitvallen.

Conclusie uitvoerbaarheid

Het CVZ is van mening dat de kosten die gemoeid zijn met opname van het MRA als te verzekeren prestatie geen reden zijn van een positief advies af te zien.

4.b.6. Advies

Gebaseerd op bovenstaande overwegingen ziet het CVZ geen aanleiding om het MRA uit te sluiten als een te verzekeren prestatie in het kader van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

Mocht de minister voortsnog niet overgaan tot functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, adviseert het CVZ de minister het MRA op te nemen als een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg voor de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is.

4.b.7. Bestuurlijke consultatie

ZN

Zorgverzekeraars zijn het eens met de opname van het MRA als te verzekeren prestatie. Zij vragen zich echter af of het MRA niet onderdeel zou moeten uitmaken van de geneeskundige zorg vanwege de noodzaak tot regelmatige controle omdat de stand van de kaak door de beugel verandert.

Reactie CVZ

Het CVZ neemt aan dat ZN bedoelt dat de MRA tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zou moeten behoren, dit ter afbakening van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Het CVZ deelt de mening van ZN echter niet. Hulpmiddelen waarbij de behandeling met een bepaald hulpmiddel langdurig (oftewel oneindig) is, behoren in het algemeen – ongeacht of er sprake is van regelmatige controle – tot de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Ingeval van een MRA zal het overigens vaak de tandarts of orthodontist zijn, die de MRA aanmeet en regelmatig het gebit controleert. Het CVZ is van mening dat de MRA – gelijk aan CPAP-apparatuur – niet tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden' behoort, maar tot de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

4.b.8. Adviescommissie Pakket

De ACP is het eens met het voorstel van het CVZ om het MRA toe te laten tot het te verzekeren pakket. Dit is in lijn met het CVZ-rapport 'Duiding van de CBO-conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapaneusyndroom bij volwassenen' van 23 februari jl.

4.b.9. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 30 maart 2009 vastgesteld.

4.c. Elektronische oriënteringshulpmiddelen

4.c.1. Samenvatting

Advies: Het CVZ was voornemens een advies uit te brengen over elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. Reacties op het conceptadvies zijn voor het CVZ aanleiding geweest om het onderzoek van het UMCG – waarop de toetsing van het pakketprincipe ‘effectiviteit’ mede was gebaseerd – buiten beschouwing te laten. Als gevolg daarvan concludeert het CVZ dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de mate waarin elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten een bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie van deze doelgroep. Het CVZ ziet het in eerste instantie als een verantwoordelijkheid van fabrikanten om dergelijke gegevens aan te leveren. Het is voor het CVZ door het ontbreken van gegevens niet mogelijk op dit moment een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen.

Elektronische Oriënteringshulpmiddelen

GPS

4.c.2. Onderwerp

De toenmalige Federatie Slechtzienden- en Blindenbelang (nu Viziris) heeft het CVZ gevraagd de minister van VWS te adviseren om de te verzekeren prestaties in het kader van de hulpmiddelenzorg uit te breiden met de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. Bij elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten kan onderscheid worden gemaakt tussen omgevingsgebonden oriënteringshulpmiddelen⁵ en op zichzelf staande oriënteringshulpmiddelen⁶. In deze beoordeling gaat het om op zichzelf staande elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten gebaseerd op het ‘Global Positioning System’ (GPS).

Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten geven informatie over de positie waar men zich bevindt en over de route die men dient te volgen om het einddoel te bereiken. Het doel van deze hulpmiddelen is de zelfstandige mobiliteit en de actieradius van personen met een visuele beperking te vergroten.

⁵ Omgevingsgebonden oriënteringshulpmiddelen geven de individuele gebruiker informatie over zijn positie in de omgeving en/of ten opzichte van een einddoel met behulp van informatie bakens die in een bepaald gebied of gebouw zijn aangebracht.

⁶ Persoonsgebonden elektronische oriënteringshulpmiddelen geven de individuele gebruiker informatie over zijn positie in de omgeving en/of ten opzichte van een einddoel met behulp van digitale navigatieapparatuur op basis van GPS.

Er zijn verschillende elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten verkrijgbaar. Bekende elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zijn de Victor Trekker, de Wayfinder Access en de Loadstone GPS.

Victor Trekker

De Victor Trekker is een totaaloplossing welke gebruik maakt van een standaard Personal Digital Assistant (PDA). Het systeem bestaat uit een standaard PDA, met een tactiel toetsenbord, welke in een band om de hals wordt gedragen samen met een GPS antenne en een extra luidspreker. De Victor Trekker maakt gebruik van (wegen)kaarten van Navteq. De kosten van de Victor Trekker bedragen € 1.695,-.

Wayfinder Access

Wayfinder Access is een "software-only" pakket. Om een werkend systeem te krijgen is een mobiele telefoon met datatoegang nodig op het besturingssysteem Symbian s60v2 of s60v3, een bluetooth GPS ontvanger en schermleessoftware Mobile Speak of Nuance Talks. Wayfinder maakt gebruik van (wegen)kaarten van Tele Atlas. De kosten bedragen € 399,-.

Loadstone GPS

Loadstone GPS is gratis te downloaden van www.loadstone-gps.com. Om een werkend systeem te krijgen is een mobiele telefoon met datatoegang nodig op het besturingssysteem Symbian s60v2 of s60v3, een bluetooth GPS ontvanger en schermleessoftware Mobile Speak of Nuance Talks. De Loadstone maakt geen gebruik van kaarten. Bestemmingen worden "hemelsbreed" weergegeven in afstand en richting.

4.c.3. Wet- en regelgeving

In artikel 2.9 van het Bzv is hulpmiddelenzorg genoemd als te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. In artikel 2.6 van de Rzv zijn deze aangewezen middelen genoemd. Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten vallen niet onder één van de categorieën hulpmiddelen in dit artikel.

4.c.4. Standpunt

Geen te verzekeren prestatie

Het CVZ concludeert dat elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten op dit moment geen te verzekeren prestatie zijn op grond van artikel 2.6 van de Rvz.

PGB experiment

In het artikel 2.16a, onder a, van het Bzv heeft de minister, bij wijze van experiment, hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking, aangewezen als vorm van zorg waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd een persoonsgebonden budget (PGB) verstrekt. Met een PGB moet het gemakkelijker zijn een andere uitvoering van een hulpmiddel te kopen, mits dit hulpmiddel dezelfde functie vervult als het hulpmiddel waarvoor de verzekerde is geïndiceerd. Door deze functiegerichte benadering, is er ruimte voor een iets bredere zorginhoudelijke interpretatie bij de toekenning van een PGB voor visuele hulpmiddelen.

De functie van een blindengeleidehond is in de Rzv als volgt omschreven: 'blindengeleidehonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen'. Een verzekerde kan ervoor kiezen zijn mobiliteits- en oriënteringsprobleem op te lossen door het PGB aan te wenden voor andere hulpmiddelen die dezelfde functie vervullen. Voorstelbaar is dat verzekerde een geleidestok met sonar én een elektronisch oriënteringshulpmiddel aanschaft. Deze hulpmiddelen vallen niet onder de te verzekeren prestaties, maar dragen wel bij aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer. De gezamenlijke functies van deze twee hulpmiddelen is vergelijkbaar met de functies die een blindengeleidehond vervult. Hiermee is niet gezegd dat deze hulpmiddelen een volwaardig alternatief bieden voor een blindengeleidehond, maar wel dat een verzekerde keuze heeft.

Keuzevrijheid

4.c.5. Pakketbeoordeling

Het CVZ heeft een conceptbeoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten opgesteld. Deze beoordeling vond mede plaats op basis van het onderzoek "Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor blinden en slechtzienden: Inventarisatie en Bruikbaarheidsbeoordeling" dat het UMCG in opdracht van het CVZ heeft uitgevoerd. Het onderzoek richt zich op een praktijkevaluatie van de Victor Trekker en de toetsing van een indicatie- en verstrekingsprotocol. Uit dit onderzoek zou kunnen worden afgeleid dat elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten door tekortkomingen van de apparatuur slechts in beperkte mate bijdragen aan de vermindering van het participatieprobleem. In de conceptbeoordeling concludeerde het CVZ daarom aanvankelijk dat bij de huidige generatie elektronische oriëntatiehulpmiddelen sprake was van onvoldoende effectiviteit. Harde gegevens over de effectiviteit van het hulpmiddel ontbreken echter.

Beoordeling

Deze conceptbeoordeling heeft het CVZ voorgelegd aan belanghebbende partijen. Een aantal partijen heeft opgemerkt dat het onderzoek waarop het CVZ de beoordeling voor een deel had gebaseerd zich niet leent voor een beoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten omdat het onderzoek niet was bedoeld om de effectiviteit van de apparatuur aan te tonen. Het CVZ onderkent de beperkingen van het onderzoek van het UMCG voor een beoordeling van elektronische oriënteringshulpmiddelen maar heeft er aanvankelijk voor gekozen – bij gebrek aan andere onderzoeksgegevens – gegevens van de evaluatie van de Viktor Trekker uit het onderzoek van het UMCG bij de beoordeling te betrekken.

Onvoldoende gegevens

Het CVZ kan zich echter vinden in de kritiek van belanghebbende partijen over het betrekken van het onderzoek van het UMCG bij de beoordeling van elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. Het CVZ heeft daarom besloten het onderzoek van het UMCG buiten de beoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten te houden. Dit betekent dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten te toetsen aan de pakketprincipes.

Het CVZ kan daarom nu geen advies over elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten uitbrengen. Een advies is pas mogelijk indien het CVZ beschikt over voldoende gegevens over het effect van elektronische oriënteringshulpmiddelen. Met andere woorden, het CVZ dient te beschikken over gegevens waaruit blijkt in welke mate elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten de maatschappelijke participatie bevorderen.

Beoordelingskader hulpmiddelenzorg

In het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg is aangegeven dat voor welzijnsgerelateerde hulpmiddelen wetenschappelijke bewijsvoering niet aan de orde is, maar op enigerlei wijze moet duidelijk worden gemaakt dat het hulpmiddel een wezenlijke bijdrage levert aan, in deze situatie, de mobiliteit of oriëntatie van visueel gehandicapten. Aan de hand van bijvoorbeeld een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek kan hierop een antwoord worden gegeven. Deze onderzoeken zijn bij voorkeur gepubliceerd. Het CVZ ziet het in eerste instantie als een verantwoordelijkheid van fabrikanten om dergelijke informatie aan te leveren.

Bewijslast

Een en ander heeft tot gevolg dat het CVZ op dit moment geen advies uitbrengt over elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten.

4.c.6. Advies

Door gebrek aan informatie over de mate waarin elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten een bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie van visueel gehandicapten is het voor het CVZ niet mogelijk een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen.

4.c.7. Bestuurlijke consultatie

CG-Raad/CSO

De CG-Raad/CSO geven aan ongelukkig te zijn met de ontwikkelingen rond de beoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. En geven aan dat de beoordeling niet gezien kan worden als de laatste stand van zaken. Daarnaast merken de CG-Raad/CSO op dat de insteek waar het CVZ voor heeft gekozen niet leidt tot duidelijkheid en condities om de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten te verstrekken. Tot slot wijzen CG-Raad/CSO de concentratie op de vraag 'wie heeft er geen baat bij?' af.

Reactie CVZ

Het CVZ voert beoordelingen van hulpmiddelen uit zoals beschreven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Juist door het ontbreken van voldoende en adequate gegevens over de effectiviteit van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten is het voor het CVZ niet mogelijk een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen. Een advies is pas mogelijk is indien het CVZ beschikt over voldoende (actuele) gegevens over het effect van deze hulpmiddelen. Dat het niet uitbrengen van een advies geen duidelijkheid geeft over de condities voor verstrekking van deze hulpmiddelen is onjuist.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zijn geen te verzekeren prestatie en dat blijft ongewijzigd. Onder bepaalde voorwaarden kan men hier wel voor in aanmerking komen via het PGB-experiment. Het CVZ herkent zich niet in de opmerking dat het hoofdstuk over de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zich concentreert op de vraag 'wie heeft er geen baat bij'. De insteek van het CVZ is of er voldoende gegevens beschikbaar zijn om een weloverwogen beoordeling te kunnen uitvoeren. Die gegevens ontbreken op dit moment.

Overigens hebben andere partijen in de bestuurlijke consultatieronde geen opmerkingen gemaakt over de paragraaf 'Elektronische oriënteringshulpmiddelen'.

4.d. ICT-hulpmiddelen bij dyslexie

4.d.1. Samenvatting

Advies: Het CVZ adviseert de minister een interdepartementaal traject te starten om samen met OC&W en SZW na te gaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen – waaronder de Daisy-speler – voor dyslectici kan worden verbeterd en daarmee het onderwijs aan deze doelgroep.

4.d.2. ICT-hulpmiddelen voor dyslectici

➤ Daisy-speler

Daisy staat voor Digital Accessible Information System. Daisy is een systeem waarbij gesproken boeken worden geleverd op CD in Daisy-formaat. Daisy-luisterboeken hebben de volgende kenmerken:

- het hele boek staat op één CD;
- de gebruiker kan snel zoeken op bijvoorbeeld hoofdstuk, paragraaf of paginanummer;
- de gebruiker kan bladwijzers aanmaken;
- de snelheid van het voorlezen kan worden ingesteld;
- het boek gaat verder waar men gebleven was, ook als men tussendoor naar een ander boek luisterde.

De Daisy-techniek werd oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met een visuele handicap. Inmiddels maken ook mensen met een andere (lees-)handicap – zoals dyslexie, afasie, een verstandelijke of motorische handicap – gebruik van dit systeem. Daisy-CD's worden beluisterd met een Daisy-speler of met speciale Daisy-software op een PC.

De Daisy-speler is in 2003 in het basispakket opgenomen. De eerste jaren daarna signaleerde het CVZ een aantal problemen met betrekking tot deze verstrekking. Het ging daarbij onder meer om het feit dat de indicatiecriteria in de Rzv te beperkt zouden zijn. Vandaag de dag hebben de gesignaleerde knelpunten voornamelijk betrekking op de strenge voorwaarden die worden gehanteerd bij de verstrekking van deze apparatuur aan dyslectici.

Naast de Daisy-speler zijn er nog andere ICT-hulpmiddelen voor dyslectici op de markt. Bij het CVZ lag al eerder het verzoek om de ReadingPen tot het pakket toe te laten. Recent is het verzoek gekomen om naast Daisy-programmatuur ook andere programmatuur speciaal voor dyslectici toe te laten.

DAISY-structuur

Knelpunten

Studiemaatje	<p>➤ <u>ReadingPen</u> De ReadingPen – op meerdere sites aangeprezen als het handige studiemaatje – is een microcomputer in de vorm van een pen die Nederlandse en Engelse woorden kan scannen en uitspreken. De gebruiker ‘sleept’ de pen over de te lezen tekst. Het resultaat verschijnt in het leesvenster en wordt voorgelezen. De ReadingPen is speciaal ontwikkeld voor mensen met dyslexie. Deze pen is vooral bedoeld voor leerlingen die lichtere leesproblemen hebben, maar zo nu en dan hulp nodig hebben om moeilijke woorden te kunnen lezen. De pen is minder geschikt voor het lezen van grote hoeveelheden tekst. De ReadingPen valt niet onder de te verzekeren prestaties van de Zvw.</p>
Veel mogelijkheden	<p>➤ <u>Speciale software voor dyslectici</u> Er is verschillende software op de markt speciaal voor dyslectici. Het gaat daarbij om:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ voorleessoftware (ook wel: tekst-naar-spraak software) ○ dicteersoftware (ook wel: spraak-naar-tekst software) <p>De diverse softwarepakketten hebben verschillende functionaliteiten. Het gaat om programmatuur die tekst voorleest (hele tekst, enkel woord, lettergreep of het spellen van teksten), programmatuur waarbij wordt meegesproken tijdens het typen, programmatuur met eigen scanfunctie om de boeken en tijdschriften digitaal te maken en vervolgens voor te lezen. Op dit moment valt alleen Daisy-programmatuur onder de te verzekeren prestatie.</p>
Domeindiscussie	<p>Voor alle ICT-hulpmiddelen voor dyslectici geldt dat er discussie is over de vraag tot welk domein de verstrekking daarvan behoort (subsidie via OCW, WIA of Zvw).</p> <p><i>4.d.3. Wet- en regelgeving</i></p> <p>➤ <u>Zorgverzekeringswet</u> In artikel 2.26, eerste lid, onder g, sub ii, van de Rzv is de te verzekeren prestatie ‘Daisy-spelers en ‘Daisy-programmatuur’ beperkt tot bepaalde doelgroepen. Het gaat daarbij om visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten. Met name de verstrekking van deze apparatuur aan dyslectici geeft problemen.</p>
Dyslexieverklaring niet toereikend	<p>Tot dusver is de heersende opvatting in de uitvoeringspraktijk dat als leesproblemen kunnen worden overwonnen door extra begeleiding binnen of buiten de schoolsetting een voorleesapparaat gecontraïndiceerd is. Een dyslexieverklaring is daarom niet voldoende om voor verstrekking in aanmerking te komen. Een dergelijke verklaring dient immers een ander doel. Leerlingen krijgen met een dergelijke verklaring bijvoorbeeld meer tijd bij het uitwerken van proefwerken en examens.</p>

Verklaring van uitbehandeling

Op basis van jurisprudentie is een verzekerde redelijkerwijs aangewezen op de verstrekking van een Daisy-speler als sprake is van *uitbehandelde* dyslexie. Het gaat dan om behandeling in de zorg door een GZ-psycholoog of orthopedagoog en niet om remedial teaching op school. Een verklaring dat sprake is van uitbehandelde dyslexie dient dan ook te worden afgegeven door een GZ-psycholoog of orthopedagoog, al dan niet verbonden aan een multidisciplinair instituut.

In de uitvoeringspraktijk is gebleken dat het stellen van deze voorwaarde op bezwaren stuit. Enerzijds maakte de behandeling tot voor kort geen deel uit van de te verzekeren zorg in het kader van de Zvw. Met andere woorden, mensen moesten eerst zelf een dure behandeling bekostigen, voordat zij – op basis van een verklaring van ‘uitbehandelde dyslexie’ – in aanmerking kwamen voor de verstrekking van een Daisy-speler. Anderzijds wordt in het Protocol leesproblemen en dyslexie voor groep 5-6 (Wentink en Verhoeven, 2004) geadviseerd om vanaf groep 5 gebruik te maken van ondersteunende en/of compenserende software⁷. De vraag of er sprake is van ‘uitbehandelde dyslexie’ komt daarbij niet aan de orde.

Behandeling van dyslexie in pakket

Met ingang van 1 januari 2009 is de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie opgenomen als te verzekeren prestatie in de Zvw. Hiermee is het hiervoor geschetste probleem slechts ten dele opgelost. Immers niet alle leerlingen komen (direct) in aanmerking voor een dergelijke behandeling. Het betreft een ingroeitraject. Bovendien is de problematiek rond de financiering van de benodigde hulpmiddelen hiermee niet opgelost.

➤ Afbakening Zvw/WIA

Hulpmiddelen die uitsluitend op school of op het werk worden gebruikt worden verstrekt op grond van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA).

Als sprake is van een hulpmiddel dat zowel in de leefsituatie als in de onderwijs- of werksituatie wordt gebruikt, dan wordt de verstrekking toegekend op grond van de ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekering kan daarbij rekening houden met de eisen die aan het hulpmiddel worden gesteld in verband met de onderwijs- of werksituatie.

WIA: domein onderwijs

Volgens jurisprudentie is de WIA echter ook aan bod, als het gaat om draagbare hulpmiddelen (bijv. ICT-hulpmiddelen) die *met name voor het onderwijs* worden aangevraagd. Dit betreft de situatie waarbij het hulpmiddel weliswaar thuis wordt gebruikt, maar overwegend bij het leren/maken van huiswerk.

⁷ Technische maatjes bij dyslexie [Masterplan Dyslexie]

Om deze reden is destijds in de toelichting op de Regeling hulpmiddelen 1996 (oud) opgenomen, dat als een Daisy-speler overwegend nodig is voor het volgen van onderwijs of voor het werk deze op grond van de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (nu WIA) bij het UWV moest worden aangevraagd. De tekst van deze toelichting is bij de inwerkingtreding van de Zvw niet aangepast. Dit betekent dat geen rekening is gehouden met het Besluit van de minister van SZW van 4 november 2003.

➤ Besluit 4 november 2003 tot wijziging van het Reintegratie-instrumentenbesluit Wet REA

WSNS

De minister van SZW heeft in augustus 2003 besloten op grond van de Wet REA geen onderwijsvoorzieningen te vergoeden aan leerlingen met dyslexie. Uit het wijzigingsbesluit blijkt dat de minister van mening was dat het UWV in het kader van de Wet REA geen taak heeft met betrekking tot de structurele verstrekking van voorzieningen aan leerlingen met dyslexie. De opvang van dyslectische leerlingen behoorde volgens de toenmalige minister tot de reguliere zorgbreedte van basisscholen, en indien nodig met inzet van Weer Samen Naar School gelden en ondersteuning (WSNS). Volgens de toelichting op het wijzigingsbesluit is het bij de totstandkoming van de Wet REA nooit de bedoeling geweest om bovenop de bestaande voorzieningen extra materiële voorzieningen te verstrekken aan leerlingen met dyslexie. Gezien het grote aantal leerlingen met een vorm van dyslexie en de verwachtingen omtrent het aantal aanvragen voor voorzieningen zou dit leiden tot een onevenredig beroep op de middelen van de overheid. Dit beleid is met de komst van de WIA niet gewijzigd.

LGF

Niet duidelijk is of de wet op de leerlinggebonden financiering (LGF) – kortweg rugzakje – mogelijkheden biedt voor de aanschaf van hulpmiddelen. Overigens is het technisch mogelijk dat een leerling thuis met de software werkt die de school ondersteunt (de leerling krijgt dan via een internetverbinding toegang tot het programma op school).

4.d.4. Achterliggende informatie

Vraag vanuit basisonderwijs

In de praktijk blijkt dat het aanvragen van een Daisy-speler voor het overgrote deel vanuit het basisonderwijs wordt geïnitieerd omdat een kind uitvalt bij het leren lezen. Dit is ook logisch omdat de behoefte aan een voorleeshulp zich pas op dat moment openbaart. Immers jongere kinderen worden in het algemeen voorgelezen door ouders, leerkracht e.a.

Door het besluit van de minister van SZW om verstrekking van dergelijke hulpmiddelen vanuit de Wet REA (nu WIA) uit te sluiten, heeft een verschuiving plaatsgevonden van aanvragen richting zorgverzekeraars. Op diverse sites – waaronder die van de oudervereniging en een grote leverancier van deze hulpmiddelen – worden mensen geadviseerd bij hun aanvraag toch vooral aan te geven dat de Daisy-speler voor thuisgebruik bedoeld is. In feite wordt de aanvraag toegeschreven naar een vergoeding vanuit de Zvw, omdat voor gebruik op school geen vergoeding wordt gegeven. Het is de vraag of dit terecht is. Bovendien lijkt dit haaks te staan op het beleid van de overheid uit 2003.

***Opkomst
luisterboeken op
audio-CD***

De noodzaak om voor de leefsituatie een Daisy-speler aan te vragen wordt kleiner door de opkomst van de luisterboeken (op audio-CD). Gesproken studieboeken zijn vooralsnog alleen verkrijgbaar in Daisy-formaat. Veel studiemateriaal is uit voorraad leverbaar. Wat er niet is, kan op bestelling worden gemaakt (Dedicon).

Daisy-spelers zijn nuttig als hele teksten moeten worden voorgelezen. Voor spellingsproblemen of lastige studietaken zoals het opzoeken in (verklarende en vertalende) woordenboeken, het maken van uittreksels of toetsen, en dergelijke is de speciaal voor dyslexie ontwikkelde software meestal meer geschikt.

***Ervaringen van
gebruikers***

In een recente enquête⁸ – uitgevoerd in opdracht van een grote leverancier van dyslexiehulpmiddelen – gaf meer dan driekwart van de Daisy-gebruikers aan behoefte te hebben aan geavanceerde dyslexie software. Uit deze enquête bleek het volgende. De Daisy-speler helpt leerlingen op school bij het lezen van teksten. In de groepen 5 en 6 van de basisschool blijkt dit voldoende te zijn om de kinderen zoveel mogelijk te helpen. Er is geen duidelijke behoefte aan extra ondersteuning. In de twee hoogste groepen van de basisschool neemt de vraag naar extra ondersteuning toe. Leerlingen vinden het, naast de ondersteuning bij het lezen, steeds belangrijker dat zij hulp krijgen bij het spellen, bij de uitspraak van Engelse woorden en bij het maken van samenvattingen. In de brugklas van het voortgezet onderwijs zijn bovenstaande punten nog belangrijker dan op de basisschool. In veel gevallen biedt de Daisy-speler dan onvoldoende mogelijkheden en bestaat duidelijke behoefte aan ondersteuning op meerdere gebieden.

Dit komt overeen met het patroon van het antwoord op de vraag of de Daisy-speler meer of minder vaak wordt gebruikt dan in het begin. In de groepen 5 en 6 van de basisschool geeft 8% aan geen of minder gebruik te maken, terwijl dit in groep 7-8, 31% is. In de brugklas, respectievelijk VMBO en

⁸ De Daisy speler: ervaringen van gebruikers – Marjolein Fictorie-Hamstra en Susan Effing

Havo/VWO zijn deze percentages 20%, 34% en 27%. Hetzelfde beeld is te zien bij gebruikers die in 2006 zijn gestart en gebruikers van voor 2006: respectievelijk 9% en 39% zegt minder vaak of geen gebruik meer te maken van de Daisy-speler.

4.d.5. Overwegingen

Uitkomsten twee projecten relevant

Het verzoek aan het CVZ om andere dyslexie hulpmiddelen te beoordelen is de afgelopen jaren vooruit geschoven in afwachting van de uitkomsten van het project 'Protocolontwerp Diagnostiek en Behandeling Dyslexie' en het project 'Heroriëntatie hulpmiddelenzorg'.

Inmiddels heeft de Minister besloten de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie per 1 januari 2009 op te nemen als te verzekeren prestatie in de Zvw. Uit onderzoek⁹ is gebleken dat minimaal 70 procent van de groep, behandeld volgens het 'Protocol Behandeling', profiteerde van de behandeling - voor zowel lezen als spellen - en zijn positie ten opzichte van de normgroep wist te verbeteren. Het niveau waarop de onbehandelde groep leest, is blijvend laag ten opzichte van leeftijdgenoten. De behandeling is erop gericht dat kinderen met ernstige dyslexie op latere leeftijd niet meer of in mindere mate beperkt zijn door lees- en schrijfstoornissen. Het is de vraag of - na afloop van de behandeling - ICT-hulpmiddelen nog nodig zijn/blijven. Voor de groep waarbij de behandeling geen effect sorteert, zal dat wel het geval zijn.

Domein WIA ongewijzigd

Ten aanzien van het project Heroriëntatie hulpmiddelenzorg heeft de minister van VWS met zijn ambtsgenoot op SZW afgesproken om in eerste instantie geen herverdeling uit te voeren van WIA-hulpmiddelen naar de Zvw of Wmo. Het CVZ stelt vast dat hiermee het domein van de WIA wat betreft de hulpmiddelen voor onderwijsdoeleinden vooralsnog ongewijzigd blijft.

OC&W Passend Onderwijs

In november 2008 heeft de Staatssecretaris van OCW de Tweede voortgangsrapportage Passend Onderwijs gepresenteerd. In het kader van het Invoeringsplan Passend Onderwijs zullen de komende jaren financiële middelen ter beschikking worden gesteld voor het digitaal toegankelijk maken van lesmateriaal in het Voortgezet Onderwijs dat met behulp van speciale ICT-hulpmiddelen kan worden gebruikt. Dit beleid biedt echter nog geen oplossing voor de vraag op welke wijze scholen en/of leerlingen de beschikking kunnen krijgen over de benodigde ICT-hulpmiddelen.

⁹CVZ rapport: Dyslexie: van zorg verzekerd?

4.d.6. Advies

Studiemaatjes

De ReadingPen en de nieuwe programmatuur voor dyslectici zijn – meer nog dan de Daisy-speler – specifiek bedoeld voor het leren lezen en spellen en ondersteuning van de overige onderwijstaken. Het CVZ acht het daarom niet aangewezen te adviseren deze hulpmiddelen in het basispakket van de Zvw op te nemen. Deze hulpmiddelen liggen buiten het domein van geneeskundige zorg waarvoor de Zvw is bedoeld.

De meerwaarde van de Daisyspeler ligt eveneens voor een groot deel op het gebied van onderwijs. Immers studieboeken kunnen op Daisy-formaat worden besteld. De Daisy-structuur zorgt ervoor dat navigeren door de tekst gemakkelijker is en er kunnen markeringen worden aangebracht. Dergelijke tools vergemakkelijken het studeren.

Ontspannings- lectuur

Voor het voorlezen van ontspanningslectuur zijn er alternatieven. Er komen steeds meer luisterboeken op de normale boekenmarkt, die op een CD kunnen worden afgespeeld. In hoeverre dit nu al een volwaardig alternatief is, in die zin dat ook recent verschenen titels als luisterboek beschikbaar zijn, is onduidelijk. Bovendien beschikken deze audioboeken over minder technische mogelijkheden dan Daisy-CD's. De vraag is of deze extra mogelijkheden voor het voorlezen van ontspanningslectuur noodzakelijk zijn. Voorstelbaar is, dat als er meer luisterboeken op de markt komen, het gesproken boek op Daisy-formaat minder aftrek zal vinden. Immers de gewone audioboeken zijn op iedere CD-speler afspeelbaar (zowel thuis als in de auto). Een speciale Daisyspeler is dan overbodig.

Meerdere departementen betrokken

Het CVZ constateert dat de problematiek rond de hulpmiddelen voor dyslexie complex is, vooral gezien de domeindiscussie die hieraan ten grondslag ligt. Daarom adviseert het CVZ de minister zijn collega's van OCW en SZW voor te stellen een interdepartementaal traject te starten (OCW, SZW en VWS). In dit traject dienen de ministeries gezamenlijk na te gaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen voor dyslectici kan worden verbeterd en daarmee het onderwijs aan deze doelgroep. Ook een zo efficiënt mogelijke inzet van hulpmiddelen in de thuissituatie, dient onderdeel te zijn van dit traject.

Verder adviseert het CVZ de te verzekeren prestatie 'Daisy-speler en Daisy-programmatuur' vooralsnog in de Rzv te handhaven in afwachting van de uitkomsten van het voorgestelde interdepartementale traject. Op termijn is het nodig om de te verzekeren prestatie Daisyspeler opnieuw tegen het licht te houden, mede gezien de ontwikkelingen in deze markt.

4.d.7. Adviescommissie Pakket

De ACP is het ermeê eens dat de problematiek rond de ICT-hulpmiddelen bij dyslexie aan de orde moet komen in een interdepartementaal traject tussen de departementen OCW, SZW en VWS. Wel werpt de ACP de vraag op of dit soort hulpmiddelen überhaupt op grond van de basisverzekering moeten worden vergoed. De uitkomst van het te starten traject zal hierover duidelijkheid moeten bieden.

4.d.8. Besluit CVZ

Het CVZ heeft het advies – gehoord de ACP – in zijn vergadering van 30 maart 2009 vastgesteld.

5. Standpunten

5.a. Overplaatsing apparatuur op nieuwe rolstoel

5.a.1. Samenvatting

Standpunt: Het CVZ heeft standpunten ingenomen over de vraag wie de kosten van het (over)plaatsen van apparatuur op een (nieuwe) rolstoel voor zijn rekening moet nemen, de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (AWBZ). Het gaat om de volgende situaties:

- o robotarm in thuissituatie = Zvw
- o robotarm in AWBZ-instelling = Zvw of AWBZ
- o beademingsapparatuur in thuissituatie = Zvw
- o beademingsapparatuur in AWBZ-instelling = Zvw
- o zuurstofapparatuur in thuissituatie = Zvw
- o zuurstofapparatuur in AWBZ-instelling = Zvw of AWBZ

5.a.2. Aanleiding

Van enkele zorgverzekeraars, Het Dorp en de Stichting Ombudsman heeft het CVZ vragen gekregen over wie de kosten dient te vergoeden voor het (over)plaatsen van bepaalde apparatuur aan een (nieuwe) rolstoel. Ook uit de eindrapportage van Research voor beleid over de overheveling van onder meer de robotarm naar de Zvw komt dit knelpunt naar voren. Er bestaat onduidelijkheid over of deze kosten voor rekening van de gemeente (Wmo), zorgverzekeraar (Zvw) of zorgkantoor (AWBZ) komen.

Het CVZ heeft dit knelpunt opgepakt en een aantal standpunten ingenomen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen hulpmiddelen in de thuissituatie en hulpmiddelen in een AWBZ-instelling.

5.a.3. Robotarm in thuissituatie

Standpunt CVZ

In de thuissituatie vindt verstrekking/vergoeding van de robotarm plaats op grond van de Zvw. Aangezien een verzekerde op grond van de Zvw en aanverwante regelgeving aanspraak heeft op verschaffing van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, dienen de kosten voor het (over)plaatsen van een robotarm op een (nieuwe) rolstoel ten laste van de basisverzekering te komen.

Toelichting

Een robotarm kan verstrekt/vergoed worden op grond van artikel 2.35 van de Rzv. In dit artikel staan de hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie beschreven. Indien een verzekerde in de thuissituatie (of in sommige gevallen in een AWBZ-instelling, zie hiervoor paragraaf 5.a.4) beschikt over een robotarm en de beschikking krijgt over een nieuwe rolstoel, is niet langer meer sprake van een functionerend hulpmiddel, zoals artikel 2.9 van het Bzv

zorgverzekering bepaalt. Uit de toelichting op de Rzv blijkt dat een hulpmiddel goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (dus adequaat) moet zijn. Dit houdt ook in dat een hulpmiddel vervangen of gewijzigd kan worden, indien een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneert. De kosten van het (over)plaatsen van het hulpmiddel (incl. een eventuele ophangbeugel) aan een (nieuwe) rolstoel dienen daarom ten laste van de basisverzekering te komen.

5.a.4. Robotarm in AWBZ-instelling

Standpunt CVZ

Indien een robotarm op grond van de AWBZ is verstrekt aan een verzekerde die in een AWBZ-instelling verblijft, dan komen ook de kosten van het (over)plaatsen van een robotarm op een (nieuwe) rolstoel ten laste te van de AWBZ. Voorwaarde hierbij is dat er sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling.

Toelichting

Een robotarm komt ten laste van de AWBZ indien sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling en de robotarm noodzakelijk is in verband met de door de instelling geleverde zorg (artikel 15, Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)). De functies van een robotarm kunnen in het algemeen gezien worden als een vervanging van de zorg in de vorm van 'Persoonlijke Verzorging' en onderdelen van de indicatie 'Verblijf'. Indien een verzekerde een indicatie heeft voor behandeling en verblijft in dezelfde instelling waar hij de behandeling krijgt, dan bepaalt de AWBZ-instelling op welke manier de zorg het meest doelmatig gegeven kan worden (een robotarm of verzorging door een verzorgende). De instelling betreft hierbij ook de vraag hoe de zelfstandigheid van een patiënt vergroot kan worden. Als de winst van kwaliteit van leven opweegt tegen de mogelijke extra kosten daarvan ten opzichte van de kosten van het leveren van zorg door een verzorgende, is sprake van doelmatige zorg. Indien gekozen is voor een robotarm om de zorg te leveren, komen de kosten van het (over)plaatsen van de robotarm ten laste van de AWBZ.

Uitzondering

Uitzondering hierop vormt de situatie dat artikel 15 Bza niet van toepassing is en verzekerde woonachtig is in een AWBZ-instelling. Dit is het geval als verzekerde geen indicatie heeft voor behandeling in dezelfde instelling. In dat geval is de verzekerde voor *individuele* hulpmiddelen aangewezen op de verstrekking van hulpmiddelen op basis van zijn zorgverzekering. Indien een patiënt op grond hiervan is aangewezen op een robotarm geldt het standpunt zoals ingenomen onder paragraaf 5.a.3.

5.a.5. Beademingsapparatuur in zowel thuissituatie als AWBZ-instelling

Standpunt CVZ

Het CVZ is van mening dat de kosten van het (over)plaatsen van beademingsapparatuur aan een nieuwe rolstoel ten laste van de Zvw (als onderdeel van de 'geneeskundige zorg') komt, ongeacht of een verzekerde wel of niet in een AWBZ-instelling verblijft.

Toelichting

Geneeskundige zorg artikel 2.4 Bzv

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van (...; hier niet relevant), met dien verstande dat de zorg niet omvat (...; hier niet relevant).

Aangezien de gevraagde voorziening niet valt te rekenen tot de in de Rzv aangewezen hulpmiddelen, is bezien of deze deel uitmaakt van de geneeskundige zorg die aan de verzekerde is geleverd. Hierbij dient tevens betrokken te worden hoe de kunstmatige beademing onder de Ziekenfondswet (oud) was geregeld.

Historie

Ziekenfondswet

In het kader van de Ziekenfondswet bestond het Besluit chronisch intermitterende beademing. In dit besluit was o.m. bepaald dat tot de verstrekking behoorde het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de voor de beademing benodigde apparatuur.

In RZA 2001/47 heeft het CVZ als standpunt ingenomen dat het beademingscentrum niet alleen verantwoordelijk is voor het eenmalig gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur maar ook voor het gebruik ervan gedurende de terbeschikkingstelling.

Zorgverzekeringswet

De inhoud en omvang van de verzekerde verstrekkingen op basis van de Ziekenfondswet (oud) is in beginsel gelijk gebleven aan de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties op grond van de per 1 januari 2006 geldende Zvw. Onder de vanaf 1 januari 2006 geldende Zvw is de zorg die viel onder het Besluit 'chronisch intermitterende beademing' niet meer als afzonderlijk te verzekeren prestatie opgenomen. Deze zorg valt nu onder de geneeskundige zorg van artikel 10, onder a van de Zvw jo. artikel 2.4 van het Bzv.

Zorgverzekeraars blijken in hun polissen de aanspraak op thuisbeademing uit de Ziekenfondswet te hebben overgenomen (onder 'mechanische beademing').

Indien een verzekerde voor zijn bewegingsvrijheid geheel is aangewezen op een (elektrische) rolstoel, is het CVZ van mening dat de (over)plaatsing van de ophangbeugel met bijbehorende accessoires onder het gebruiksklaar maken van de beademingsapparatuur valt.

Het CVZ is daarom van mening dat de kosten van het (over)plaatsen van beademingsapparatuur aan een (nieuwe) rolstoel ten laste van de Zvw (geneeskundige zorg) dienen te worden gebracht ongeacht of verzekerde wel of niet in een AWBZ-instelling verblijft.

5.a.6. Zuurstofapparatuur in thuissituatie

Standpunt CVZ

Het (over)plaatsen van zuurstofapparatuur (inclusief een eventuele ophangbeugel) aan een (nieuwe) rolstoel behoort tot het verschaffen van een functionerend hulpmiddel. De hiermee gemoeide kosten dienen daarom ten laste van de basisverzekering te komen.

Toelichting

In artikel 2.27 van de Rzv, paragraaf hulpmiddelenzorg, staat de te verzekeren prestatie zuurstofapparatuur beschreven. Hulpmiddelen als bedoeld in dit artikel omvatten: zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof; zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten.

In de Zvw is opgenomen dat aanspraak bestaat op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (zie ook 5.a.3). Indien een verzekerde is aangewezen op een nieuwe rolstoel is de zuurstofapparatuur niet langer meer functionerend voor de betreffende verzekerde. De kosten van het (over)plaatsen van het hulpmiddel (incl. een eventuele ophangbeugel) aan een (nieuwe) rolstoel dienen daarom ten laste van de basisverzekering te komen.

5.a.7. Zuurstofapparatuur in een AWBZ-instelling

Standpunt CVZ

Indien een zuurstofapparaat is verstrekt door een AWBZ-instelling op grond van de AWBZ, dienen ook de kosten van het eventuele (over)plaatsen van deze zuurstofapparatuur op een (nieuwe) rolstoel ten laste te komen van de AWBZ, mits nog steeds sprake is van behandeling en verblijf in dezelfde instelling.

Toelichting

Dezelfde wet- en regelgeving is van toepassing als beschreven bij de robotarm (zie 5.a.3. en 5.a.4.) in geval de AWBZ van toepassing is. Er dient dus een indicatie te zijn voor verblijf en behandeling in dezelfde instelling, waarbij het hulpmiddel noodzakelijk is voor de in de instelling geleverde zorg. In het geval van zuurstofapparatuur is een hulpmiddel noodzakelijk voor de in de instelling geleverde zorg.

5.b. Aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen

5.b.1. Samenvatting

Standpunt: Het CVZ is van mening dat voorkomen moet worden dat AWBZ-zorg wordt geleverd, als een hulpmiddel kan volstaan. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zal een aanvraag voor thuiszorg die uitsluitend betrekking heeft op het aan- en uittrekken van kousen afwijzen als een verzekerde zelfstandig in staat is een aan- en/of uittrekhulpmiddel te gebruiken. Als het CIZ geen indicatie heeft afgegeven voor persoonlijke verzorging komt verzekerde in aanmerking voor een aan- en/of uittrekhulp op grond van zijn zorgpolis.

5.b.2. Aanleiding

Al geruime tijd bereiken de CVZ en de NZa signalen dat de regelgeving met betrekking tot aan- en uittrekhulpmiddelen van elastische kousen door zorgverzekeraars niet altijd juist wordt geïnterpreteerd. In de modelovereenkomsten van 2007 kwam het nog voor dat zorgverzekeraars de verzekerde prestatie beperkten tot eenvoudige uittrekhulpmiddelen en/of uitsluitend aantrekhulpen. Dit resulteerde in een breed scala aan afwijzingsgronden, variërend van:

- Afwijzingsgronden**
- het hulpmiddel valt niet onder de basisverzekering (Zvw);
 - de Wmo is de voorliggende voorziening;
 - het hulpmiddel is onnodig kostbaar;
 - het hulpmiddel wordt niet apart vergoed omdat het onderdeel uitmaakt van het budget van de leverancier.

Voor zover het CVZ/NZa hebben kunnen constateren zijn de meeste modelovereenkomsten van zorgverzekeraars inmiddels aangepast, in die zin dat als verzekerde prestatie de aan-/uittrekhulp voor elastische kousen wordt genoemd. Gezien de signalen die CVZ/NZa hebben ontvangen over deze problematiek, lijkt het erop dat in de uitvoeringspraktijk toch nog steeds onduidelijkheid bestaat rond deze verstrekking.

Eenduidige uitleg

In het kader van een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties en het toezicht daarop hebben CVZ/NZa bij brief van 17 juli 2008 het standpunt met betrekking tot de aan- en uittrekhulpmiddelen voor elastische kousen expliciet onder de aandacht van zorgverzekeraars gebracht. De inhoud van de brief is in de volgende paragrafen opgenomen.

5.b.3. Wet- en regelgeving

In artikel 2.6, eerste lid, onder m, van de Rzv zijn de volgende hulpmiddelen aangewezen als te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw: *“uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe”*.

Alle hulpmiddelen die aan deze omschrijving voldoen vallen onder de te verzekeren prestatie, voor zover deze hulpmiddelen ook voldoen aan artikel 2.1, tweede lid van het Bzv. In dit artikel is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Uit de toelichting op artikel 2.6, eerste lid onder m, van de Rzv blijkt, dat aantrekhulpmiddelen, uittrekhulpmiddelen en hulpmiddelen die zowel voor het aan- en voor het uittrekken van elastische kousen worden gebruikt, kunnen worden verstrekt of vergoed. Dit wordt mogelijk gemaakt door de functiegerichte omschrijving van deze te verzekeren prestatie. De op dit moment bij het CVZ bekende aan- en uittrekhulpen voldoen eveneens aan artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. In het derde lid van artikel 2.1 is verder bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Zvw voorliggend

Verder is in de AWBZ expliciet geregeld dat, indien de zorg kan worden geleverd ingevolge een andere wettelijke regeling, geen aanspraak bestaat op AWBZ-zorg, tenzij in de AWBZ uitdrukkelijk is bepaald dat deze zorg ten laste van de AWBZ komt. Dit laatste is bij het aan- en uittrekken van elastische kousen niet het geval. De conclusie is dan ook dat de Zvw in dit geval voorliggend is op de AWBZ en dat deze hulpmiddelen op grond van de zorgpolis dienen te worden verstrekt/vergoed.

5.b.4. Standpunt CVZ

Behoefte patiënt

Uit het voorgaande volgt dat de verstrekking van aan- en uittrekhulpmiddelen kan worden geweigerd als een verzekerde daarop niet ‘redelijkerwijs is aangewezen’. Of iemand redelijkerwijs is aangewezen op een hulpmiddel is een beoordeling van de objectieve behoefte van een individuele patiënt. Verder kan een zorgverzekeraar een bepaalde uitvoering van een hulpmiddel afwijzen uit doelmatigheidsoverwegingen.

Doelmatigheid

Dit is het geval als een dure aan- en/of uittrekhelp wordt aangevraagd, terwijl betrokkene evengoed geholpen is met een eenvoudig hulpmiddel voor het aan- en uittrekken van zijn kousen. Het probleem bij eenvoudige uittrekhelpen is, dat de gebruiker tot de tenen moet kunnen reiken en kracht moet kunnen zetten. Voor verzekerden die daarmee problemen hebben, kan verstrekking van een duur hulpmiddel in de vorm van een kousenuittrekapparaat een doelmatige voorziening zijn.

CIZ

Het CVZ stelt zich op het standpunt dat bij de afweging of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een dergelijk hulpmiddel, ook de vraag een rol speelt of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een indicatie heeft afgegeven voor persoonlijke verzorging. Indien dit *niet* het geval is dan gaat het CVZ ervan uit dat verzekerde in aanmerking komt voor een aan- en/of uittrekhelp op grond van zijn zorgpolis. Voorkomen moet worden dat AWBZ-zorg wordt geleverd, als een hulpmiddel kan volstaan. Omdat de Zvw voorliggend is op de AWBZ, zal het CIZ een aanvraag voor thuiszorg die *uitsluitend* betrekking heeft op het aan- en uittrekken van kousen afwijzen als een verzekerde zelfstandig in staat is een aan- en/of uittrekhelpmiddel te gebruiken. Gesteld kan worden dat een verzekerde in dat geval redelijkerwijs is aangewezen op deze hulpmiddelen.

**Individuele situatie
doorslaggevend**

Indien het CIZ al een indicatie voor persoonlijke verzorging heeft afgegeven, dient te worden nagegaan voor welke activiteiten de indicatie is afgegeven. Indien de persoonlijke verzorging bestaat uit hulp bij het aan- en uitkleden of hulp bij het maken van transfers in en uit bed, dan ligt het voor de hand dat de thuiszorg (of mantelzorg ingeval van een PGB) ook helpt bij het aan- en uittrekken van de elastische kousen. In dat geval is de verstrekking van een dure aan-/uittrekhelp veelal niet 'redelijkerwijs aangewezen'. Dit ligt mogelijk anders als de persoonlijke verzorging uitsluitend bestaat uit hulp bij de toiletgang overdag. De conclusie is dat als al een indicatie is afgegeven voor persoonlijke verzorging ten laste van de AWBZ, beoordeeld moet worden of verstrekking van een hulpmiddel voor het aan- of uittrekken van elastische kousen redelijkerwijs is aangewezen, gelet op de behoefte van de verzekerde, welke uiteraard naar objectieve medische maatstaven moet worden gemeten.

5.b.5. NZa

Zorgplicht

Begin augustus 2007 heeft de NZa aangegeven dat de vergoeding of verstrekking van kousenhulpmiddelen specifieke aandacht krijgt in haar toezicht op de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Op grond van artikel 11 van de Zvw heeft een zorgverzekeraar een zorgplicht jegens zijn verzekerden. Deze verplicht hem ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van de kosten van) zorg of overige

diensten en/of desgevraagd zorgbemiddeling krijgt, waar behoefte aan en wettelijke aanspraak op bestaat. Het gaat daarbij niet alleen om de omvang, maar ook om de tijdigheid en kwaliteit van de verzekerde prestatie. De NZa vindt het onacceptabel wanneer verzekerden geen (vergoeding van) zorg krijgen terwijl zij daar wel recht op hebben.

Om te beoordelen of recht bestaat op een aan- en/of uittrekhulpmiddel volgens de Zvw kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen, zoals het vooraf vragen van toestemming. De NZa wil hierbij het volgende onder de aandacht brengen¹⁰:

Aandachtspunten

- Het belang van duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over toestemmingsprocedures. Het aantal afwijzingen kan daardoor dalen omdat vooraf duidelijk is waarop de zorgverzekeraar toetst.
- Het verzoek van de NZa aan zorgverzekeraars om toestemmingsprocedures zo eenvoudig mogelijk te houden. Zo kunnen administratieve lasten voor alle betrokken partijen verminderen en dat kan de afhandelingstermijnen verkorten. Zij is van mening dat het onwenselijk is als verzekerden onredelijk lang op een verstrekking moeten wachten door toestemmingsprocedures.
- De verplichting van zorgverzekeraars om juiste, volledige en begrijpelijke informatie aan verzekerden te verstrekken over toestemmingsprocedures.

Het is niet alleen belangrijk dat verzekerden vooraf goed geïnformeerd worden over eventuele toestemmingsprocedures, maar ook achteraf over de uitkomst van een verzoek. Vanuit dit perspectief zijn de zorgverzekeraars eerder in 2008 gewezen op het belang van een volledige, juiste, tijdige en begrijpelijke onderbouwing van het afwijzen van een verzoek om (vergoeding van) zorg. Mede aanleiding voor deze brief waren kopieën van brieven die de NZa ontvangen heeft, met onduidelijke, onvolledige en/of onjuiste onderbouwing van de afwijzing van het verzoek om (vergoeding van) aan- en/of uittrekhulpmiddelen. Een aantal zorgverzekeraars zijn individueel op de onjuistheden aangesproken. De NZa wil echter alle zorgverzekeraars erop wijzen dat zij er zorg voor dienen te dragen dat de medewerkers die betrokken zijn bij het behandelen van declaraties en toestemmingsaanvragen voldoende op de hoogte zijn van geldende wet- en regelgeving.

¹⁰ De NZa heeft deze punten benadrukt in het rapport Thematisch onderzoek Zorgplicht- hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht? (augustus 2007)

Opgemerkt moet worden dat dit niet alleen schriftelijke informatieverstrekking betreft, maar ook informatie die mondeling gegeven wordt. Als een medewerker een verzekerde telefonisch onjuist of onvolledig voorlicht, kan deze onterecht denken wel of geen recht te hebben op een bepaalde prestatie.

NZa/CVZ hebben bij de beoordeling van de modelovereenkomsten 2009 specifiek aandacht besteed aan de problematiek rond de aan- en uittrekhulpen voor elastische kousen.

5.c. Verhuiskosten bij thuisdialyse

5.c.1. Samenvatting

Standpunt: Het CVZ stelt zich op het standpunt dat als er minder dan 7 jaar geleden een woningaanpassing heeft plaatsgevonden ten behoeve thuisdialyse, de verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op vergoeding van de kosten van verhuizing verband houdende met de thuisdialyse, tenzij er belangrijke redenen zijn voor de verhuizing.

5.c.2. Onderwerp

Komen bij verhuizing de verhuiskosten die verbandhouden met thuisdialyse voor vergoeding in aanmerking?

Het gaat om de volgende kosten:

- de oude woning herstellen in de oorspronkelijke staat;
- de nieuwe woning aanpassen zodat thuisdialyse mogelijk wordt;
- het vervoer en plaatsen van de apparatuur naar/in de nieuwe woning.

5.c.3. Wet- en regelgeving

De volgende op de Zvw gebaseerde regelgeving is hierbij van belang.

Zvw

○ *Artikel 2.1, derde lid, Bzv*

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

○ *Artikel 2.9 Bzv*

Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen *functionerende* hulpmiddelen

○ *Artikel 2.7. tweede lid, Rzv*

Indien een hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven, omvat het hulpmiddel tevens vergoeding van kosten van vervoer van het hulpmiddel naar en van de woning van de verzekerde, van het regelmatig onderhoud ervan alsmede van de voor het gebruik, ontsmetting en reiniging van de apparatuur benodigde chemicaliën.

- o *Artikel 2.36 Rzv: Thuisdialyse-apparatuur*
- 1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel hh, omvatten thuisdialyse-apparatuur met toebehoren alsmede:
 - a. de regelmatige controle en het onderhoud ervan de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
 - b. vergoeding van de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
 - c. vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.
 - d. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse
- 2. De onderdelen a tot en met d van het eerste lid zijn zowel van toepassing op hemodialyse als op de verschillende vormen van peritoneaal dialyse.

Wmo

De Wmo voorziet in het algemeen niet in een woningaanpassing voor het mogelijk maken van thuisdialyse. In de Wmo kent negen prestatievelden. Beleid en voorzieningen voor mensen met beperkingen vinden hun basis in de prestatievelden 5 en 6 van de Wmo.

Prestatievelden

Prestatievelden 5 en 6:

5) Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem.

6) Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Compensatiebeginsel

Een belangrijk element in de Wmo – met name ten aanzien van de prestatievelden 5 en 6 – vormt de compensatieplicht. Het compensatiebeginsel biedt een kader voor de gemeente om de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van burgers (met beperkingen) te bevorderen.

Het compensatiebeginsel, neergelegd in artikel 4 van de Wmo, houdt in dat de gemeente de plicht heeft om oplossingen te bieden aan burgers met beperkingen via het treffen van voorzieningen die hem in staat stellen:

- o een huishouden te voeren;
- o zich te verplaatsen in en om de woning;
- o zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel;
- o medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan

De gemeente heeft beleidsruimte in de wijze waarop zij invulling geeft aan deze verplichting. Hierbij kan zij bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen en collectieve voorzieningen, of tussen diensten en materiële voorzieningen.

Gezien het voorgaande zal een woningaanpassing in het kader van de Wmo – gelijk aan de voormalige Wvg – gericht zijn op het opheffen of verminderen van ergonomische beperkingen in en om de woning. Een woningaanpassing voor het bouwen/inrichten van een thuisdialysekamer valt daar niet onder.

5.c.4. Beoordeling

Uit een oude circulaire over dit onderwerp (ZFW) komt naar voren dat er bij de kosten van herstel in de oorspronkelijke staat gedacht is aan de situatie dat sprake is van *beëindiging* van de thuisdialyse. Nergens blijkt dat dit ook zou gelden bij verhuizing. Wettelijk gezien is dit echter niet uitgesloten. Afwijzing daarvan kan dan ook alleen op grond van de argumentatie dat verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op vergoeding van deze kosten.

Logischerwijs vloeit daaruit de vraag voort of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een tweede woningaanpassing in verband met verhuizing en in het verlengde daarvan op vergoeding van kosten van vervoer en plaatsing van de apparatuur in de nieuwe woning.

Voorbeelden

Ondanks een goed aangepaste woning wil iemand verhuizen omdat hij/zij:

- graag een grotere/mooiere woning wenst te betrekken;
- het ouderlijk huis verlaat;
- gaat samenwonen;
- van baan verandert;
- anders.

Is het redelijk de kosten van verhuizing verband houdende met de thuisdialyse *altijd* te vergoeden ongeacht de omstandigheden, of zouden de omstandigheden/noodzaak waarom iemand verhuist een rol moeten spelen bij de vraag of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op vergoeding van deze kosten? Het lijkt redelijk hiervoor een parallel te trekken met woningaanpassingen in het kader van de Wmo. Uit onderzoek blijkt dat gemeenten in het algemeen een verhuistermijn hanteren van 7 jaar, maar dat daar om plausibele redenen van kan worden afgeweken.

Het komt er in het algemeen op neer dat een woonvoorziening wordt geweigerd;

- o als betrokkene is verhuisd zonder dat daarvoor gezien zijn beperkingen aanleiding toe bestond;
- o zonder dat er een andere belangrijke reden voor aanwezig was (denk aan het verhuizen vanwege een huwelijk, samenwoning of het aanvaarden van een baan elders),
- o tenzij de laatste verhuizing meer dan 7 jaar geleden is.

5.c.5. Standpunt CVZ

De crux zit hem in het woord 'redelijkerwijs' als bedoeld in artikel 2.1, derde lid van het Bzv. Wanneer is een verzekerde redelijkerwijs op een vorm van zorg of een dienst - in dit geval de zorg als bedoeld in artikel 2.36, onder b, van de Rzv - naar aard inhoud en omvang aangewezen?

Het CVZ is van mening dat het niet onredelijk is op dit punt een parallel te trekken met de Wmo. Indien er minder dan 7 jaar geleden een woningaanpassing ten behoeve thuisdialyse heeft plaatsgevonden, dan is verzekerde niet redelijkerwijs aangewezen op vergoeding van de kosten van verhuizing verband houdende met de thuisdialyse, tenzij er belangrijke redenen zijn voor de verhuizing.

5.d. Persoonlijke alarmeringsapparatuur en digitale telefonie

5.d.1. Samenvatting

Standpunt: Zorgverzekeraars moeten functionerende hulpmiddelen verstrekken. Bovendien moeten deze gebruiksklaar dus inclusief installatie worden afgeleverd. Zolang alarmeringsapparatuur zonder analoge lijn niet goed werkt, is het redelijk dat zorgverzekeraars de eenmalige extra kosten van de analoge aansluiting betalen als onderdeel van het installeren van de apparatuur.

5.d.2. Onderwerp

Op 16 oktober 2008 zijn er kamervragen gesteld over de kwaliteit en vergoeding van personenalarmering bij digitale telefonie. Het ministerie heeft het CVZ advies gevraagd voor het beantwoorden van de volgende twee vragen.

Kamervragen

Vragen van de leden Van Gerven en Gesthuizen (beiden SP) aan de minister van VWS.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het niet vergoeden van geïndiceerde personenalarmering door zorgverzekeraars wanneer ouderen of gehandicapten een digitaal telefoonabonnement hebben?

Vraag 2

Vindt u dat zorgverzekeraars ook bij een digitaal telefoonabonnement tot vergoeding moeten overgaan? Past dit niet binnen de zorgaanspraken van de Zvw? Zo ja, wilt u dan bevorderen dat de zorgverzekeraars de wet adequaat uitvoeren en mensen krijgen waar ze recht op hebben? Zo nee, waarom niet?

5.d.3. Wet- en regelgeving

o **Besluit zorgverzekering**

In artikel 2.9 Bzv is hulpmiddelenzorg genoemd als te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw.

Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen (artikel 2.9, eerste lid).

De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde (artikel 2.9, tweede lid).

o **Regeling zorgverzekering**

In artikel 2.26, onder j.2 van de Rzv wordt 'persoonlijke alarmeringsapparatuur' voor lichamelijk gehandicapten genoemd als te verzekeren prestatie, indien de gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Kosten van normaal gebruik

5.d.4. Standpunt CVZ

Vraag 1

Analoge telefoonlijn storingsvrij

Dat zorgverzekeraars kennelijk geen personenalarmering (laten) plaatsen als ouderen of gehandicapten alleen over een digitale telefoonaansluiting beschikken is in zekere zin begrijpelijk. KPN adviseert mensen die een alarminstallatie gebruiken hun vaste telefoonlijn te behouden en een apart ADSL-abonnement voor Internet af te sluiten. Dit geeft namelijk de meeste zekerheid. Er kan (anders dan bij 'traditionele' telefonie via een vaste telefoonlijn) nog geen garantie worden gegeven voor een volledig storingsvrije werking van alarmcommunicatie via internet. Het is daarom mogelijk dat, in geval van een alarmsituatie, geen verbinding mogelijk is met de meldkamer.

Geen extra kosten

Telefoonaansluitingen en abonnementskosten komen in het algemeen niet voor vergoeding in aanmerking. Deze kosten worden aangemerkt als kosten van normaal gebruik die voor rekening van de verzekerde blijven (art. 2.9, lid 2, Bzv). Hierover is tot dusver nooit discussie geweest. Immers vrijwel iedereen in Nederland beschikt over een telefoonaansluiting. Van 'extra' kosten vanwege een alarminstallatie was tot dusver geen sprake.

In de nieuwe situatie ligt dit mogelijk anders. Steeds meer consumenten kiezen voor bellen via internet (VoIP), vanwege de voordelen zoals lage kosten. Vaak worden goedkope aanbiedingen gedaan voor telefonie en internet ineen en soms ook met inbegrip van televisie.

Vraag 2

Twee situaties

Er zijn twee situaties mogelijk:

- o Iemand beschikt al over alarmeringsapparatuur maar wil overstappen naar bijv. internetbellen.

Mensen die al over (overigens goed werkende) alarmeringsapparatuur beschikken en overstappen naar internetbellen zouden zich ervan moeten vergewissen of dit een probleem kan geven voor de alarmering. Hoewel een goede voorlichting op dit punt van groot belang is, heeft de verzekerde wel degelijke een eigen verantwoordelijkheid. Digitale telefonie is op dit moment nog een vrije keuze. Mensen kiezen vaak voor digitale telefonie, omdat dit samen met televisie en internet goedkoop wordt aangeboden. Hiermee sparen ze kosten uit die voorheen heel gewoon waren; aparte rekening van de kabelexploitant, aparte rekening voor internet en voor het telefoonabonnement. Het is mogelijk voor circa € 10,- per maand een extra analoge (beveiligings-)lijn aan te sluiten. Deze oplossing is waarschijnlijk nog steeds goedkoper dan de oude situatie waarbij de diensten apart in rekening werden gebracht. Vergoeding van 'extra' kosten is hier niet aan de orde.

- o De noodzaak voor persoonlijke alarmeringsapparaatuur ontstaat pas nadat iemand is overgestapt op internetbellen.

Indien een verzekerde al beschikt over een digitale telefoonaansluiting, als de noodzaak voor persoonlijke alarmeringsapparatuur ontstaat, dan zal de aansluiting zodanig moeten worden gewijzigd dat de apparatuur werkt.

Oplossingen

De volgende oplossingen zijn denkbaar;

1. Verzekerde neemt een 'extra' analoge lijn voor circa € 10,- per maand.
2. Verzekerde gaat helemaal terug naar analoge telefonie. Men kan zijn internetabonnement behouden doordat een speciale box wordt geplaatst die een koppeling mogelijk maakt tussen het digitale netwerk en de analoge telefoonaansluiting. Verzekerde betaalt weer twee aparte rekeningen nl. voor het bellen en voor internet.
3. Het is ook mogelijk dat een alternatieve alarmroute wordt aangelegd in de vorm van een GSM-backup.

Eenmalige aansluitingskosten

De extra kosten in de opties 1 en 2 bestaat uit het eenmalig (opnieuw) aansluiten van de analoge lijn (circa € 40,-). Deze kosten zou de verzekerde zonder alarmeringsapparatuur niet behoeven te maken. In optie 3 moet het extra kastje worden betaald (prijs onbekend).

Kosten van normaal gebruik

Zorgverzekeraars moeten *functionerende hulpmiddelen* verstrekken. Bovendien moeten deze gebruiksklaar dus inclusief installatie worden afgeleverd. Zolang alarmeringsapparatuur zonder analoge lijn niet goed werkt, is het redelijk dat zorgverzekeraars de eenmalige extra kosten van de aansluiting betalen als onderdeel van het installeren van de apparatuur. Iets anders is dat maandelijks abonnementskosten nog steeds kosten van normaal gebruik zijn. Deze blijven voor rekening van de verzekerde. De zorgverzekeraar kan er natuurlijk ook voor kiezen om een alternatieve alarmroute in de vorm van een GSM-backup te vergoeden. Dit betreft echter een doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar.

In feite gaat het hier om een (tijdelijke) overgangssituatie, waarbij men kan bellen via het pakketgeschakelde IP-netwerk, maar waarbij de alarmering (via alarmsysteem dat gekoppeld is aan een meldkamer) alleen via het 'klassieke' telefonienetwerk wordt ondersteund. Totdat alarmcommunicatie via IP voldoet aan de geldende normen blijft het analoge netwerk de beste oplossing voor alarmcommunicatie. Mocht deze vorm van alarmcommunicatie in de toekomst wel voldoen aan de normen en KPN besluit het analoge netwerk volledig te vervangen, dan zal de bestaande alarmeringsapparatuur moeten worden vervangen of aangepast.

De kosten van een dergelijke vervanging/aanpassing zullen te zijner tijd ten laste van de zorgverzekering komen (tenzij deze apparatuur tegen die tijd onder een ander verstrekingsregime valt (heroriëntatie hulpmiddelenzorg)).

Antwoorden De minister van VWS heeft op 5 januari 2009 de kamervragen beantwoord, overeenkomstig het standpunt van het CVZ (DZ-K-U2887206)

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

mw. H.B.M. Grobbink CCMM

**Achtergrondrapportage beoordeling stand
van de wetenschap en praktijk
Mandibulair Repositie Apparaat bij OSAS**

ICD-10 code: G 47.3

Datum: 19-09-2008

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	28087225
<i>Afdeling</i>	GS
<i>Auteurs</i>	H.M. Gaasbeek Janzen
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 71

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	3
1.a. Aanleiding	3
1.b. Achtergrond Mandibulair Repositie Apparaat bij OSAS.....	4
1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek	7
2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies	8
3. Resultaten.....	9
3.a. Resultaten literatuursearch	9
3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies	9
3.c. Effectiviteit	9
3.d. Standpunten en richtlijnen.....	9
4. Bespreking.....	15
5. Inhoudelijke consultatie	17
6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk	17
7. Literatuurlijst.....	18
Bijlage 1: Zoekstrategie en resultaten literatuursearch Effectiviteit van oral appliances bij OSAS	19

Samenvatting

Voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is, voldoet behandeling met MRA aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Alhoewel de artikelen niet van het hoogste bewijsklasse zijn, met name blinding niet mogelijk, blijkt uit de artikelen een consistente effectiviteit van therapie met 'oral appliances' (OA) bij met name lichte tot matige OSAS. Behandeling met continue positieve luchtdruk (CPAP) is de eerst aangewezen therapie bij ernstiger vormen van obstructief slaap apneu syndroom (OSAS). Voor volwassenen met lichte tot matige (OSAS) en voor patiënten die CPAP behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is, is een OA echter een effectief alternatief. Aanmeten en regelmatige controle zou moeten gebeuren door een deskundige tandarts. Dit komt overeen met de aanbevelingen in de concept CBO richtlijn 2007 (1) en de overige (internationale) richtlijnen.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

De vereniging van orthodontisten dringt er in een brief van 12 juli 2008 op aan om het Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) ook in het Nederlandse zorgstelsel zo spoedig mogelijk als hulpmiddel van obstructief slaap apneu syndroom (OSAS) in te voeren.

Verder kan uit de concept herziene CBO richtlijn Diagnostiek en behandeling van OSAS opgemaakt worden dat het toepassen van een MRA-beugel bij licht tot matig ernstig OSAS te beschouwen is als een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft tot op heden steeds op het standpunt gestaan dat de effectiviteit van een MRA bij OSAS niet voldoende is vastgesteld om op te nemen in de hulpmiddelenparagraaf van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Het CVZ is echter van plan om een voorstel te doen de hulpmiddelen voor ademhalingsfunctie functioneel te omschrijven. Het MRA zou in dat geval onder deze beschrijving vallen. Het is dus van belang te onderzoeken of het MRA voldoet aan het in de Zvw gestelde criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

1.b. Achtergrond Mandibulair Repositie Apparaat bij OSAS

OSAS

Het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) wordt gekenmerkt door een herhaald optreden van episoden van hogere luchtwegobstructie tijdens de slaap, gewoonlijk geassocieerd met zuurstofsaturatiedaling in het bloed. Slaapapneu gaat doorgaans gepaard met heftig snurken en forse bewegingsonrust. De gevolgen van OSAS zijn met name hypersomnolentie overdag en afname van mentale vermogens leidend tot problemen met betrekking tot beroepsuitoefening en sociale participatie, verminderde kwaliteit van leven, vergrote kans op ongevallen en hinder voor de partner. Daarnaast is OSAS een risicofactor voor hypertensie en cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.(1)

Uit Conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen, CBO 2007 (1):

OSAS is gedefinieerd als een aandoening met klachten van overmatige slaperigheid overdag en door middel van poly(somno)grafie vastgestelde respiratoire events van het obstructieve of gemengde type die de klachten van de patiënt verklaren.

Het betreft nadrukkelijk een combinatie van een afwijkende poly(somno)grafie én klachten; de individuele patiënt verdacht voor OSAS moet dan ook voldoen aan het onderstaande criterium A of B, plus C.

A: overmatige slaperigheid overdag, niet anders verklaard

B: twee of meer van onderstaande klachten welke niet verklaard door iets anders

- *stokkende ademhaling*
- *herhaald wakker schrikken*
- *niet verfrissende slaap*
- *vermoeidheid overdag*
- *concentratieverlies*

C: meer dan 5 respiratoire obstructieve events / uur nachtelijke slaap

**Intra-orale
apparatuur**

De ernst van OSAS is als volgt gedefinieerd:

- *Licht OSAS AHI 5-15 en klachten;*
- *Matig ernstig OSAS AHI 15-30 en klachten;*
- *Ernstig OSAS AHI >30 en klachten.*

Of

- *Licht OSAS AHI >5 en lichte slaperigheid: dutjes in omstandigheden die weinig aandacht vereisen, zoals televisiekijken;*
- *Matig ernstig OSAS AHI >5 en matige slaperigheid: dutjes tijdens activiteiten die interfereren met sociale of beroepsactiviteiten, zoals vergaderingen;*
- *Ernstig OSAS: AHI >5 en ernstige slaperigheid: dutjes tijdens taken die veel aandacht vereisen, zoals gesprekken, eten, autorijden.*

De klachten van slaperigheid kunnen niet worden verklaard door:

- *slaaptekort*
- *slapeloosheid*
- *periodic limb movement syndrome (PLMS)*
- *narcolepsie*
- *idiopathische hypersomnie*
- *hypoventilatie*
- *medicatie*
- *hyperventilatie*
- *paniekstoornis*
- *andere geestelijke - of lichamelijke aandoeningen*

MRA / MAD

TRD

Overige apparatuur

**Gehemelte
implantaten**

Er bestaan meerdere orale apparaten (oral appliances = OA) voor de behandeling van OSAS. Ze zijn grofweg te onderscheiden in mandibulaire repositie apparaten (MRA) of mandibular advancement devices (MAD) / mandibular repositioning device (MRD) en apparaten die de tong verplaatsen (tongue retaining device = TRD). Hiermee kunnen ze de luchtwegdoorgankelijkheid tijdens de slaap beïnvloeden. Het MRA wordt verreweg het meest toegepast (1). Een overzicht van 'oral appliances' is (bijvoorbeeld) te vinden in het artikel van Cuccia (2007) en op www.ihatecpap.com/oral_appliances.html .

Een MRA verandert de positie van de onderkaak (mandibula) ten opzichte van de bovenkaak. Het trekt de mandibula, en daarmee de tong, naar voren. Het MRA wordt gefixeerd aan het gebit.

Een TRD fixeert de tong in een voorwaartse stand.

Verder zijn er apparaten, bedoeld om het snurken te verminderen, Mouth shields, soft palate lifting devices die bij OSAS niet effectief zijn (1).

Een MRA moet niet worden verward met soft-palate implants. Om het zachte gehemelte te verstevigen worden chirurgisch, onder plaatselijke verdoving, implantaten in het zachte gehemelte ingebracht.

Het Engelse NICE stelt in Guidance 241 (november 2007) 'Soft-palate implants for obstructive sleep apnoea' dat het toepassen van deze soft-palate implants bij de behandeling van OSAS weliswaar veilig is maar dat er onvoldoende evidence is voor de effectiviteit en voor deze aandoening niet moeten worden gebruikt.

(Patho)fysiologie

Tijdens de slaap collabeert de absoluut of relatief te nauwe en/of te slappe farynx waardoor onderbreking van de luchtstroom (apneu) optreedt. Hervatting van de ademhaling is pas weer mogelijk na een ontwaakreactie (arousal) en daarbij optredend herstel van de luchtwegdoorgankelijkheid (1).

Prevalentie

De prevalentie van OSAS in Nederland bedraagt ca 40.000 mannen en ca 10.000 vrouwen.(1) Over de verdeling lichte - matige - ernstige OSAS is geen informatie gevonden. Indicatief is wellicht wel dat in de studie van Hoekema (4) van de 103 patiënten bij 53 (51,5%) ernstige OSAS werd vastgesteld en bij 50 niet ernstige en een onderzoek van Uyar M, et al (2008) waarbij bij 62 patiënten met OSAS (45 mannen) een verdeling licht- matig -ernstig werd gevonden van respectievelijk 27%, 21% en 52%. (Uyar M, Elbek O, Aydin N, et al. Clinical profiles of obstructive sleep apnea syndrome. [Turkisch thoracic journal] Tur toraks der 2008;9(3):113-6).

Standaardbehandeling

Conservatieve maatregelen (lifestyle veranderingen; gewichtsvermindering, stoppen met roken, andere slaaphouding, vermijden alcohol en slaapmiddelen), CPAP-therapie, operatieve ingreep.

Nieuwe interventie

Mandibulair repositie apparaat.

1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek

Vraagstelling

Is toepassen van een MRA een effectieve behandeling bij OSAS?

Relevante uitkomstmaten

Het doel van behandeling van OSAS is a) eliminatie of verbetering van klachten, b) normalisering of verbetering van parameters bij poly(somno)grafie en c) risicovermindering op langere termijn – dit geldt vooral voor ernstiger OSAS.(1)

Mogelijke bijwerkingen: kaakgewrichtsklachten en/of speekselvloed. In ongeveer een derde van de gevallen kan een MRA niet worden vervaardigd vanwege beperkingen in de gebitssituatie van de patiënt.(1)

2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

Zoektermen

Het CVZ heeft op 1 oktober 2008 een literatuur search verricht met de zoektermen:

("obstructive sleep apnoea"[All Fields] OR ("sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields] AND "obstructive"[All Fields]) OR "obstructive sleep apnea"[All Fields] OR ("obstructive"[All Fields] AND "sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields])) OR OSAS[All Fields] OR ("Sleep Apnea Syndromes/therapy"[MAJR] AND (oral* OR mandibul*))

Limits: Entrez Date from 2007/06 (datum search Cochrane)

De exacte zoekstrategie is weergegeven in DM5 nummer 28091145 (bijlage).

Databases & websites

De literatuur search is doorgevoerd in Medline en de Cochrane Library voor de periode van juni 2007 tot oktober 2008. Uitgangspunt is een systematische review van the Cochrane collaboration (2) waarin publicaties tot juni 2007 zijn opgenomen.

De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende richtlijnen of standpunten: National Guideline Clearinghouse, American Academy of Sleep Medicine, Institute for Clinical Systems Improvement, Deutsche Gesellschaft Zahnaerztliche Schlafmedizin, Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, Scottish Intercollegiate Guideline Network, Haute Autorité de Santé, Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie, NICE, CIGNA, AETNA, Tufts Health plan.

Selectiecriteria

In -en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

De volgende in-en exclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- Indicatie OSAS;
- Interventie MRA / OA;
- Vergelijking met placebo, CPAP of operatieve ingree;p
- Uitkomstmaat primair vermindering AHI;
- Artikel niet opgenomen in Cochrane review Lim (2).

3. Resultaten

3.a. Resultaten literatuursearch

Er zijn 27 artikelen gevonden:
Van deze artikelen voldeden er 3 aan de selectiecriteria.
De geselecteerde studies zijn, met de relevante Cochrane reviews, weergegeven in tabel 1.

De gevonden richtlijnen en standpunten zijn weergegeven in paragraaf 3d.
Artikelen uit de literatuursearch die niet weliswaar voldeden aan de criteria maar wel met mogelijke relevante informatie en enkele aanvullende publicaties worden beschreven in hoofdstuk 4.

3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies

De studies zijn niet allemaal van de hoogste bewijsklasse.
Blinderen is niet altijd mogelijk (OA vs chirurgie). Methoden en data niet altijd volledig beschreven. Ook is de omvang vaak beperkt.

De kenmerken en resultaten van de geselecteerde studies zijn weergegeven in Tabel 1.

3.c. Effectiviteit

De AHI is een algemeen geaccepteerde maat waarmee de ernst van het OSAS kan worden gekwantificeerd. Het is een belangrijke indicator voor de effectiviteit van een behandeling. Uit de artikelen blijkt een consistente effectiviteit van OA therapie bij met name lichte tot matige OSAS.

3.d. Standpunten en richtlijnen

In een eerdere beoordeling vindt een medisch adviseur van het CVZ samenvattend dat alle gevonden richtlijnen (AASM, CBO, ICSI, SIGN) een individueel aangepast MRA adviseren bij lichte – matig ernstige OSAS als primaire interventie (met life-style advisering). CBO en AASM (American academy of sleep medicine) bevelen MRA ook aan bij ernstig OSAS als CPAP faalt. De dentale situatie moet plaatsing mogelijk maken. (DM5 28069696)

CBO:

De concept richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen, CBO 2007 (1) komt wat betreft MRA tot de volgende aanbevelingen:

CBO

Een MRA kan worden overwogen als primaire interventie bij de behandeling van patiënten met lichte tot matig ernstige vormen van OSAS (AHI < 30).

In geval van een ernstige vorm van OSAS of beperkingen in de gebitsituatie van de patiënt, moet behandeling met een MRA vooral als een secundaire interventie worden gezien.

Een behandeling van OSAS-patiënten met "oral appliances" die de onderkaak niet in een voorwaartse stand fixeren wordt afgeraden.

Voordat een patiënt wordt behandeld met MRA, moet de gebitsituatie worden onderzocht.

De werkgroep is van mening dat, indien de AHI voor behandeling > 15 was, het effect van de behandeling met MRA met poly(somno)grafie moet worden gecontroleerd.

Het verdient aanbeveling de (neven)effecten van een MRA-behandeling met regelmatige intervallen door een inhoudsdeskundige arts en tandarts of tandarts-specialist te laten controleren.

AASM

AASM:

Volgens de American Academy of Sleep Medicine zijn orale apparaten geïndiceerd bij patiënten met lichte tot matige OSAS die de voorkeur geven aan deze apparaten boven CPAP, of die niet reageren / therapie faalt met CPAP therapie. Bij ernstige OSAS is CPAP geïndiceerd. (Kushida CA, Morgenthaler TI, Littner MR et al. Practice parameters for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea with oral appliances: an update for 2005. SLEEP 2006;29(2):240-3)

ICSI

ICSI:

In de Amerikaanse Institute for Clinical Systems Improvement richtlijn 'Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea'(2008) wordt behandeling van OSAS met orale apparaten, evenals CPAP, gezien als standaard zorg. Alhoewel ze niet even effectief zijn als CPAP, zijn orale apparaten een aanbevolen behandeling bij lichte OSAS die niet heeft gereageerd op life-style veranderingen of bij intolerantie voor CPAP. (http://www.icsi.org/sleep_apnea/ Benaderd 24-09-2008)

- DGZS:**
 Het Deutsche Gesellschaft Zahnaerztliche Schlafmedizin beveelt een MRA aan
- DGZS**
- bij lichte tot matige OSAS met weinig klinische symptomen, voldoende tanden en een BMI tot 30 als primaire behandeling;
 - bij een AHI van boven de 25 als een alternatief na eerdere behandeling met CPAP;
 - ongeacht de ernst van OSAS als CPAP faalt of niet wordt getolereerd.
- Controle van de dentale vereisten is nodig.
 (Schwartz S, Huebers U, Heise M, et al. Position paper on the use of mandibular advancement devices in adults with sleep-related breathing disorders. A position paper of the German Society of Dental Sleep Medicine (Deutsche Gesellschaft Zahnaerztliche Schlafmedizin, DGZS). Sleep Breath. 2007 Jun;11(2):125-6)
- Ook het Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) geeft aan dat van de 'niet CPAP behandelingen' van OSAS, naast maxillo-mandibulaire osteotomie (bij craniofaciale dysmorphie), alleen voor OA voldoende wetenschappelijke informatie aanwezig is. Ze kunnen bij lichte tot matige OSAS een relevante verbetering van ademhalingsstoornissen geven. (Randerath W, Bauer M, Blau A et al. Stellenwert der Nicht-nCPAP-Verfahren in der Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. *Somnologie* 2006;10: 67-98)
- DGSM**
- SIGN:**
 De Scottish Intercollegiate Guideline Network geeft in National clinical guideline 73 'Management of obstructive sleep apnoea / hypopnoea syndrome in adults (juni 2003) aan dat intra-orale apparaten kunnen worden toegepast bij snurken en lichte OSAS en een alternatief kunnen zijn voor patiënten die CPAP niet tolereren. Het gebruik moet gecontroleerd om aanpassen van het apparaat mogelijk te maken en het effect op de symptomen te vervolgen.
 (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/73/index.html> benaderd 24-09-2008)
- SIGN**
- HAS:**
 De Franse Haute Autorité de santé acht een MRA (appareillage en propulsion mandibulaire [APM]) bij zwaardere OSAS een interessante alternatieve oplossing voor CPAP als dit niet wordt getolereerd. Het kan worden voorgeschreven bij licht tot matige OSAS zonder slaperigheid overdag. (POSE D'UN APPAREILLAGE EN PROPULSION MANDIBULAIRE. Pose de prothèse pour syndromes d'apnées obstructives du sommeil. Classement CCAM : 11.05.02 - Code : LBLD017, 2006 <http://www.has-sante.fr/> benaderd 24-09-2008)
- HAS**

SGP

Ook het Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie acht orale apparatuur (Unterkiefer Protusionsschiene [UPS], kieferorthopädischen Apparaturen / Kieferspangen) een alternatief voor CPAP bij OSAS patiënten die geen CPAP tolereren. Vooral bij lichte tot middelzware OSAS. (Diagnose und Betreuung von Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom. *Arbeitsgruppe CPAP-Therapie der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie* 2000 <http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-51/2000-51-1251.PDF> benaderd 24-09-2008)

Buitenlandse verzekeraars

Buitenlandse verzekeraars:

CIGNA:

Het Amerikaanse CIGNA geeft aan dat een MRA (aangemeten door een tandarts of orthodontist), alhoewel het in het algemeen niet zo goed werkt als CPAP, kan worden overwogen voor mensen die:

- lichte OSAS hebben;
- liever geen CPAP gebruiken of waarbij CPAP behandeling heeft gefaald;
- niet succesvol chirurgisch zijn behandeld;
- gedragsveranderingen zonder succes hebben geprobeerd.

(www.cigna.com/healthinfo/hw48677.html updated July 13, 2007, benaderd 22-09-2008)

CIGNA dekt het toepassen van een MRA bij patiënten met lichte tot matige OSAS en bij ernstige OSAS bij patiënten die CPAP niet tolereren.

(Coverage policy number: 0158 'Obstructive sleep apnea diagnosis and treatment services' last review 10/15/2007 benaderd 24-09-2008).

AETNA:

Aetna acht individueel aangepaste orale apparaten (inclusief TRD) medisch noodzakelijk bij OSAS.

(www.aetna.com Clinical policy bulletin: Obstructive sleep apnea in Adults. Number: 0004. Last review 07/08/2008 benaderd 22-09-2008)

Tufts:

Het Amerikaanse Tufts Health plan dekt orale apparaten, aangemeten door een ervaren tandarts, bij OSAS als CPAP behandeling faalt met de opmerking dat deze in het algemeen niet worden aanbevolen bij ernstige OSAS.

(www.tuftshealthplan.com Medical necessity guidelines 'Oral appliances for OSA'1035182 effective date April 18, 2008. Benaderd 22-09-2008)

Tabel 1 Overzicht geselecteerde studies

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar	Bewijsklasse ¹
Lim 2006 (2)	Systematic review (Cochrane)	N=846 (17 studies [RCT's])	A: Oral appliance (OA) vs control appliance (6 studies); B: OA vs CPAP (10 studies); C: OA vs chirurgie [OK] (1 studie)	Volwassenen met OSAS (AHI ≥ 5)	Apneu-hypopneu index (AHI)/ gevalideerde slaap apneu symptomen.	A: significant verbeterde AHI (-10,78) B: CPAP significant beter (WMD [gewogen gemiddeld verschil] 9,64), geen significant verschil in kwaliteit van leven (WMD -0,03). C: AHI initieel niet significant beter maar na 12 maanden wel (-4,4); na 4 jaar significant meer succes bij OA dan bij OK (72% vs 35%). Conclusie: OA verbeteren verstoorde ademhaling in de slaap vergeleken met controle, CPAP lijkt effectiever dan OA. OA mogelijk effectiever dan OK.	Tekortkomingen bij alle studies; (kleine omvang, beperkte rapportage methoden en data, geen blinding). Alhoewel CPAP duidelijk effectiever is kunnen sommige patiënten met OSAS de voorkeur geven aan OA omdat ze beter te verdragen zijn en handiger dan CPAP. OA geen eerste keus bij ernstige symptomen. Het lijkt juist om OA aan te bieden aan patiënten met lichte OSAS en patiënten die CPAP niet willen of kunnen verdragen.	Review o.b.v. ten hoogste bewijsklasse B
Carvalho 2007 (3)	Systematic review (Cochrane / 6 maanden)	N=23 (1 trial)	OA vs geen behandeling	Kinderen (leeftijd ≤15 jaar) met OSAS (>1 event / uur)	Reductie van apneu	Vermindering van AHI (5 events vs 9 events) RR = 0,36	Te weinig evidence om vast te stellen of OA effectief is bij de behandeling van OSAS bij kinderen.	Review ob.v. ten hoogste bewijsklasse B
Hoekema 2008 (4)	RCT / 8-12-weken	N=103 (51 vs 52)	OA (MRA) vs CPAP	OSAS (leeftijd > 20 jaar)	AHI	Effectiviteit (AHI < 5 of reductie van 50%) 76,5% (OA) vs 82,7% (CPAP) In subgroep analyse bij ernstige OSAS OA minder effectief dan CPAP (-16%), in de subgroep niet-ernstige OSAS OA effectiever (84% (OA) vs 80% (CPAP).	OA als primaire behandeling alleen bij niet ernstige OSAS.	B

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar	Bewijs-klasse ¹
Petri 2008 (5)	RCT / 4 weken	N=93 (33 vs 30 vs 30)	MRA vs niet actieve OA vs geen behandeling	OSAS (gemiddelde uitgang AHI 34,7)	AHI	Significant lagere AHI in interventiegroep (gemiddeld AHI -14,1, complete respons bij 30%, gedeeltelijk bij 15%), geen significant verschil tussen de twee controlegroepen (AHI - 0,9 en -1).	Klinisch relevant effect. Korte follow-up.	B
Vanderveken 2008 (6)	RCT cross-over / 4 maanden	N=35	Aangemeten OA vs 'confectie' thermoplastische OA	OSAS (AHI 13 +/- 11)	AHI	AHI significant lager met aangemeten OA. Thermoplastisch OA kan niet worden aanbevolen als therapie bij OSAS.		B

¹ Zoals gedefinieerd in rapport "Beoordeling stand van wetenschap en praktijk" (volgn. 27071300):

A1: systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau;

A2: gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang (RCT);

B : vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken van A2;

C : niet-vergelijkend onderzoek;

D : mening van deskundigen.

Deze classificering is van toepassing op therapeutische interventies. Ongeacht het niveau moet het bewijs peer reviewed gepubliceerd zijn.

4. Bespreking

Alhoewel de artikelen niet van het hoogste bewijsklasse zijn, met name blinding niet mogelijk, blijkt uit de artikelen een consistente effectiviteit van OA therapie bij met name lichte tot matige OSAS. Behandeling met continue positieve luchtwegdruk (CPAP) is de eerst aangewezen therapie bij ernstiger vormen van OSAS. Voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is, is een OA echter een effectief alternatief. Aanmeten en regelmatige controle zou moeten gebeuren door een deskundige tandarts. Dit komt overeen met de aanbevelingen in de concept CBO richtlijn 2007 (1) en de overige (internationale) richtlijnen.

Publicatie uit de literatuursearch die niet voldoen aan de criteria maar wel met mogelijke relevante informatie:

Cuccia 2007

a. Cuccia AM and Caradonna C. Mandibular advancement devices: indications and predictors of treatment outcome. A review. *Minerva Stomatol* 2007; 56(9): 427-43. Schreven een (narratieve) review gericht op het vinden van parameters om de effectiviteit van MRA therapie bij OSAS te voorspellen. Onderzocht is in welke gevallen MRA is geïndiceerd. Positieve klinische voorspellers voor de effectiviteit van MRA zijn apneu in rugligging, adequate mandibulaire repositie, BMI < 28, lagere leeftijd. Daarnaast craniofaciale parameters zoals een korter zacht gehemelte.

Chan 2008

b. Chan ASL, Lee RWW, Cistulli PA. Non-positive airway pressure modalities: mandibular advancement devices/positional therapy. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5(2): 179-84. Conclusie van deze beschrijvende review is dat er relatief sterke evidence is die het toepassen van MRA in de klinische praktijk ondersteunt.

Padma 2007

c. Padma A, Ramakrishnan N, Narayanan V. Management of obstructive sleep apnea: A dental perspective. *Indian J Dent Res* 2007; 18(4): 201-9. Auteurs geven aan dat de rol van de tandarts als mede behandelaar bij eenvoudig snurken en lichte tot matige OSAS toeneemt. De minst ingrijpende behandeling is gedragsverandering (slaaphouding, vermijden alcohol en kalmerende middelen, gewichtsvermindering) gevolgd door het plaatsen van een OA.

Ueda 2008

d. Ueda H, Almeida FR, Lowe AA, et al. Changes in occlusal contact area during oral appliance therapy assessed on study models. *Angle Orthod* 2008; 78(5): 866-72. Vinden bij 86.7% van 45 patiënten met OSAS die gedurende meer dan 5 jaar 4 of meer dagen per week een OA hebben gebruikt, duidelijke veranderingen in occlusie. Het monitoren van deze veranderingen is noodzakelijk.

Hammond 2007

e. Hammond RJ, Gotsopoulos H, Shen G, et al. A follow-up study of dental and skeletal changes associated with mandibular advancement splint use in obstructive sleep apnea. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007; 132(6): 806-14. Keken bij 64 patiënten met OSAS behandeld met een MRA na gemiddeld 25,1 maanden naar bijwerkingen. Meest voorkomend waren kaakongemak, gevoelige tanden, speekselvloed en droge mond. Occlusie veranderingen bij 8 patiënten. Conclusie was dat bijwerkingen komen geregeld voor maar zijn licht en worden goed getolereerd, dentofaciale veranderingen zijn klinisch verwaarloosbaar.

Additionele publicaties:

Krishnan 2008

f. Krishnan V, Collop NA, Scherr SC. An evaluation of a titration strategy for prescription of oral appliances for obstructive sleep apnea. *Chest* 2008;133(5):1135-41. Vonden retrospectief (n=57) dat de meerderheid van de patiënten, onafhankelijk van de ernst van de OSAS (licht tot matig), succesvol werden behandeld met een OA. Mannen en jongere patiënten bleken de beste 'responders'.

Jauhar 2008

g. Jauhar S, Lyons MF, Banham SW, et al. Ten-year follow-up of manibular advancement devices for the management of snoring and sleep apnea. *J Prosthet Dent* 2008;99:314-21. Aan 180 patiënten die een MRA kregen in 1996 werd 10 jaar later gevraagd naar gebruik, comfort en effectiviteit van de OA. Er reageerden 72 patiënten (respons 40%) waarvan er 48 (66%) de OA nog wekelijks droegen.

Gindre 2008

h. Gindre L, Gagnadoux F, Meslier N, et al. Mandibular advancement for obstructive sleep apnea: dose effect on apnea, long-term use and tolerance. *Respiration* 2008 [Epub ahead of print]. Vinden bij 66 patiënten met OSAS dat verbetering van de AHI bij gebruik van een OA afhankelijk is van de mate van mandibulaire repositie. Na 17 maanden gebruikt 82% van de patiënten de OA nog vrijwel elke nacht.

Hoffstein 2007

- i. Hoffstein V. Review of oral appliances for the treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep Breath* 2007;11:1-22. Identificeerde 89 publicaties tussen 1982 en 2006 over OA therapie bij slaap apneu (3027 patiënten). Samenvattend bleek OA verbetering te geven bij lichte tot matige OSAS in 50-70% van de gevallen. Na 30 maanden 56-68% van de patiënten nog een OA te gebruiken. Frequente bijwerkingen zijn speekselvloed en gevoelige tanden. Effectiviteit en bijwerkingen hangen af van het type OA, mate van mandibulaire repositie en verticale opening. Conclusie is dat OA, alhoewel minder effectief dan CPAP, bij het verminderen van symptomen van slaap apneu een definitieve rol hebben bij de behandeling van slaap apneu.

Bloch 2006

- j. Bloch KE. Alternatives to CPAP in the treatment of the obstructive sleep apnoea syndrome. *Swiss Med Wkly* 2006;136:261-7. Concludeert dat CPAP de standaard behandeling voor OSAS is maar dat een OA als alternatief wanneer CPAP medisch of psychologisch niet haalbaar is, ook verbetering geeft. Aanmeten door een ervaren orthodontist in samenwerking met een longarts is cruciaal.

5. Inhoudelijke consultatie

Is niet uitgevoerd gezien de overeenstemming met (concept) richtlijnen.

6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk

Voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is, voldoet behandeling met MRA aan de stand van de wetenschap en praktijk.

7. Literatuurlijst

1. Conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen, CBO 2007
2. Lim J, Lasserson TJ, Fleetham J, Wright J. Oral appliances for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD004435
3. Carvalho FR, Lentini-Oliveira DA, Machado MAC, et al. Oral appliances and functional orthopaedic appliances for obstructive sleep apnoea in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD005520
4. Hoekema A, Stegena B, Wijkstra PJ, et al. Obstructive sleep apnea therapy. *J Dent Res* 2008;87(9):882-7
5. Petri N, Svanholt P, Solow B, et al. Mandibular advancement appliance for obstructive sleep apnoea: results of a randomised placebo controlled trial using parallel group design. *J Sleep Res* 2008; 17(2): 221-9.
6. Vanderveken OM, Devolder A, Marklund M, et al. Comparison of a custom-made and a thermoplastic oral appliance for the treatment of mild sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 178(2): 197-202.

Bijlage 1: Zoekstrategie en resultaten literatuursearch

Effectiviteit van oral appliances bij OSAS

Searchdatum: 01-10-2008

Update van Cochrane review CD004435

Medline(Pubmed)

("obstructive sleep apnoea"[All Fields] OR ("sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields] AND "obstructive"[All Fields]) OR "obstructive sleep apnea"[All Fields]

OR ("obstructive"[All Fields] AND "sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields]))

OR

OSAS[All Fields]

OR

("Sleep Apnea Syndromes/therapy"[MAJR]

AND

(oral* OR mandibul*)

Limits: Entrez Date from 2007/06 (datum search Cochrane)

Resultaten:

DM5 nummer: 280091145

Bijlage 2

Ontvangen reacties bestuurlijke consultatie Deelrapport Hulpmiddelenzorg:

1. Stichting Erkenning Leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH)
d.d. 8 februari 2009
2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
d.d. 12 februari 2009
3. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
d.d. 12 februari 2009
4. Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) en
Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
d.d. 12 februari 2009
5. Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
d.d. 12 februari 2009
6. Diagned
d.d. 12 februari 2009
7. Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
d.d. 13 februari 2009
8. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
d.d. 13 februari 2009

1. Stichting Erkenning Leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH)

Van: René Offers [mailto:roffers@ziggo.nl]

Verzonden: zondag 8 februari 2009 12:27

Aan: Haan, Mw, den M.

Onderwerp: Deelrapport hulpmiddelenzorg Pakketadvies 2009

Geachte mevrouw Den Haan, geachte heer De Wit.

Wij danken u voor de toegezonden stukken inzake het pakketadvies 2009 en het Deelrapport Hulpmiddelen zorg

Naast de bestudering van de materie binnen NIVO, waarvan u van de secretaris een reactie ontvangt, heb ik ook als voorzitter van de Stichting Erkenning Leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH) naar de stukken gekeken.

De SEMH is reeds doende de toetsingscriteria direct en actueel te laten aansluiten bij de regelgeving.

De gepresenteerde voorstellen geven in die zin geen aanleiding tot opmerkingen.

Wat het bestuur van de SEMH wel betreurt is dat op geen enkele wijze aandacht wordt geschonken aan de onder leiding van het Cvz tot stand gekomen Procesbeschrijving Hulpmiddelen en de Cliq-classificatie die door vele partijen, waaronder het CVZ, recent is ondertekend.

Deze beide systematieken zijn naar ons oordeel onmisbare hulpmiddelen bij het realiseren van de invulling van adequate hulp, waarvan de aanspraak functioneel is omschreven.

Wij hopen dat u hieraan alsnog aandacht wilt en kunt besteden.

Met dank voor uw interesse, groet u,

René Offers
Voorzitter SEMH

Stichting Erkenning Leveranciers Medische
Hulpmiddelen (SEMH)
De heer R. Offers
Postbus 526
2400 AM ALPHEN a/d RIJN

Uw mail van
8 februari 2009

Uw kenmerk

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29021335

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Offers,

Hartelijk dank voor uw reactie op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009.
Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

U bent reeds doende de toetsingscriteria die uw vereniging hanteert direct en actueel te laten aansluiten bij de regelgeving. De gepresenteerde voorstellen geven in dat opzicht geen aanleiding tot opmerkingen.

Wat u wel betreurt is dat in het rapport op geen enkele wijze aandacht wordt geschonken aan de onder leiding van het CVZ tot stand gekomen Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg en aan de CliQ-classificatie die door veel belanghebbende partijen - waaronder het CVZ - recent is ondertekend.

Het CVZ heeft aan het begin van hoofdstuk 3 'systeemadviezen' een inleidende paragraaf toegevoegd over de rol van het CVZ en de belanghebbende voor wat betreft het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
t.a.v. mevrouw M.A. den Haan/
de heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onze referentie: JB/mvdz/2009/0066

Utrecht, 12 februari 2009

Betreft: Consultatie Pakketadvies 2009

Geachte mevrouw Den Haan, Geachte heer Boer,

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het ontwerp Pakketadvies 2009 en Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Wij hebben deze stukken voornamelijk bekeken in samenhang met de thans geldende richtlijnen die onder auspiciën van het CBO zijn ontwikkeld. Er zijn twee adviezen die onze richtlijnen betreffen:

1. Instroom van mandibulair repositie apparaat (MRA) voor de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is. Hierover wordt in de conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructievelaapapneusyndroom bij volwassenen (www.cbo.nl) het volgende aanbevolen:
 - Een individueel vervaardigd MRA kan worden overwogen als primaire interventie bij de behandeling van patiënten met lichte tot matige vormen van OSAS (AHI \leq 30) (pag. 64).
 - In geval van een ernstige vorm van OSAS of beperkingen in de gebitssituatie van de patiënt, moet behandeling met een MRA vooral als een secundaire interventie worden gezien (pag. 64).
 - Vergoeding van MRA-behandeling is dringend gewenst (p. 178).

Conclusie: het advies volgt de richtlijn. Op pagina 36 geeft u aan dat u de richtlijn OSAS dit jaar wilt beoordelen. Mogelijk heeft de concepttekst toch een rol gespeeld bij de totstandkoming van dit advies.

2. Uitstroom van alle geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof. Dit betreft een eerder advies waarbij indirect wordt verwezen naar de richtlijn Medicamenteuze therapie COPD uit 2006. Ook dit advies is conform de richtlijn.

Verder heeft u, naast de adviezen, ook meer algemene standpunten uitgegeven, bijvoorbeeld dat begeleiding bij stoppen met roken en preventie van depressie tot de verzekerde prestaties behoren, en oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen niet. Deze standpunten zijn niet in strijd met de bestaande richtlijnen (of conceptrichtlijnen) over deze onderwerpen.

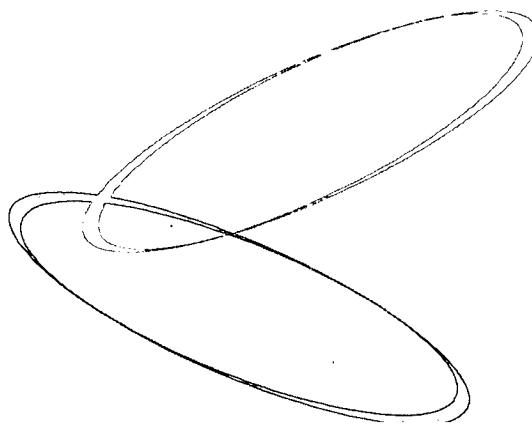
Tot slot wordt er in hoofdstuk 3d. over gepast gebruik in het algemeen nog iets over de rol van richtlijnen gezegd. Wij kunnen ons goed vinden in uw beschrijving van deze rol alsmede in uw standpunt met betrekking tot gepast gebruik.

Wij wensen u veel succes met de afronding van het pakketadvies.

Met vriendelijke groet,



Namens directie CBO,
Dhr. dr. J.S. Burgers, senior adviseur



2/PAK-29019124

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBO
De heer dr. J.S. Burgers
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT

Uw brief van
12 februari 2009

Uw kenmerk
JB/mvdz/2009/0066

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019124

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp

Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Burgers,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Juiste toepassing richtlijnen

In uw brief geeft u aan dat de adviezen die het CVZ geeft over de instroom van het mandibulair repositie apparaat en de uitstroom van geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof overeenkomstig de van toepassing zijnde CBO-richtlijnen zijn. Dat geldt ook voor de standpunten die het CVZ heeft ingenomen over begeleiding bij stoppen met roken, preventie van depressie en oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen.

Verder kunt u zich goed vinden in de wijze waarop het CVZ gepast gebruik van zorg wil bevorderen en hoe het CVZ daarbij de rol die richtlijnen kunnen vervullen heeft beschreven.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

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

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
Telefoon
030 297 03 03
Fax
030 297 06 06
E-mail
npcf@npcf.nl
Website
www.npcf.nl
Postbank
370907
K.v.K.
40482340

datum Utrecht, 12 februari 2009
ons kenmerk 2009-109/DSB/01.01.01/PSch/hm
voor informatie Mw drs P. Schout
uw kenmerk -
onderwerp **Reactie concept pakketadvies 2009**

Geachte mevrouw Den Haan,

Op 16 januari ontvingen wij het concept pakketadvies 2009. In uw begeleidende brief vraagt u om een reactie op (1) pakketadvies 2009 en (2) deelrapport hulpmiddelenzorg. De NPCF maakt graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op dit conceptadvies te reageren.

1. Pakketadvies 2009

a. Reactie op het hoofdrapport

Gepast gebruik

Er worden zorgen geuit over de houdbaarheid van het verzekerde pakket. Door middel van 'gepast gebruik' zou nog veel winst te behalen zijn. Terecht wordt 'gepast gebruik' geprioriteerd in de pakketagenda 2009-2010. De ontwikkelingen die u noemt in het kader van 'gepast gebruik' zijn richtlijnontwikkeling en -implementatie, verkleinen schottenproblematiek, ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken, de rol van verzekeraars en nadere voorwaarden in het pakketadvies.

U pleit voor geïntegreerde zorg waarbij de patiënt zelf actief betrokken is, neergelegd in zorgstandaarden. Dit vormt de basis voor enerzijds kwaliteitsverbetering van de zorgverlening en anderzijds het inkopen van kwalitatief goede zorg door verzekeraars. De NPCF vindt dit een waardevolle lijn. De NPCF en de categorale patiëntenorganisaties hebben de nodige ervaring opgedaan binnen het project Zekere Zorg met de ontwikkeling van zorgpaden en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Dit project zal een follow-up krijgen onder de naam 'Zorginkoop met patiëntenorganisaties' (werktitel).

De NPCF is van mening dat er gezamenlijk een strategie ontwikkeld zou moeten worden omtrent 'gepast gebruik'. We sluiten ons aan bij uw ambitie om te bevorderen dat gepast gebruik van zorg wordt gezien als een instrument ter bevordering van een betere zorgverlening. Het resultaat is een positief gezondheidseffect voor patiënten waardoor, zeker op de langere termijn, ook de kostenontwikkeling beheerst zal verlopen. Dit onderwerp is niet los te zien van complementaire benaderingen zoals in beeld gebracht in het RvZ rapport 'Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg'. De NPCF vindt het belangrijk dat er een meer geïntegreerde benadering tot stand komt.

Pakketbeheer

De cyclische benadering van het pakketbeheer is voor ons overzichtelijk. Het is een werkbaar proces.

We zien nog onvoldoende het verschil terug tussen de advies- en de expertiserol van het CVZ. Onder de adviesrol verstaan we de advisering over het verzekerde pakket met

betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de zorg (de functiegerichte aanspraak of 'het wat') en de indicatiegebieden ('het wanneer'). Onder de expertiserol verstaan we de advisering aan het veld of bepaalde behandelmethodes voldoen aan de criteria 'stand van wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'. In het pakketadvies worden er soms standpunten gedefinieerd over functies, bijv. zorg verleend door optometristen, en soms over behandelmethodes, bijv. Beating the blues. Laatstgenoemde past onzes inziens beter bij de expertiserol. Het zou de overzichtelijkheid ten goede komen als dit onderscheid in het pakketadvies duidelijker werd gemaakt.

Pakketscans

In het hoofdrapport wordt het voornemen geuit om in 2009 en 2010 pakketscans uit te brengen voor depressie, coronaire hartziekten, dementie en COPD. We hebben in 2008 met interesse kennisgenomen van de pakketscan diabetes en ondersteunen het voornemen om dit initiatief uit te breiden naar meerdere aandoeningen. In de pakketscan wordt vanuit de aandoening gekeken naar de toegankelijkheid en toereikendheid van het verzekerde pakket. Op deze wijze worden problemen gesignaleerd waar patiënten mee te maken kunnen krijgen. De NPCF acht deze signalen zeer waardevol als input voor het pakketbeheer.

Ketenzorg

Graag plaatsen wij nadere accenten bij het voornemen om in 2010 vijf keten DBC's in te voeren voor zorgverlening bij chronische aandoeningen. Wat ons betreft zouden zorgprogramma's voor chronisch zieken onlosmakelijk verbonden moeten zijn met de geïntegreerde eerstelijnszorg. Het moet onmogelijk zijn om zorgprogramma's in te kopen voor chronische aandoeningen zonder dat deze gekoppeld zijn aan de meer generalistische basiszorg.

Het onderwerp 'ketenzorg' moet in breder perspectief komen te staan. Het gaat volgens de NPCF niet alleen over ketenprojecten in de eerstelijnszorg; het gaat ook over de soepele overgang en afstemming tussen eerstelijns, tweedelijns en de thuissituatie. Het CVZ zou in de rol van pakketbeheerder extra alert moeten zijn op hoe ketensamenhang ook over grenzen van Zvw en AWBZ tot stand komt. We zien nu bijvoorbeeld dat samenhangende zorg thuis voor chronisch zieken (huisarts, verpleging, verzorging) bemoeilijkt wordt door kunstmatig lijkende afbakeningen tussen Zvw en AWBZ die VWS en CVZ aanbrengen. Deze afbakeningen blijken in de praktijk onwerkbaar te zijn.

b. Reactie op nieuwe adviezen

Overheveling somatische revalidatiezorg

We reageren graag op het voornemen om somatische revalidatiezorg over te hevelen naar de Zvw. De NPCF onderschrijft het theoretische concept dat sturing van de hele keten vanuit één verzekerings- en financieringsregime, meer perspectief biedt voor samenwerking en kwaliteitsverbetering van de zorg in de keten. Echter, voorkomen moet worden dat er te eenzijdig gefocust wordt op volume en prijs van de over te hevelen zorg. Het is van essentieel belang om vanuit de inhoudelijke optiek naar de zorgvraag van de patiënt en de zorgpaden (voor te onderscheiden soorten herstellende zorg) te kijken. De bepaling van optimale zorgpaden en de daarbij behorende kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief zouden een onmisbaar onderdeel moeten vormen bij het advies tot overheveling.

U adviseert om de somatische revalidatiezorg voor rekening van de Zvw te beperken tot een periode van maximaal zes maanden. Het is denkbaar dat er discussie ontstaat in de situatie dat in maand twee vastgesteld wordt dat er toch sprake is van een onomkeerbaar zware functiebeperking waarvoor de patiënt aangewezen is op langdurige zorg. Er zou overwogen moeten worden of patiënten in dat geval direct kunnen doorstromen van de somatische revalidatiezorg (Zvw) naar de care (AWBZ). De patiënt stroomt in dat geval zo snel mogelijk door naar de best passende zorg en er wordt geen behandelcapaciteit geblokkeerd die bedoeld is voor revalidatie.

Voorgaande verdient nadere overweging. Ook wij kennen nog niet de precieze afbakening. Het is urgent dat beter uitgewerkte varianten op tafel komen in plaats van de - op het eerste oog - wat arbitraire afbakening die nu voorligt.

c. Reactie op standpunten

Oncologische revalidatie

De NPCF vindt het belangrijk dat in het pakketadvies - en beleid CVZ - expliciet ruimte komt voor integrale zorg rond complexe ziekten als kanker, waarbij medische zorg (meer) vervlochten moet zijn met psychische en sociale begeleiding bij ziekte .

De NPCF onderschrijft uw standpunt dat oncologische revalidatie een onderdeel is van oncologische zorg en daarmee aan te merken valt als een te verzekeren prestatie in de zin van de Zvw. Voor patiënten is zorg, gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, van groot belang. Deze zorg dient, afhankelijk van de vraag van de patiënt, op maat te worden ingericht.

2. Deelrapport hulpmiddelenzorg

a. Reactie op systeemadviezen

Functioneel omschrijven

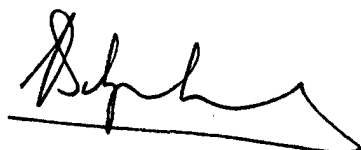
De NPCF ondersteunt het functioneel omschrijven van prothesen en van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. Door de hulpmiddelen functioneel te omschrijven, zou ruimte moeten ontstaan voor maatwerk en innovaties die gewaardeerd worden door de klant. De NPCF pleit voor een monitor die inzichtelijk maakt of deze gewenste ontwikkelingen ook daadwerkelijk plaats gaan vinden.

b. Reactie op nieuwe adviezen

Volgens de NPCF zijn de nieuwe adviezen gebaseerd op weloverwogen besluitvorming.

Met vriendelijke groet,

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



mw. A.L. Schipaanboord
Directeur Beleid & Innovatie

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
(N.P.C.F.)
Mevrouw drs. P. Schout
Postbus 1539
3500 BM UTRECHT

Uw brief van
12 februari 2009

Uw kenmerk
2009-109/DSB/01.01.01/PSch/hm

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29018965

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte mevrouw Schout,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Gepast gebruik

U onderschrijft in belangrijke mate de opmerkingen van het CVZ in het onderdeel *Gepast gebruik*. Uiteraard is, zoals het CVZ ook heeft aangegeven, bij het ontwikkelen van zorgstandaarden een belangrijke rol weggelegd voor de patiënt. Samenhang in de zorgverlening (ketenzorg) is van groot belang. Bestaande schotten tussen Zvw en AWBZ zouden moeten worden geslecht daar waar die in de weg staan aan een samenhangende zorgverlening. In zijn advies over de toekomst van de AWBZ zal het CVZ hieraan aandacht besteden.

Pakketbeheer

U vindt de cyclische benadering van pakketbeheer overzichtelijk en een werkbaar proces. U bent van mening dat het CVZ beter onderscheid zou moeten maken tussen zijn adviesrol en zijn expertiserol. Onder de adviesrol verstaat u de advisering over het verzekerde pakket met betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de indicatiegebieden. Onder de expertiserol verstaat u de advisering aan het veld of bepaalde behandelmethoden voldoen van de criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'.

Het CVZ meent dat het door u genoemde onderscheid in voldoende mate aanwezig is. De activiteiten die voortvloeien uit de adviesrol zijn uiteraard gebaseerd op de expertiserol en leiden tot wijziging van wet- en regelgeving. De adviezen zijn gebundeld in hoofdstuk 4 van het Pakketadvies. In hoofdstuk 5 zijn alle standpunten opgenomen, waarbij het CVZ heeft geoordeeld of zorgvormen voldoen aan de wettelijke criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'.

Pakketscans

U hebt met interesse kennis genomen van de pakketscan diabetes en ondersteunt het voornemen van het CVZ om in 2009 en 2010 pakketscans uit te brengen voor depressie, coronaire hartziekte, dementie en COPD. Door de wijze waarop de pakketscans tot stand komen, levert deze signalen op die u als zeer waardevolle input ervaart voor pakketbeheer.

Overheveling somatische revalidatiezorg

U onderschrijft het theoretische concept voor de overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw. Wel geeft u aan dat niet eenzijdig gefocust moet worden op volume en prijs van de over te hevelen zorg. Het is van essentieel belang om vanuit een inhoudelijke optiek naar de zorgvraag van de patiënt en de zorgpaden te kijken. Ook plaatst u kanttekening bij de in het conceptadvies opgenomen wettelijke beperking van deze zorg tot een termijn van zes maanden.

Achtergrond van de overheveling van somatische revalidatiezorg is met name ingegeven vanuit zorginhoudelijke redenen. Dit heeft het CVZ beschreven in zijn pakketadvies 2007.

De reacties van belanghebbende partijen zijn voor het CVZ aanleiding geweest het conceptadvies te wijzigen, onder meer door *niet* te adviseren om de somatische revalidatiezorg wettelijk te beperken tot een termijn van zes maanden. Ook bakent het CVZ de patiëntengroep die voor somatische revalidatiezorg in aanmerking komt af door voor deze groep een aantal kenmerken te benoemen. Over de wijze van bekostiging van deze zorg heeft de Nza een uitvoeringstoets in voorbereiding. Het ministerie van VWS heeft een projectorganisatie ingericht om met belanghebbende partijen alle aspecten van de overheveling op zijn merites te beschouwen. In de loop van april zal de minister van VWS besluiten of de overheveling van deze zorg per 1 januari 2010 kan plaatsvinden. Het door de Raad van Bestuur vastgestelde advies over dit onderdeel van het Pakketadvies 2009 treft u aan als bijlage bij deze brief.

Oncologische revalidatie

U onderschrijft het standpunt dat het CVZ heeft ingenomen op het gebied van oncologische revalidatie.

Functioneel omschrijven hulpmiddelenzorg

U ondersteunt de ontwikkeling om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. Hierdoor zou ruimte moeten ontstaan voor maatwerk en innovaties. U pleit voor een monitor die inzichtelijk maakt of deze gewenste ontwikkelingen ook daadwerkelijk gaan plaatsvinden. Volgens u zijn de nieuwe adviezen gebaseerd op weloverwogen besluitvorming.

De pakketmonitor gaat invulling geven aan het inzichtelijk maken van de gevolgen van pakketwijzigingen. Verder zal het CVZ de ontwikkelingen monitoren aan de hand van de beoordeling van de modelpolissen en reglementen, beoordelingen stand van de wetenschap en praktijk en de ZorginnovatieWijzer. Eventueel kan het CVZ gericht onderzoek doen naar een bepaalde pakketwijziging.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

3/PAK-29018965

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

bezoekadres
Churchillaan 11
Utrecht

postadres
Postbus 169
3500 AD Utrecht

(tekst)telefoon
(030) 291 66 00

fax
(030) 297 01 11

banknummer
64.19.28.327

e-mail
bureau@cg-raad.nl

internetadres
www.cg-raad.nl

College voor zorgverzekeringen
Mevrouw M.A. den Haan
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht: 12 februari 2009
Kenmerk: S09-0146/pv/me
Betreft: Reactie op advies CVZ: functiegerichte aanspraken (2009)
Inlichtingen bij: Piet Vreeswijk

Geachte mevrouw den Haan,

Met belangstelling en waardering hebben de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de samenwerkende ouderenbonden CSO kennisgenomen van het integrale 'Pakketadvies 2009'. Wij baseren onze waardering op de vooruitgang die u hebt geboekt in de consistentie van uw advies en de meer plausibele onderbouwing van uw opvattingen. Zoals bij u bekend verondersteld mag worden, zijn wij het niet eens met uw invulling van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid'. Het verheugt ons dat u een heroverweging van dit principe geprogrammeerd heeft. Wat de onderbouwing van uw advies betreft herhalen we ons pleidooi om meer ruimte te scheppen voor experienced based onderzoek.

Wij hebben de volgende vragen en opmerkingen bij uw pakketadvies. Een centraal onderwerp dat meer uitdieping verdient is bijvoorbeeld de definitie van een 'verantwoord pakket'. De CG-Raad en CSO hebben de indruk dat verantwoord synoniem is aan het kostenaspect. We missen in de benadering van CVZ een uitwerking van het doel van de Zorgverzekeringswet en het maatschappelijke belang van ons zorgstelsel, de toegankelijkheid en de kwaliteit. Ook de steeds meer terrein winnende opvatting dat de kosten van zorg een investering in mensen zijn, missen wij. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft op dit punt een uitgesproken standpunt, zoals bleek tijdens het laatste Algemene Overleg in de Tweede Kamer over hulpmiddelenbeleid.

Onze reactie is als volgt opgebouwd. Allereerst maken we algemene opmerkingen (1) met betrekking tot:

- 1.a Pakketcriterium noodzakelijkheid en de relatie aandoening/ziekte
- 1.b Functiegerichte omschrijving en protocollen
- 1.c DBC's

S09-0146

-2-

Daarna volgen enkele kanttekeningen bij verschillende zorgvormen:

2. Hulpmiddelenzorg
3. Farmaceutische zorg
4. AWBZ-zorg

1. Algemeen

1.a Pakketcriterium noodzaak en aandoening/ziekte

Het argument van een 'probleem vanwege een medische aandoening' in dit advies verdient nadere aandacht. Het lijkt erop dat de term 'medische aandoening' een steeds centraler argument wordt bij het bepalen in welke stelsels hulpmiddelen c.q. voorzieningen opgenomen worden. Volgens CVZ is het een voorwaarde voor opname in het pakket.

Op pagina 6 en 11 van het advies 'Hulpmiddelenzorg 2009' legt CVZ een oorzakelijke relatie tussen aandoening (of medische behandeling) en problemen die het gevolg van deze aandoening zijn: stoornissen met betrekking tot functies en anatomische eigenschappen.

In deze redenering geeft CVZ een eigen invulling van de ICF door de ICF niet alleen als een beschrijvingsmodel te hanteren, maar uit te gaan van de ICF als een verklaringsmodel. Dit kan. Het wijkt echter wel af van de bedoeling van de WHO om de ICF als beschrijvingsmodel op te vatten.

De CG-Raad en CSO ondersteunen met nadruk deze fundamentele redenering van CVZ. Er is veel voor te zeggen om deze redenering als uitgangspunt te nemen bij de pakketbeoordeling in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat CVZ bij de verdere uitwerking van de pakketcriteria de voorwaarde van een medische aandoening een centrale plaats moet gaan geven bij het criterium noodzakelijkheid.

Verder is de rol die CVZ aan de medische indicatie geeft van belang. CVZ volgt in het advies de praktijk van verzekeraars, die een medische indicatie hanteren in plaats van een bewijslast bij een verzekerde te leggen (aannemelijk maken van redelijkerwijs aangewezen zijn op een verzekerde prestatie). Het verdient aanbeveling deze methodiek voor de gehele regeling door te voeren.

Met de voorwaarde 'gevolg van medische aandoening of medische behandeling' en medische indicatie hanteert het CVZ naar de mening van de CG-Raad een functiegerichte en pragmatische invulling van het noodzakelijkheidcriterium.

Wij adviseren u dringend deze verheldering van de interpretatie van het noodzakelijkheidcriterium te benutten bij de discussie over de afbakening van Zvw, AWBZ en Wmo. De ketenbenadering die steeds meer ingang vindt - en valt onder het doelmatigheidscriterium - zou in combinatie met het noodzakelijkheidcriterium als een tweede ingang voor de afbakening benut kunnen worden. Wanneer een

S09-0146

-3-

voorziening gerelateerd aan een aandoening onderdeel is van een keten, is het redelijk om de keten op grond van doelmatigheid in stand te houden. Een goed voorbeeld van deze invulling van doelmatigheid komt aan de orde bij de onderbouwing van de overheveling van somatische revalidatiezorg, waarbij de keten leidend is in de argumentatie.

Comorbiditeit en chroniciteit

Een belangrijk aspect van de ketenbenadering komt tot uitdrukking bij chronische ziekten en in geval van comorbiditeit. Dit aspect is bij uitstroomadviezen onvoldoende in beeld.

De uitstroomadviezen geneesmiddelen leiden voor chronisch zieken tot problemen. Patiënten zijn ingesteld op geneesmiddelen. Soms, na lang zoeken, vinden zij een goed middel of een goede combinatie van middelen. Chronische zieken hebben vaak meerdere aandoeningen. De afstemming en combinatie van de farmacotherapie is vaak ingewikkeld en het resultaat van een lange zoektocht. Chronische zieken, vooral zieken met comorbiditeit, hebben meer keuzemogelijkheden nodig dan incidentele gebruikers. Als een middel dan uit het pakket wordt gehaald, geeft dit soms grote problemen. De CG-Raad stelt daarom voor om regelingen, waarbij middelen die uit het verzekerde pakket worden gehaald, niet van toepassing te verklaren op bestaande chronisch zieken.

1.b Functiegerichte omschrijving en protocollen

De minister van VWS heeft in zijn beleidsbrieven van april en mei vorig jaar zijn ambitie met de voortgang van functiegerichte aanspraken uitgesproken. CG-Raad en CSO stellen met tevredenheid vast dat de systematiek op basis van de ICF het centrale uitgangspunt is geworden van CVZ bij de functiegerichte omschrijving van de aanspraken. Hieruit volgt dat CVZ kan rekenen op steun van de CG-Raad en CSO bij de uitwerking. Hierbij zijn drie aandachtspunten van groot belang voor een verzekerde.

Protocollen

Het bestaan en het gebruik van protocollen (voorheen hulpmiddelencompassen) en behandelrichtlijnen zijn noodzakelijke voorwaarden voor een goede uitvoering. Voor CG-Raad en CSO is geprotocolleerde zorg een belangrijk uitgangspunt bij de doelmatige inrichting van de zorg. Wij dringen er bij u op aan om protocollen meer dan tot nu toe te betrekken bij het pakketbeheer.

Procesbeschrijving

Wij pleiten ervoor dat CVZ bij de invulling van de zorgstandaarden uitgaat van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg. Deze benadering die door CVZ zelf is geïnitieerd, leent zich voor het gebruik bij andere Zvw-zorgvormen. Dit kan een positieve bijdrage leveren aan de vergelijkbaarheid van zorgvormen en het pakketbeheer van CVZ. Voor een verzekerde wordt door deze standaardisatie de zorg transparanter. Het biedt tevens de mogelijkheid om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van de verzekerde prestaties.

S09-0146

-4-

Functionerend hulpmiddel

Een derde aandachtspunt is de interpretatieontwikkeling van de term 'functionerend hulpmiddel'. In de huidige Regeling zorgverzekeringswet zijn een aantal termen opgenomen om de aard van een aanspraak te specificeren zoals een functionerend hulpmiddel, een te allen tijde functionerend hulpmiddel. Ook kent de Regeling zorgverzekeringswet specificaties als gebruiksklaar, beschikbaar, een reserve exemplaar, de training in vaardigheden die een gebruiker nodig heeft. De omschrijvingen zijn tot stand gekomen in het kader van de deregulering (2002) en drukken uit de beschikbaarheid van een hulpmiddel.

CVZ boekt voortgang bij de uitwerking van de interpretatie. Naast productgebonden aspecten als 'reserve-exemplaar' en 'gebruiksgereed', rekent CVZ ook procesgebonden aspecten als 'vaardigheden gebruiker', 'gebruik van een stompkous', 'voorlichting en informatie' tot de reikwijdte van de verzekerde prestatie. Ook geeft CVZ op pagina 68 van het rapport hulpmiddelenzorg een duidelijk voorbeeld van de interpretatie van 'functionerend'. Wat betreft de stembandprothesen is een verduidelijking zeer gewenst.

CG-Raad en CSO waarderen de ontwikkeling in de CVZ standpunten over de interpretatie van de aanspraken. De standpunten nemen de verzekerde als uitgangspunt. Consequent kiest CVZ voor het gebruik van de ICF om relevante aspecten (andere beperkingen) in beeld te brengen. CVZ optimaliseert hierdoor de kwaliteit van de zorg.

Wij dringen erbij CVZ op aan om de informatie over de interpretatie van de term 'functionerend', gespecificeerd op het niveau van een functionele aanspraak, te bundelen en beschikbaar te stellen. De werkwijze van CVZ draagt dan tevens bij aan haar voorlichtende taak. Door transparantie borgt CVZ de toegang tot de verzekerde prestatie over de aard van de verzekerde prestatie bij verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders.

1.c DBC 's

Terecht is in de signaleringslijst hulpmiddelenzorg de afbakening 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg' opgenomen. De CG-Raad en CSO zouden graag zien dat onderstaande punten betrokken worden bij het CVZ-standpunt van medio 2009. Het gaat bij de afstemming niet alleen om een bekostigingsprobleem maar ook om de kwaliteit van de zorgketen, de informatie aan de eindgebruiker en duidelijkheid over de aard van de aanspraak.

In de afgelopen periode zijn voorbeelden te vinden, waarbij CVZ verplaatsing van hulpmiddelen uit de Regeling zorgverzekeringswet naar medisch specialistische zorg overweegt of effectueert: VAC apparatuur, stemprothesen. De CG-Raad en CSO signaleren dat er een spanning bestaat tussen de systematiek van bekostiging en transparantie, voorlichting over kwaliteit van de behandeling alsmede de optimale inzet van hulpmiddelen.

S09-0146

-5-

Voor een gebruiker van zorg op basis van een DBC is zeer vaak niet duidelijk wat onder de DBC valt. Een goed voorbeeld hiervan zijn de hulpmiddelen. Een ziekenhuis kent een eigen budget en aanpak voor hulpmiddelen, bijvoorbeeld inzet van speciale bedden maar ook hulpmiddelen die thuis gebruikt moeten worden. Dit gebrek aan informatie komt bij een zorggebruiker vooral voort uit de praktijk, waarbij DBC 's een instrument voor bekostiging zijn.

Welke randvoorwaarden gelden voor het DBC-regiem? Hoe transparant is de afweging van de inzet van het soort hulpmiddel? Wat zijn de aanspraken van de gebruiker bij een DBC en op welke manier is de optimale zorg geborgd?

Wat is de gewenste eindsituatie die CVZ voor ogen heeft? Wat zijn criteria (doelmatigheid, kostenbeheersing, kostenverschuiving)? Vallen specialistisch toezicht, 24 uur achterwacht onder de CVZ criteria?

Het is dringend gewenst om een evaluatie onderzoek te doen naar de ervaringen met de VAC 's.

Voor gebruikers van hulpmiddelen is de onduidelijkheid van de DBC's frustrerend. Daarom vragen wij u als pakketbeheerder op dit punt helderheid te verschaffen.

2. Hulpmiddelenzorg

In de signaleringslijst staan nu nog zaken die open zijn, maar waarover al een advies ligt, bijvoorbeeld op pagina 6 'standpunt persoonlijke alarmering'.

Stemprothesen

Wij vragen een verduidelijking van CVZ in het 'Pakketadvies 2009' over de reikwijdte van het functioneren van stemprothese. Valt een reserve- prothese onder de wettelijke omschrijving? Valt een vervanging na een lekkage eveneens onder de omschrijving functionerend hulpmiddel?

Kan CVZ in het advies 2009 ingaan op de vereenvoudiging die door het front loading systeem plaatsvindt? Licht in de toekomst, bij vervanging van een stemprothese, een verrichting door de eerste lijn niet voor de hand?

Oogprothesen

Wij pleiten ervoor om contactlenzen die noodzakelijk zijn voor de correctie van hoornvliesbeschadigingen, door trauma's of medische ingrepen (operaties), expliciet onder de functionele omschrijving te brengen.

Oriëntatiehulp middelen

Wij zijn erg ongelukkig met de gang van zaken rond dit onderzoek. De trage verwerking van gegevens is er nu oorzaak van dat het rapport zeker geen weergave genoemd kan worden van de laatste stand van zaken. In het rapport wordt een insteek gekozen die niet leidt tot duidelijkheid en condities om oriëntatiehulpmiddelen wel te verstrekken (een protocol). Wij wijzen de

S09-0146

-6-

concentratie op de vraag 'wie heeft er geen baat bij?' af. Op deze manier komen we geen stap verder en het gaat er juist om wel stappen vooruit te zetten.

Haarwerk

Bij Haarwerk is er onderscheid tussen confectie en maatwerk. We pleiten bij confectiehaarkosten uit te gaan van een maximum vergoeding (374 euro) met de mogelijkheid om zelf bij te betalen. Voor maatwerk is helderheid over indicaties noodzakelijk. Hier lijkt een protocollaire aanpak de aangewezen weg.

Aangezien in deze systematiek maatwerk altijd een zwaardere indicatie eist, die leidt tot meerkosten boven het maximum, pleiten we ervoor geen extra kosten in rekening te brengen wanneer aan het indicatievereiste is voldaan.

Voor gebruikers van deze verzekerde prestatie gaat het om, zoals de minister van VWS stelde, de meest adequate oplossing die past bij de persoon en de situatie. Dit kan confectie zijn, maar ook dan moet het de meest adequate oplossing zijn.

Hoofdbedekking

Wanneer noodzaak en functionaliteit positief zijn en vanuit het oogpunt van doelmatige zorg een oplossing kosteneffectief is, dan kan een voorziening niet uitgesloten worden. Dit lijkt een logische conclusie. Het CVZ standpunt lijkt hierom niet houdbaar. Wij vragen CVZ op dit punt om een herziening (pagina 34).

Hieronder ligt een principiële punt. Voorzieningen die dezelfde functionaliteit hebben en kosteneffectiever zijn, moeten kwalitatief qua onder de verzekerde prestatie vallen! Waarom wil CVZ deze uitsluiten? Geldt ook voor CVZ zelf niet dat functionele omschrijvingen een vorm van deregulering moeten inhouden en ruimte laten voor een verzekerde en zijn verzekeraar?

Stroomkosten

Er komt een onderzoek. Er zijn al standpunten. Graag brengen we het volgende onder de aandacht. Zonder stroom is geen gebruik van elektrische apparatuur mogelijk. De noodzaak van het gebruik van specifieke apparatuur is gelukkig niet algemeen. Daarom dienen de kosten ook niet als algemeen gebruikelijk te worden beschouwd. Dit zijn meerkosten direct gekoppeld aan de noodzaak van een geïndiceerde voorziening. Overigens laat het advies zich niet rijmen met de signaleringslijst dat een onderzoek na stroomkosten aankondigt.

3. Farmaceutische zorg

1. Vergoeding Benzodiazepinen

De Benzodiazepinen zijn per 1 januari uit het basispakket geschrapt. Er zijn vier uitzonderingen, waarbij wel wordt vergoed. De CG-Raad heeft de minister verzocht de regeling uit te breiden voor chronische zieken en gehandicapten, die niet onder een van de vier eerder genoemde uitzonderingen vallen. De CG-Raad noemde in het bijzonder mensen met neurologische en musculaire aandoeningen, patiënten die last hebben van spasmen, maar ook mensen met ernstige chronische

S09-0146

-7-

pijnklachten. Naast deze groepen krijgt de CG-Raad nog meldingen van mensen die geen vergoeding meer krijgen en voor wie de middelen medische noodzaak zijn. De CG-Raad meent dat in de functionele aanspraak een noodzakelijke verbetering zal betekenen.

Het is van belang om deze maatregel goed te evalueren door zowel onderzoek te doen naar de kwaliteitsdoelstelling, dus vermindering van ongewenst gebruik, als naar de consequentie voor de legitieme gebruikers, zowel de langdurige gebruikers als de kortdurende gebruikers.

2. Vergoeding Acetylcusteïne

Het CVZ adviseert de minister om alle geneesmiddelen met acetylcusteïne als enige werkzame stof te verwijderen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De reden hiervoor is dat acetylcusteïne in geen enkele richtlijn meer voorkomt. Een richtlijn adviseert en ondersteunt de hulpverlener op basis van evidence. Een middel dat niet de eerste keus is voor een richtlijn, is daarmee geen nutteloos middel. De medische Raad van Advies van de Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting (NCFS) is betrokken bij de richtlijn cystic fibrosis. Deze raad geeft aan dat voor een beperkte groep patiënten met cystic fibrosis acetylcusteïne voorgeschreven en vergoed moet blijven. Het niet opnemen in de richtlijn, betekent alleen dat het niet het middel van de eerste keus is.

De CG-Raad verzoekt twee wijzigingen op het CVZ advies:

1. Een overgangsregeling voor de huidige groep gebruikers. Deze groep moet het middel kunnen blijven gebruiken.
2. Nieuwe gebruikers worden volgens de richtlijnen behandeld. Voor de patiënten die geen baat hebben bij de geneesmiddelen uit de richtlijn, zal echter ook acetylcusteïne voorgeschreven moeten kunnen worden en daarmee vergoed worden. Wij verzoeken u acetylcusteïne voor deze beide groepen als verzekerde prestatie te handhaven.

4. AWBZ

De CG-Raad en CSO zijn verbaasd dat er ingrijpende maatregelen in het kader van de AWBZ genomen zijn - met oog op de in te dienen begroting van het ministerie - zonder dat hieraan een pakketadvies van de pakketbeheerder ten grondslag lag. Het feit dat CVZ in het voorliggende advies geen woord wijdt aan de pakketmaatregelen van het ministerie en de mogelijke effecten, doet onze verwondering alleen nog maar toenemen. We hadden graag een inhoudelijke AWBZ-reflexie van CVZ gezien als basis voor de consultatie van het veld. In Bijlage 1 geeft CVZ een beschrijving van het AWBZ-pakket. Bij een ingrijpende aanpak zoals die nu is doorgevoerd mag een opvatting verwacht worden.

Onze vrees is dat de verschuiving van de AWBZ-zorg naar ziekenhuiszorg, na een half jaar, tot allerlei voor de cliënt ongewenste manoeuvres van zorgaanbieders gaat leiden. Is een en ander wel goed uitgezocht?

Wij onderstrepen het belang van informatie over de feitelijke kwaliteit in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Maar wij hebben nog veel zorgen over de wijze

S09-0146

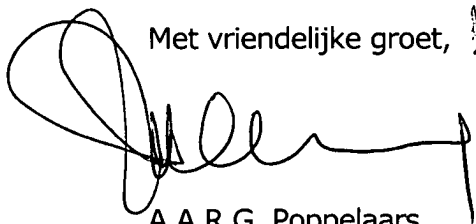
-8-

waarop deze informatie nu tot stand komt. Ervaringen met bepaalde certificaten hebben duidelijk gemaakt dat een en ander soms een mooie(re) voorstelling van zaken geeft. Licht het niet voor de hand dat Inspectie en CVZ hier meer samenwerken?

Naar aanleiding van de maatregelen rond de ondersteunende begeleiding is een systematisch onderzoek nodig. Het onderzoek moet gericht zijn op de feitelijke gevolgen van de maatregelen voor de zelfregie en deelname aan het maatschappelijke leven van hen die niet meer in aanmerking lijken te komen voor ondersteunende begeleiding. Wij onderstrepen de wenselijkheid van reflectie op de effecten van beleidsveranderingen in de zorg bij gebruikers van zorg. Met u hopen wij dat de overheveling van de somatische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet leidt tot de gewenste ontschotting in de zorg, waardoor betrokkenen sneller en adequater aan de vereiste revalidatiezorg kunnen worden geholpen.

In de hoop u hiermee van dienst geweest te zijn, teken ik mede namens de CSO.

Met vriendelijke groet, 



A.A.R.G. Poppelaars
directeur

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
Nederland
De heer A.A.R.G. Poppelaars
Postbus 169
3500 AD UTRECHT

Uw brief van
12 februari 2009

Uw kenmerk
S09-0146/pv/me

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019328

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Poppelaars,

Hartelijk dank voor uw gezamenlijke reactie met de Centrale samenwerkende ouderbonden (CSO) op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

DBC's

U wilt graag betrokken worden bij het standpunt dat het CVZ medio 2009 gaat innemen over de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg. De door u genoemde aandachtspunten betreft het CVZ daarbij. Het CVZ zal dit standpunt in concept aan de betrokken partijen voorleggen, waaronder de CG-raad en CSO.

Verder geeft u aan dat de voor de gebruiker van zorg vaak niet duidelijk is wat onder een DBC valt. Het CVZ wijst erop dat de gemiddelde landelijke zorgprofielen waarop de DBC's zijn gebaseerd te vinden zijn op de website van DBC-onderhoud, onder Zorgprofielen.

Algemeen

U hebt met belangstelling en waardering kennisgenomen van het integrale Pakketadvies 2009. Het CVZ kan rekenen op uw steun bij de uitwerking van de functiegerichte aanspraken van hulpmiddelen. U acht drie aandachtspunten (protocollen, procesbeschrijving en functionerend hulpmiddel) hierbij van belang. U pleit voor het gebruik van protocollen (hulpmiddelenkompassen) en wil dat het CVZ bij de invulling van de zorgstandaarden uitgaat van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg.

Reactie CVZ

Uw insteek voor wat betreft de rol van het CVZ met betrekking tot de totstandkoming van protocollen en zorgstandaarden is zodanig dat een verduidelijking op dit punt op zijn plaats is. Het CVZ is van mening dat de ontwikkeling van zorgstandaarden en protocollen alsmede de implementatie van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg en de Cliq-classificatie primair een taak is van partijen.

Het CVZ heeft aan het begin van hoofdstuk 3 'systeemadviezen' een inleidende paragraaf toegevoegd over de rol van het CVZ en belanghebbende partijen voor wat betreft het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Pakketscans

U hebt met interesse kennis genomen van de pakketscan diabetes en ondersteunt het voornemen van het CVZ om in 2009 en 2010 pakketscans uit te brengen voor depressie, coronaire hartziekte, dementie en COPD. Door de wijze waarop de pakketscans tot stand komen, levert deze signalen op die u als zeer waardevolle input ervaart voor pakketbeheer.

Overheveling somatische revalidatiezorg

U onderschrijft het theoretische concept voor de overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw. Wel geeft u aan dat niet eenzijdig gefocust moet worden op volume en prijs van de over te hevelen zorg. Het is van essentieel belang om vanuit een inhoudelijke optiek naar de zorgvraag van de patiënt en de zorgpaden te kijken. Ook plaatst u kanttekening bij de in het conceptadvies opgenomen wettelijke beperking van deze zorg tot een termijn van zes maanden.

Achtergrond van de overheveling van somatische revalidatiezorg is met name ingegeven vanuit zorginhoudelijke redenen. Dit heeft het CVZ beschreven in zijn pakketadvies 2007.

De reacties van belanghebbende partijen zijn voor het CVZ aanleiding geweest het conceptadvies te wijzigen, onder meer door *niet* te adviseren om de somatische revalidatiezorg wettelijk te beperken tot een termijn van zes maanden. Ook bakent het CVZ de patiëntengroep die voor somatische revalidatiezorg in aanmerking komt af door voor deze groep een aantal kenmerken te benoemen. Over de wijze van bekostiging van deze zorg heeft de Nza een uitvoeringstoets in voorbereiding. Het ministerie van VWS heeft een projectorganisatie ingericht om met belanghebbende partijen alle aspecten van de overheveling op zijn merites te beschouwen. In de loop van april zal de minister van VWS besluiten of de overheveling van deze zorg per 1 januari 2010 kan plaatsvinden. Het door de Raad van Bestuur vastgestelde advies over dit onderdeel van het Pakketadvies 2009 treft u aan als bijlage bij deze brief.

Oncologische revalidatie

U onderschrijft het standpunt dat het CVZ heeft ingenomen op het gebied van oncologische revalidatie.

Functioneel omschrijven hulpmiddelenzorg

U ondersteunt de ontwikkeling om de hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. Hierdoor zou ruimte moeten ontstaan voor maatwerk en innovaties. U pleit voor een monitor die inzichtelijk maakt of deze gewenste ontwikkelingen ook daadwerkelijk gaan plaatsvinden. Volgens u zijn de nieuwe adviezen gebaseerd op weloverwogen besluitvorming.

De pakketmonitor gaat invulling geven aan het inzichtelijk maken van de gevolgen van pakketwijzigingen. Verder zal het CVZ de ontwikkelingen monitoren aan de hand van de beoordeling van de modelpolissen en reglementen, beoordelingen stand van de wetenschap en praktijk en de ZorginnovatieWijzer. Eventueel kan het CVZ gericht onderzoek doen naar een bepaalde pakketwijziging.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

3/PAK-29018965

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Stemprothese

U vraagt om verduidelijking over de reikwijdte van het functionerend zijn van een stemprothese. Valt een reserve-stemprothese onder deze omschrijving en valt vervanging onder deze omschrijving indien sprake is van een lekkage. Ook vraagt u zich af of bij vervanging van een stemprothese een verrichting door de eerste lijn – in de toekomst – niet voor de hand ligt.

Reactie CVZ

Een verzekerde heeft recht op een functionerend hulpmiddel. Dit betekent dat hij zonodig aanspraak kan maken op een reserve-exemplaar als hij hierop ‘redelijkerwijs’ is aangewezen. Dit is een individuele toetsing. Indien een verzekerde zonder zijn hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie, is een verzekerde aangewezen op een reserve-exemplaar.

Naar aanleiding van de inhoudelijke consultatie die eerder heeft plaatsgevonden, heeft het CVZ al aandacht besteed aan de problematiek rond de reserve-stemprothese. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen. Daarnaast is in het rapport opgenomen dat een stemprothese ook in de eerste lijn kan worden vervangen. De stemprothese blijft daarmee onderdeel van de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’.

Oogprothesen

U pleit ervoor om contactlenzen die noodzakelijk zijn voor de correctie van hoornvliesbeschadigingen, door trauma's of medische ingrepen, expliciet onder de functionele omschrijving van oogprothesen te brengen.

Reactie CVZ

Het CVZ kan zich niet vinden in uw voorstel om de volgende reden. Een prothese vervangt een niet aanwezig of niet functionerend lichaamsdeel. Zoals omschreven in de toelichting kan een contactlens (scleralens met ingekleurde iris of pupil) tot de functiegerichte omschrijving van oogprothesen behoren, indien het uiterlijk van het oog dat *geen functie* meer heeft corrigeert.

Hoornvliesonregelmatigheden bijv. ten gevolge van keratoconus of tengevolge van littekens na hoornvliestransplantatie vormen een indicatie voor verstrekking van contactlenzen. Het gaat daarbij om lenzen die de visuele functie van het oog corrigeren. Dergelijke contactlenzen vallen niet onder de functiegerichte aanspraak van oogprothesen, maar tot de functiegerichte aanspraak van de hulpmiddelen voor de visuele functie.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen

U geeft aan ongelukkig te zijn met de ontwikkelingen rond de beoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. En geven aan dat de beoordeling niet gezien kan worden als de laatste stand van zaken. Daarnaast merkt u op dat de insteek waar het CVZ voor heeft gekozen niet leidt tot duidelijkheid en condities om de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten te verstrekken. Tot slot wijst u de concentratie op de vraag ‘wie heeft er geen baat bij?’ af.

Reactie CVZ

Het CVZ voert beoordelingen van hulpmiddelen uit zoals beschreven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Juist door het ontbreken van voldoende en adequate gegevens over de effectiviteit van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten is het voor het CVZ niet mogelijk een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen. In het rapport Hulpmiddelenzorg 2009 geeft het CVZ aan dat een advies pas mogelijk is indien het CVZ beschikt over voldoende (actuele) gegevens over het effect van deze hulpmiddelen. Dat het niet uitbrengen van een advies geen duidelijkheid geeft over de condities voor verstrekking van deze hulpmiddelen is onjuist.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zijn geen te verzekeren prestatie en dat blijft ongewijzigd. Onder bepaalde voorwaarde kan men hier wel voor in aanmerking komen via het PGB-experiment op het terrein van de visuele hulpmiddelen. Het CVZ herkent zich niet in de opmerking dat het hoofdstuk over de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zich concentreert op de vraag 'wie heeft er geen baat bij'. De insteek van het CVZ is of er voldoende gegevens beschikbaar zijn om een weloverwogen beoordeling te kunnen uitvoeren. Die gegevens ontbreken op dit moment.

Maximum vergoeding haarwerken

U pleit ervoor de voorgestelde maximum vergoeding alleen van toepassing te laten zijn voor confectiehaarwerk. Voor maatwerk is helderheid over indicaties noodzakelijk via een protocollaire aanpak. Indien aan de indicatievereiste voor maatwerk is voldaan pleit u voor een volledige vergoeding van het haarwerk.

Reactie CVZ

De reacties op het voorstel van het CVZ met betrekking tot het verhogen van de maximum vergoeding voor haarwerken zijn verschillend. ZN wil weliswaar geen verhoging, maar heeft in een eerder stadium gepleit voor één maximum vergoeding. U wilt wel een hogere vergoeding, maar het voorstel van het CVZ gaat u niet ver genoeg. U pleit in feite voor gedifferentieerde vergoedingen. Gelet op de deze reacties is het CVZ van mening dat het voorstel voor één hogere maximum vergoeding hieraan het meest tegemoet komt.

Hoofdbedekking

Verder bent u van mening dat voorzieningen die dezelfde functionaliteit hebben en kosteneffectief zijn onder de verzekerde prestatie zouden moeten vallen. Het uitsluiten van alternatieve hoofdbedekkingen is naar uw mening om deze reden niet mogelijk.

Reactie CVZ

Het CVZ is van mening dat voorzieningen die èn financieel toegankelijk èn algemeen gebruikelijke zijn niet voor vergoeding in aanmerking moeten komen (pakketprincipe noodzakelijkheid). Dit geldt ook als deze voorzieningen mogelijk een alternatief zijn voor andere voorzieningen die wel tot het pakket behoren.

Stroomkosten

U vindt dat er zonder stroom geen gebruik van elektrische apparatuur mogelijk is. De noodzaak van het gebruik van specifieke apparatuur is niet algemeen gebruikelijk en daarom dienen de kosten voor stroom ook niet als algemeen gebruikelijk beschouwd te worden. U geeft aan dat het advies niet rijmt met de signaleringslijst dat een onderzoek naar stroomkosten aankondigt.

Reactie CVZ

Het CVZ is het met u eens dat het gebruik van hulpmiddelen niet algemeen gebruikelijk is. In artikel 2.9, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is echter bepaald dat de kosten van het normale gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde blijven, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald. Van oudsher worden stroomkosten gerekend tot de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Deze kunnen alleen worden vergoed als daarvoor in de Regeling een uitzonderingsbepaling is opgenomen.

Het CVZ heeft onderzoek naar stroomkosten en batterijgebruik aangekondigd omdat het onduidelijk is waarom bij het ene hulpmiddel wél stroomkosten worden vergoed en bij een ander hulpmiddel niet. De stroomkosten bij een zuurstofconcentrator komen bijvoorbeeld wel voor vergoeding in aanmerking, terwijl het batterijgebruik bij hoortoestellen voor rekening van de verzekerde komt.

Het onderzoek zal zich dus richten op de vraag wanneer het ingeval van stroomkosten redelijk is te spreken van 'kosten van normaal gebruik' en wanneer niet.

In de adviezen doet het CVZ geen voorstellen voor het wijzigen van de huidige situatie. Eerst wil het CVZ zich een beter beeld vormen over deze materie.

Farmaceutische zorg: vergoeding Benzodiazepinen en Acetylcysteïne

U geeft aan dat men al aan de minister van VWS heeft laten weten dat de beperking van de vergoeding van benzodiazepinen te groot is. Men is van mening dat benzodiazepinen vergoed moet blijven voor de groep chronische zieken en gehandicapten. U noemt in het bijzonder mensen met neurologische en musculaire aandoeningen, patiënten die last hebben van spasmen en mensen met ernstige chronische pijnklachten. Tevens ben u van mening dat deze maatregel goed geëvalueerd moet worden.

Het CVZ heeft de minister geadviseerd geneesmiddelen met acetylcysteïne enige werkzame stof niet meer te vergoeden omdat acetylcysteïne in geen enkele richtlijn meer voorkomt. Het niet opnemen van het middel in een richtlijn, betekent alleen dat het niet het middel van de eerste keuze is. U bent van mening dat er a) een overgangsregeling nodig is voor de huidige groep gebruikers en b) dat voor patiënten die geen baat hebben bij geneesmiddelen ingezet conform bestaande richtlijnen, acetylcysteïne voorgeschreven en vergoed moet blijven.

Reactie CVZ

In de brief van 3 februari 2009 heeft de minister het CVZ verzocht om een advies over de vergoeding van benzodiazepinen bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen (zoals amyotrofe lateraalsclerose, spierziekten) en ziekten van het centrale zenuwstelsel (zoals multipale sclerose). Dit naar aanleiding van de verzoeken van de CG-Raad alsook van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De inhoudelijke beoordeling is reeds gestart, het is de bedoeling dat het CVZ medio 2009 zijn advies de minister uitbrengt. Verder ligt het al in de planning van het CVZ om de consequenties van de beperking van de vergoeding van de benzodiazepinen te evalueren via de pakketmonitor.

U pleit voor een duidelijke overgangstermijn bij de wijziging van vergoeding van acetylcysteïne bevattende geneesmiddelen voor de huidige gebruikers. Dit punt is door ZN tijdens de consultatie van het conceptadvies ook ingebracht. Het CVZ is het hiermee eens. De recente beperking van de vergoeding van benzodiazepinen leert dat tijdige en uitgebreide voorlichting over wijzigingen in het pakket noodzakelijk is voor een succesvolle implementatie. Door een tijdige aankondiging kunnen eventuele wijzigingen in de behandeling op een geleidelijke manier worden doorgevoerd. U kunt hierin ook een rol spelen door uw achterban te informeren over deze ontwikkelingen.

Uw verzoek om acetylcysteïne toch te vergoeden bij patiënten die geen baat hebben bij geneesmiddelen die zijn aanbevolen door de behandelrichtlijnen is in de ogen van het CVZ niet redelijk omdat dit niet ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg. Acetylcysteïne wordt wel degelijk genoemd in de richtlijnen, maar als een behandeling die af te raden is. In de behandelrichtlijnen is expliciet vermeld dat acetylcysteïne géén plaats meer heeft bij de behandeling van chronisch obstructief longlijden. Ook de Commissie Farmaceutisch Hulp is tot eenzelfde oordeel gekomen. Een uitzondering voor deze groep zou geen recht doen aan de pakketbeoordeling: acetylcysteïne voldoet immers niet meer aan geldende pakketcriteria. Bovendien is deze toepassing van acetylcysteïne geen kwalitatieve zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap.

Voor u is geprotocolleerde zorg een belangrijk uitgangspunt bij de doelmatige inrichting van de zorg. U dringt ook aan om protocollen meer dan tot nu toe te betrekken bij het pakketbeheer.

Het uitstroomadvies van acetylcysteïne is een concrete uitvoering van deze benadering van pakketbeheer: informatie uit de richtlijnen/protocollen wordt betrokken bij de vertaling naar vergoeding.

AWBZ

U bent verbaasd dat er ingrijpende maatregelen in het kader van de AWBZ zijn genomen zonder dat hier een advies van het CVZ aan ten grondslag ligt. U had graag een

inhoudelijke AWBZ-reflectie van het CVZ gezien op basis van een consultatie van belanghebbende partijen.

Het CVZ start een principiële discussie over de AWBZ. De afgelopen jaren is er veel geschreven en gesproken over de toekomst van de AWBZ. Het kabinet Balkenende IV neemt geen beslissing over de toekomst van de AWBZ. Dit is vastgelegd in het huidige Regeerakkoord. Wel heeft de Regering maatregelen genomen c.q. aangekondigd die de besluitvorming van een volgend Kabinet ten dienste zijn.

Zowel bij belanghebbende partijen als in de politiek is er behoefte aan een perspectief over de AWBZ op de langere termijn om prioriteiten te kunnen stellen.

Het CVZ is voornemens om ten behoeve van een volgend Kabinet een toekomstperspectief te schetsen. Het CVZ gaat samen met mensen die in het AWBZ-zorg werken na welke zorg die nu in de AWBZ is opgenomen voor welke cliëntengroep collectief geregeld moet blijven.

Rondom vier thema's organiseert het CVZ deze gesprekken. De thema's zijn: ouderenzorg, zorg voor gehandicapten, jeugdzorg en chronisch psychiatrische zorg. Aan de hand van de uitkomsten van deze gesprekken zal het CVZ zijn toekomstperspectief uitwerken. Daarin betrekken wij ook de eerdere rapporten en adviezen die zijn uitgebracht.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
Nederland
De heer A.A.R.G. Poppelaars
Postbus 169
3500 AD UTRECHT

Uw brief van
12 februari 2009

Uw kenmerk
S09-0146/pv/me

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019328

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Poppelaars,

Hartelijk dank voor uw gezamenlijke reactie met de Centrale samenwerkende ouderbonden (CSO) op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

DBC's

U wilt graag betrokken worden bij het standpunt dat het CVZ medio 2009 gaat innemen over de afbakening tussen hulpmiddelenzorg en medisch specialistische zorg. De door u genoemde aandachtspunten betreft het CVZ daarbij. Het CVZ zal dit standpunt in concept aan de betrokken partijen voorleggen, waaronder de CG-raad en CSO.

Verder geeft u aan dat de voor de gebruiker van zorg vaak niet duidelijk is wat onder een DBC valt. Het CVZ wijst erop dat de gemiddelde landelijke zorgprofielen waarop de DBC's zijn gebaseerd te vinden zijn op de website van DBC-onderhoud, onder Zorgprofielen.

Algemeen

U hebt met belangstelling en waardering kennisgenomen van het integrale Pakketadvies 2009. Het CVZ kan rekenen op uw steun bij de uitwerking van de functiegerichte aanspraken van hulpmiddelen. U acht drie aandachtspunten (protocollen, procesbeschrijving en functionerend hulpmiddel) hierbij van belang. U pleit voor het gebruik van protocollen (hulpmiddelenkompassen) en wil dat het CVZ bij de invulling van de zorgstandaarden uitgaat van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg.

Reactie CVZ

Uw insteek voor wat betreft de rol van het CVZ met betrekking tot de totstandkoming van protocollen en zorgstandaarden is zodanig dat een verduidelijking op dit punt op zijn plaats is. Het CVZ is van mening dat de ontwikkeling van zorgstandaarden en protocollen alsmede de implementatie van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg en de Cliq-classificatie primair een taak is van partijen.

Het CVZ heeft aan het begin van hoofdstuk 3 'systeemadviezen' een inleidende paragraaf toegevoegd over de rol van het CVZ en belanghebbende partijen voor wat betreft het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Stemprothese

U vraagt om verduidelijking over de reikwijdte van het functionerend zijn van een stemprothese. Valt een reserve-stemprothese onder deze omschrijving en valt vervanging onder deze omschrijving indien sprake is van een lekkage. Ook vraagt u zich af of bij vervanging van een stemprothese een verrichting door de eerste lijn – in de toekomst – niet voor de hand ligt.

Reactie CVZ

Een verzekerde heeft recht op een functionerend hulpmiddel. Dit betekent dat hij zonodig aanspraak kan maken op een reserve-exemplaar als hij hierop ‘redelijkerwijs’ is aangewezen. Dit is een individuele toetsing. Indien een verzekerde zonder zijn hulpmiddel ernstig belemmerd wordt in zijn normale bezigheden en het te verwachten is dat verzekerde zijn voorziening regelmatig gedurende geruime tijd zal moeten missen in verband met noodzakelijk onderhoud of reparatie, is een verzekerde aangewezen op een reserve-exemplaar.

Naar aanleiding van de inhoudelijke consultatie die eerder heeft plaatsgevonden, heeft het CVZ al aandacht besteed aan de problematiek rond de reserve-stemprothese. Omdat stemprothesen onvoorzien kunnen gaan lekken en dan snel vervangen moeten worden, is verstrekking van een reserve-exemplaar in het algemeen aangewezen. Daarnaast is in het rapport opgenomen dat een stemprothese ook in de eerste lijn kan worden vervangen. De stemprothese blijft daarmee onderdeel van de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’.

Oogprothesen

U pleit ervoor om contactlenzen die noodzakelijk zijn voor de correctie van hoornvliesbeschadigingen, door trauma's of medische ingrepen, expliciet onder de functionele omschrijving van oogprothesen te brengen.

Reactie CVZ

Het CVZ kan zich niet vinden in uw voorstel om de volgende reden. Een prothese vervangt een niet aanwezig of niet functionerend lichaamsdeel. Zoals omschreven in de toelichting kan een contactlens (scleralens met ingekleurde iris of pupil) tot de functiegerichte omschrijving van oogprothesen behoren, indien het uiterlijk van het oog dat *geen functie* meer heeft corrigeert.

Hoornvliesonregelmatigheden bijv. ten gevolge van keratoconus of tengevolge van littekens na hoornvliestransplantatie vormen een indicatie voor verstrekking van contactlenzen. Het gaat daarbij om lenzen die de visuele functie van het oog corrigeren. Dergelijke contactlenzen vallen niet onder de functiegerichte aanspraak van oogprothesen, maar tot de functiegerichte aanspraak van de hulpmiddelen voor de visuele functie.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen

U geeft aan ongelukkig te zijn met de ontwikkelingen rond de beoordeling van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten. En geven aan dat de beoordeling niet gezien kan worden als de laatste stand van zaken. Daarnaast merkt u op dat de insteek waar het CVZ voor heeft gekozen niet leidt tot duidelijkheid en condities om de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten te verstrekken. Tot slot wijst u de concentratie op de vraag ‘wie heeft er geen baat bij?’ af.

Reactie CVZ

Het CVZ voert beoordelingen van hulpmiddelen uit zoals beschreven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Juist door het ontbreken van voldoende en adequate gegevens over de effectiviteit van de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten is het voor het CVZ niet mogelijk een advies over deze hulpmiddelen uit te brengen. In het rapport Hulpmiddelenzorg 2009 geeft het CVZ aan dat een advies pas mogelijk is indien het CVZ beschikt over voldoende (actuele) gegevens over het effect van deze hulpmiddelen. Dat het niet uitbrengen van een advies geen duidelijkheid geeft over de condities voor verstrekking van deze hulpmiddelen is onjuist.

Elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zijn geen te verzekeren prestatie en dat blijft ongewijzigd. Onder bepaalde voorwaarde kan men hier wel voor in aanmerking komen via het PGB-experiment op het terrein van de visuele hulpmiddelen. Het CVZ herkent zich niet in de opmerking dat het hoofdstuk over de elektronische oriënteringshulpmiddelen voor visueel gehandicapten zich concentreert op de vraag 'wie heeft er geen baat bij'. De insteek van het CVZ is of er voldoende gegevens beschikbaar zijn om een weloverwogen beoordeling te kunnen uitvoeren. Die gegevens ontbreken op dit moment.

Maximum vergoeding haarwerken

U pleit ervoor de voorgestelde maximum vergoeding alleen van toepassing te laten zijn voor confectiehaarwerk. Voor maatwerk is helderheid over indicaties noodzakelijk via een protocollaire aanpak. Indien aan de indicatievereiste voor maatwerk is voldaan pleit u voor een volledige vergoeding van het haarwerk.

Reactie CVZ

De reacties op het voorstel van het CVZ met betrekking tot het verhogen van de maximum vergoeding voor haarwerken zijn verschillend. ZN wil weliswaar geen verhoging, maar heeft in een eerder stadium gepleit voor één maximum vergoeding. U wilt wel een hogere vergoeding, maar het voorstel van het CVZ gaat u niet ver genoeg. U pleit in feite voor gedifferentieerde vergoedingen. Gelet op de deze reacties is het CVZ van mening dat het voorstel voor één hogere maximum vergoeding hieraan het meest tegemoet komt.

Hoofdbedekking

Verder bent u van mening dat voorzieningen die dezelfde functionaliteit hebben en kosteneffectief zijn onder de verzekerde prestatie zouden moeten vallen. Het uitsluiten van alternatieve hoofdbedekkingen is naar uw mening om deze reden niet mogelijk.

Reactie CVZ

Het CVZ is van mening dat voorzieningen die èn financieel toegankelijk èn algemeen gebruikelijke zijn niet voor vergoeding in aanmerking moeten komen (pakketprincipe noodzakelijkheid). Dit geldt ook als deze voorzieningen mogelijk een alternatief zijn voor andere voorzieningen die wel tot het pakket behoren.

Stroomkosten

U vindt dat er zonder stroom geen gebruik van elektrische apparatuur mogelijk is. De noodzaak van het gebruik van specifieke apparatuur is niet algemeen gebruikelijk en daarom dienen de kosten voor stroom ook niet als algemeen gebruikelijk beschouwd te worden. U geeft aan dat het advies niet rijmt met de signaleringslijst dat een onderzoek naar stroomkosten aankondigt.

Reactie CVZ

Het CVZ is het met u eens dat het gebruik van hulpmiddelen niet algemeen gebruikelijk is. In artikel 2.9, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is echter bepaald dat de kosten van het normale gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde blijven, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald. Van oudsher worden stroomkosten gerekend tot de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Deze kunnen alleen worden vergoed als daarvoor in de Regeling een uitzonderingsbepaling is opgenomen.

Het CVZ heeft onderzoek naar stroomkosten en batterijgebruik aangekondigd omdat het onduidelijk is waarom bij het ene hulpmiddel wél stroomkosten worden vergoed en bij een ander hulpmiddel niet. De stroomkosten bij een zuurstofconcentrator komen bijvoorbeeld wel voor vergoeding in aanmerking, terwijl het batterijgebruik bij hoortoestellen voor rekening van de verzekerde komt.

Het onderzoek zal zich dus richten op de vraag wanneer het ingeval van stroomkosten redelijk is te spreken van 'kosten van normaal gebruik' en wanneer niet.

In de adviezen doet het CVZ geen voorstellen voor het wijzigen van de huidige situatie. Eerst wil het CVZ zich een beter beeld vormen over deze materie.

Farmaceutische zorg: vergoeding Benzodiazepinen en Acetylcysteïne

U geeft aan dat men al aan de minister van VWS heeft laten weten dat de beperking van de vergoeding van benzodiazepinen te groot is. Men is van mening dat benzodiazepinen vergoed moet blijven voor de groep chronische zieken en gehandicapten. U noemt in het bijzonder mensen met neurologische en musculaire aandoeningen, patiënten die last hebben van spasmen en mensen met ernstige chronische pijnklachten. Tevens ben u van mening dat deze maatregel goed geëvalueerd moet worden.

Het CVZ heeft de minister geadviseerd geneesmiddelen met acetylcysteïne enige werkzame stof niet meer te vergoeden omdat acetylcysteïne in geen enkele richtlijn meer voorkomt. Het niet opnemen van het middel in een richtlijn, betekent alleen dat het niet het middel van de eerste keuze is. U bent van mening dat er a) een overgangsregeling nodig is voor de huidige groep gebruikers en b) dat voor patiënten die geen baat hebben bij geneesmiddelen ingezet conform bestaande richtlijnen, acetylcysteïne voorgeschreven en vergoed moet blijven.

Reactie CVZ

In de brief van 3 februari 2009 heeft de minister het CVZ verzocht om een advies over de vergoeding van benzodiazepinen bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen (zoals amyotrofe lateraalsclerose, spierziekten) en ziekten van het centrale zenuwstelsel (zoals multipole sclerose). Dit naar aanleiding van de verzoeken van de CG-Raad alsook van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De inhoudelijke beoordeling is reeds gestart, het is de bedoeling dat het CVZ medio 2009 zijn advies de minister uitbrengt. Verder ligt het al in de planning van het CVZ om de consequenties van de beperking van de vergoeding van de benzodiazepinen te evalueren via de pakketmonitor.

U pleit voor een duidelijke overgangstermijn bij de wijziging van vergoeding van acetylcysteïne bevattende geneesmiddelen voor de huidige gebruikers. Dit punt is door ZN tijdens de consultatie van het conceptadvies ook ingebracht. Het CVZ is het hiermee eens. De recente beperking van de vergoeding van benzodiazepinen leert dat tijdige en uitgebreide voorlichting over wijzigingen in het pakket noodzakelijk is voor een succesvolle implementatie. Door een tijdige aankondiging kunnen eventuele wijzigingen in de behandeling op een geleidelijke manier worden doorgevoerd. U kunt hierin ook een rol spelen door uw achterban te informeren over deze ontwikkelingen.

Uw verzoek om acetylcysteïne toch te vergoeden bij patiënten die geen baat hebben bij geneesmiddelen die zijn aanbevolen door de behandelrichtlijnen is in de ogen van het CVZ niet redelijk omdat dit niet ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg. Acetylcysteïne wordt wel degelijk genoemd in de richtlijnen, maar als een behandeling die af te raden is. In de behandelrichtlijnen is expliciet vermeld dat acetylcysteïne géén plaats meer heeft bij de behandeling van chronisch obstructief longlijden. Ook de Commissie Farmaceutisch Hulp is tot eenzelfde oordeel gekomen. Een uitzondering voor deze groep zou geen recht doen aan de pakketbeoordeling: acetylcysteïne voldoet immers niet meer aan geldende pakketcriteria. Bovendien is deze toepassing van acetylcysteïne geen kwalitatieve zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap.

Voor u is geprotocolleerde zorg een belangrijk uitgangspunt bij de doelmatige inrichting van de zorg. U dringt ook aan om protocollen meer dan tot nu toe te betrekken bij het pakketbeheer.

Het uitstroomadvies van acetylcysteïne is een concrete uitvoering van deze benadering van pakketbeheer: informatie uit de richtlijnen/protocollen wordt betrokken bij de vertaling naar vergoeding.

AWBZ

U bent verbaasd dat er ingrijpende maatregelen in het kader van de AWBZ zijn genomen zonder dat hier een advies van het CVZ aan ten grondslag ligt. U had graag een

inhoudelijke AWBZ-reflectie van het CVZ gezien op basis van een consultatie van belanghebbende partijen.

Het CVZ start een principiële discussie over de AWBZ. De afgelopen jaren is er veel geschreven en gesproken over de toekomst van de AWBZ. Het kabinet Balkenende IV neemt geen beslissing over de toekomst van de AWBZ. Dit is vastgelegd in het huidige Regeerakkoord. Wel heeft de Regering maatregelen genomen c.q. aangekondigd die de besluitvorming van een volgend Kabinet ten dienste zijn.

Zowel bij belanghebbende partijen als in de politiek is er behoefte aan een perspectief over de AWBZ op de langere termijn om prioriteiten te kunnen stellen.

Het CVZ is voornemens om ten behoeve van een volgend Kabinet een toekomstperspectief te schetsen. Het CVZ gaat samen met mensen die in het AWBZ-zorg werken na welke zorg die nu in de AWBZ is opgenomen voor welke cliëntengroep collectief geregeld moet blijven.

Rondom vier thema's organiseert het CVZ deze gesprekken. De thema's zijn: ouderenzorg, zorg voor gehandicapten, jeugdzorg en chronisch psychiatrische zorg. Aan de hand van de uitkomsten van deze gesprekken zal het CVZ zijn toekomstperspectief uitwerken. Daarin betrekken wij ook de eerdere rapporten en adviezen die zijn uitgebracht.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

CVZ
Dr. A. Boer, Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Kenmerk: pj/mb/2009.032
Betreft: concept-pakketadvies 2009 en het concept deelrapport hulpmiddelenzorg 2009

Utrecht, 12 februari 2009

Geachte heer Boer,

In uw schrijven d.d. 15 januari 2009, uw kenmerk PAK 29003603v3, verzoekt u om een reactie op het concept-pakketadvies 2009 en het concept-deelrapport hulpmiddelenzorg 2009.

T.a.v. het eerste verwijst ik u naar de gezamenlijke reactie van RN en VRA, d.d. 12 februari 2009.

In een eerder stadium zijn wij als VRA geconsulteerd aangaande het deelrapport hulpmiddelenzorg 2009. Onze reacties daarop vinden wij voldoende terug in het concept deelrapport 2009, derhalve zien wij geen grond voor verder commentaar.

Met vriendelijke groet,



G.A. Balk
Secretaris VRA

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH Diemen

Den Haag, 12 februari 2009

Geachte heer Boer,

Betreft: Pakketadvies 2009 / deelrapport Hulpmiddelenzorg

Wij ontvingen de concepten van het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 in het kader van de bestuurlijke consultatie. Voor een algemene reactie op deze stukken verwijzen wij naar de brief van SOMT d.d. 11 februari jl. Specifiek ten aanzien van de verstrekking van hulpmiddelen bij diabetes vraagt Diagned nog uw aandacht voor het volgende.

In de Pakketscan diabetes, die het CVZ in 2008 heeft uitgebracht, is geconstateerd dat patiënten met diabetes type 2 die geen insuline gebruiken volgens het huidige pakket geen recht op vergoeding van zelfcontrole materialen hebben. Gelet op de herhaalde verzoeken van de DVN en het feit dat de laatste CVZ beoordeling in 2005 heeft plaatsgevonden en er sindsdien verschillende nieuwe onderzoeken zijn gepubliceerd, wordt in de Pakketscan een nieuwe beoordeling wenselijk geacht. Geconstateerd wordt dat zelfcontrole een potentieel onderwerp voor de Pakketagenda 2009/2010 is.

In de deelrapportage Hulpmiddelenzorg hebben wij niets over dit onderwerp terug kunnen vinden.

Mogelijk wordt dit onderwerp meegenomen onder de noemer "zelfmanagement chronisch zieken", dat valt onder het thema "Zorg in de eigen omgeving" van de Pakketagenda 2009-2010. Wij hebben echter geen enkel zicht op de activiteiten en procedures die in het kader van dit thema worden gehanteerd. Wij zouden het zeer op prijs stellen indien het CVZ op dit punt meer duidelijkheid zou kunnen verschaffen.

Met vriendelijke groet,


Mirjam de Bruin

Diagned
Mevrouw mr. M. de Bruin
Postbus 85612
2508 CH DEN HAAG

Uw brief van
12 februari 2009

Uw kenmerk

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019025

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte mevrouw De Bruin,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Verstrekking van hulpmiddelen bij diabetes

U geeft aan dat in de Pakketscan diabetes is opgenomen dat zelfcontrole bij type II diabetes een potentieel onderwerp is voor de Pakketagenda 2009/2010. In het Pakketadvies hulpmiddelenzorg is echter niets over dit onderwerp terug te vinden.

Het onderwerp zelfcontrole type II was per abuis niet genoemd op de Signaleringslijst hulpmiddelen. Het CVZ heeft deze omissie in het rapport gecorrigeerd. Het CVZ zal in het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 adviseren over de functiegerichte omschrijving van diabeteshulpmiddelen, inclusief de zelfcontrole bij type II diabetes.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Dr. A. Boer

Postbus 320

1110 AH DIEMEN

Kenmerk : nfm.bri.185

Betreft : Reactie op consultatie Pakketadvies 2009

Datum : 13 februari 2009

Geachte heer Boer,

Wij ontvingen de concepten van het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 in het kader van de bestuurlijke consultatie. De stukken leiden tot de volgende reactie.

Pakketadvies 2009

Het pakketadvies besteedt ruim aandacht aan het onderwerp zorginnovatie. Daarbij wordt ingegaan op zowel het Zorginnovatieplatform (ZIP) als de Zorginnovatiewijzer. Aangegeven wordt dat het ZIP zich vooral bemoeit met de voorkant van het innovatieproces, de zorginnovatiewijzer meer met de achterkant. Samenwerking tussen het ZIP en de Zorginnovatiewijzer is, zoals beschreven, van belang.

Wij constateren dat de oprichting van de Zorginnovatiewijzer anderhalf jaar op zich heeft laten wachten waarbij het bereiken van overeenstemming over de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de drie onderliggende instanties (CVZ, NZa, ZonMw) een knelpunt was. Het voorliggende pakketadvies besteedt geen aandacht aan deze samenwerking respectievelijk aan afspraken en/of uitwerking daarvan. Enige nadere duiding en uitleg is naar onze mening gepast.

De CVZ-pakketagenda 2009 – 2010 besteedt eveneens aandacht aan innovatie met het thema "ruimte maken voor innovatie". De Zorginnovatiewijzer wordt daar eveneens genoemd. Ons is niet duidelijk of deze agendering leidt tot andere, extra activiteiten dan in het pakketadvies aangegeven nl. onderzoek naar afgehandelde verzoeken. Anders en meer algemeen gezegd, hoe wordt de operationalisering van de thema's van de pakketagenda vormgegeven?

Aangaande het onderwerp "innovatie van intramurale zorg" hebben CVZ en DBC-onderhoud afspraken gemaakt over het verzamelen van informatie. CVZ doet dit nu in opdracht van DBC-onderhoud.

Wij pleiten ervoor een proceduredocument op te stellen en te publiceren waarin heldere afspraken zijn gemaakt over de taken en verantwoordelijkheden van de drie partijen die bij de aanvraag van een DBC zijn betrokken, te weten CVZ, DBC-onderhoud en NZa. Ook termijnen waaraan partijen zijn gehouden zouden daarin een plaats moeten krijgen.

De Adviescommissie Pakket (ACP) tenslotte krijgt voor het eerst een prominente plaats in het pakketadvies. Het is ons inziens van belang dat het pakketadvies dan ook blijk geeft van een transparante, onafhankelijke taakuitoefening van de ACP. Daarmee wordt bedoeld dat afwegingen van de ACP anders kunnen of misschien wel moeten zijn dan de afwegingen binnen de assesment/beoordelingsfase van het CVZ hetgeen tot andere eindconclusies kan leiden. Het pakketadvies zal hier dan nader op moeten ingaan.

Deelrapport hulpmiddelenzorg

Wij onderschrijven het belang van een spoedige, verdere uitwerking van functiegerichte omschrijvingen op basis van de ICF. Tegelijkertijd roept de omschakeling van een "gesloten lijst" –systematiek naar een open systeem de vraag op welke rol CVZ als pakketbeheerder voor zichzelf ziet in de nieuwe constellatie. Immers, het open systeem van functiegerichte omschrijvingen kan leiden tot verschillende uitwerkingen en dus vergoeding van medische hulpmiddelen door zorgverzekeraars zonder voorafgaande pakkettoets. Het is aan te bevelen in de aanstaande nieuwe editie van het CVZ-document "pakketbeheer in de praktijk" expliciet hieraan aandacht te besteden.

Wij constateren dat er zowel bij CVZ als bij ZN samen met de CG-Raad nu activiteiten zijn of worden opgestart met betrekking tot functiegerichte omschrijvingen. CVZ is nauw betrokken bij de activiteiten van ZN, zo is ons medegedeeld. In het pakketadvies wordt op de activiteiten van ZN/CG-Raad niet ingegaan. Ons inziens is het noodzakelijk deze initiatieven alsook de rol van CVZ daarbij te beschrijven.

De pakketmonitor is een nieuw initiatief van CVZ, zo blijkt ook uit de informatiebijeenkomst Pakketbeheer van 29 januari jl. Daarmee zouden niet alleen de effecten van de adviezen met betrekking tot instroom moeten worden gemonitord maar ook de effecten voor adviezen met betrekking tot uitstroom. Wij zijn zeer benieuwd welke effecten worden gemeten. Worden ook de effecten buiten de directe zorgkolom gemeten zoals de maatschappelijke baten van de

instroom en uitstroom? Het zou goed zijn als het pakketadvies explicieter stil staat bij de verwachtingen en werkwijze van de pakketmonitor.

Daarnaast willen wij de volgende kanttekening maken. Het monitoren van de effecten van uitstroom lijkt op een achteraf verantwoording van het uitstroomadvies. Zou het niet beter en logischer zijn de pakketmonitor in te zetten als onderdeel van de besluitvorming voor een eventueel advies tot uitstroom en dus niet als het advies eenmaal is gegeven?

Tenslotte, de signaleringslijst hulpmiddelen geeft aan dat er medio 2009 een standpunt zal worden ingenomen over de afbakening te verzekeren prestatie "geneeskundige zorg" en "hulpmiddelenzorg". Een duidelijke stellingname van het CVZ juichen wij toe. Recente ervaringen met ondermeer de vergoeding van vacuümtherapie hebben aangetoond dat het onderbrengen van hulpmiddelen bij de prestatie "geneeskundige zorg" tot grote knelpunten kan leiden, die uitermate complexe, in de praktijk onuitvoerbaar en onwenselijke situaties tot gevolg kan hebben.

Bij de vaststelling van het standpunt zou het ons inziens niet alleen moeten gaan om een theoretische afbakening maar zou er vooral ook oog moeten zijn voor de praktische uitvoerbaarheid en bijbehorend instrumentarium. Elementen die dan aan de orde moeten komen zijn de kosten van hulpmiddelen binnen de DBC-systematiek, financiering/vergoeding van noodzakelijke verpleging aan huis, afbakening hulpmiddelenzorg/geneeskundige zorg/AWBZ (mede in het geval de prestatie wordt geleverd in een AWBZ-instelling) en de eventuele knip tussen vergoeding van het hulpmiddel en bijbehorende verbruiksartikelen. Graag willen wij bij de standpuntbepaling van het CVZ worden betrokken.

Vertrouwend u voldoende geïnformeerd te hebben, tekent,

met vriendelijke groet,



Mr. Roelf A. van Run
Secretaris

Secretariaat SOMT: Postbus 90154; 5000 LG Tilburg. Tel.nr :013-5944342

Stichting Ondernemingen Medische Technologie
(S.O.M.T.)
De heer mr. R.A. van Run
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Uw brief van
13 februari 2009

Uw kenmerk
nfm.bri.185

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019010

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Van Run,

Hartelijk dank voor uw reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2009 en deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009. Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Zorginnovatie

U constateert dat de oprichting van de Zorginnovatiewijzer anderhalf jaar op zich heeft laten wachten omdat onderlinge afstemming over de rollen, taken en verantwoordelijkheden van NZa, ZonMW en CVZ een knelpunt was. Het CVZ wijst erop dat, zoals ook in het pakketadvies is aangegeven, de Zorginnovatiewijzer i.o. vooruitlopend op de officiële start al geruime tijd aanvragen in behandeling neemt.

Pakketagenda 2009-2010: thema ruimte maken voor innovatie

In zijn pakketagenda 2009-2010 heeft het CVZ aangegeven ruimte te maken voor innovatie. Enerzijds speelt de Zorginnovatiewijzer daarbij een rol, maar anderzijds zal het CVZ in zijn pakketbeheer aandacht besteden aan innovatie.

Innovatie van intramurale zorg

U constateert dat over het onderwerp "innovatie van intramurale zorg" CVZ en DBC-onderhoud afspraken hebben gemaakt over het verzamelen van informatie. U pleit voor het publiceren van proceduredocumenten waarin taken en verantwoordelijkheden van CVZ, DBC-onderhoud en NZa worden weergegeven inclusief termijnen.

Voor een beschrijving van het proces verwijzen we u naar de website van DBC Onderhoud (<http://www.dbconderhoud.nl/Ontwikkelen-van-de-DBC-systematiek/DBC-wijzigen-of-aanvragen/Innovatieverzoek>). De partijen blijven werken aan een verdere onderlinge afstemming van hun werkzaamheden. Dit kan leiden tot een meer gedetailleerde uitwerking van het proces en tijdsbestek.

Adviescommissie Pakket

U vindt het van belang dat het pakketadvies blijkt geeft van een transparante en onafhankelijke taakuitoefening van de Adviescommissie Pakket (ACP). Afweging van de ACP kunnen anders zijn dan de afwegingen die in de assesmentfase zijn gemaakt en

kunnen tot andere conclusies leiden. Hierop zal in het Pakketadvies nader worden ingegaan.

Het CVZ onderschrijft het door u geschetste belang. Met de instelling van de ACP heeft de wetgever juist beoogd om de voorbereiding van pakketadviezen door het CVZ op een zorgvuldige en transparante wijze te laten verlopen en een breed draagvlak voor de adviezen van het CVZ te creëren. De concepten van het Pakketadvies en van het deelrapport hulpmiddelenzorg zijn gelijktijdig met de bestuurlijke consultatieronde aan de leden van de ACP gestuurd. De vergaderingen van de ACP zijn openbaar. De commissieleden ontvangen integraal alle reacties van de stakeholders op het pakketadvies en het deelrapport hulpmiddelenzorg en maken hun eigen afweging in de appraisalfase. Deze afweging en het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur krijgen een plek in beide rapporten. De Raad van Bestuur stelt de adviezen vast. Vanzelfsprekend wordt bij die beslissing gemotiveerd waarom in voorkomende gevallen van het advies van de ACP wordt afgeweken.

Deelrapport Hulpmiddelenzorg

U geeft aan dat een omschakeling van een gesloten systeem naar een open systeem de vraag oproept welke rol het CVZ voor zichzelf ziet. Immers, het open systeem van functiegerichte omschrijvingen kan leiden tot verschillende uitwerkingen en dus verschillende vergoeding van medische hulpmiddelen door zorgverzekeraars zonder voorafgaande pakkettoets.

U constateert dat er zowel bij het CVZ als bij ZN (samen met de CG-raad) activiteiten zijn of worden opgestart met betrekking tot functiegerichte omschrijvingen. Aangegeven is dat CVZ nauw betrokken is bij de activiteiten van ZN. SOMT vindt het noodzakelijk deze initiatieven alsook de rol van het CVZ daarbij te beschrijven.

U vraagt zich af of het niet beter en logischer is de pakketmonitor in te zetten als onderdeel van de besluitvorming voor een eventueel advies tot uitstroom en dus niet als het advies eenmaal is gegeven.

U pleit voor niet alleen een theoretische afbakening tussen de hulpmiddelenzorg en de geneeskundige zorg (wat betreft de hulpmiddelen), maar ook voor een praktisch uitvoerbare.

Reactie CVZ

Een pakkettoets blijft nog steeds nodig en mogelijk. Bij nieuwe zorgvormen beoordeelt het CVZ – eventueel op verzoek van derden – of sprake is van te verzekeren zorg (stand van de wetenschap en praktijk). Zorgverzekeraars maken al veelvuldig gebruik van dit instrument.

Het CVZ adviseert de minister op welke wijze de hulpmiddelenzorg functiegericht omschreven zou kunnen worden in de wettelijke regeling. ZN en de CG-raad zijn door middel van werkgroepen actief met het uitwerken van de praktische invulling van de functiegerichte aanspraken samen met patiëntenorganisaties, voorschrijvers, fabrikanten en leveranciers. De verschillende werkgroepen beschrijven het zorgproces en stellen objectieve protocollen op om een optimale match te maken tussen de zorgvraag en de oplossingsrichting, met als doel meer maatwerk voor verzekerden. Het CVZ heeft aan het begin van hoofdstuk 3 'systeemadviezen' een inleidende paragraaf toegevoegd over de rol van het CVZ en belanghebbende partijen voor wat betreft het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Het CVZ is van mening dat de pakketmonitor deel uitmaakt van de beleidscyclus. Ook uit de pakketmonitor kunnen signalen voortkomen, die leiden tot adviezen tot aanpassing van het pakket. Een pakketmonitor heeft dus naast het monitoren van reeds doorgevoerde pakketwijzigingen ook een signalerende functie.

Wat betreft de afbakening tussen de te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg' en 'hulpmiddelenzorg' realiseert het CVZ zich dat een duiding dat bepaalde zorg een te verzekeren prestatie is niet kan worden uitgevoerd als de bekostiging voor deze zorg ontbreekt. Het CVZ is voornemens om – in overleg met VWS en de Nza – na te gaan op welke wijze een oplossing kan worden gevonden voor de vertaalproblemen tussen bekostiging en verzekering.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur



College voor zorgverzekeringen
De heer dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

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

Contactpersoon Dr. R. Luijk
Doorkiesnummer (030) 698 83 45
Ons kenmerk DZ 2009 0018 rlui1 B
Uw kenmerk PAK/29003603v3
Datum 13 februari 2009
Onderwerp Reactie pakketadvies hulpmiddelenzorg

Geachte heer Boer,

Zorgverzekeraars hebben waardering voor de gedegen wijze waarop het pakketadvies Hulpmiddelenzorg is uitgewerkt. Wij maken graag gebruik van de gelegenheid om input te geven. Op hoofdlijnen onderschrijven wij de adviezen van het CVZ in het pakketadvies. Onze input bestaat uit een aantal algemene opmerkingen en specifieke opmerkingen bij de verschillende hoofdstukken.

Algemene opmerkingen

Wij vragen uw aandacht om bij het pakketadvies oog te hebben voor de praktische uitvoerbaarheid hiervan. Dit speelt bijvoorbeeld bij delen van de hulpmiddelenzorg die functiegericht worden omschreven terwijl de randvoorwaarden voor de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk niet zijn gerealiseerd. Wij denken hierbij aan het gebrek aan draagvlak bij voorschrijvers om de zorgvraag functiegericht te omschrijven of het ontbreken van richtlijnen en protocollen om de gewenste oplossingsrichting objectief in kaart te brengen. Dit vraagt om een gefaseerde invoering van functiegerichte omschrijving. Parallel daaraan dienen er indicatieprotocollen ontwikkeld te worden en draagvlak te worden gecreëerd bij de spelers in de zorgketen. Wat dat betreft is het jammer dat het CVZ niet langer Hulpmiddelen Kompassen ontwikkelt en onderhoudt.

Wij vragen ook uw aandacht voor het aanbrengen van een zorgvuldige scheiding tussen hulpmiddelen die worden verstrekt onder verantwoordelijkheid van medisch specialistische zorg (geneeskundige zorg) en hulpmiddelen die vallen onder de noemer hulpmiddelenzorg. Wij adviseren u daarbij ook te kijken naar de effecten op de aansturing van de zorgketen en de kostenontwikkeling. Wij willen pervers marktgedrag voorkomen zoals bijvoorbeeld is gebeurd bij de opname van de VAC therapie in de DBC's. Het gevolg was dat een aanbieder de tarieven van de toebehoren (afdichtringen) die worden gedeclareerd onder de noemer verbandmiddelen bij hulpmiddelenzorg met een factor tien verhoogde, terwijl wij vermoeden

dat de apparatuur praktisch niet bij ziekenhuizen wordt neergezet. De vergoeding van de VAC therapie is niet opgenomen in de DBC productstructuur. Dit leidt tot ongewenste effecten en onnodige kostenverhoging.

Wij vragen ook aandacht voor de heroriëntatie hulpmiddelen: een scheidslijn tussen Wmo, Zvw en AWBZ is moeilijk aan te geven, maar ons inziens horen alle hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan een chronische aandoening onderdeel van de Zvw te zijn. De zorgverzekeraars willen de zorgketen integraal kunnen aansturen op doelmatigheid (kwaliteit en kosten). Wij zijn voorstander van een pragmatische benadering en opteren voor een verdeling over Zvw en Wmo die voor de verzekerde/burger eenvoudig en logisch is.

Signalen voor signaleringslijst

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om een aantal knelpunten en/of onduidelijkheden ten aanzien van hulpmiddelenzorg en de aanspraken hierop onder uw aandacht te brengen. Wij verzoeken u deze punten op te nemen op uw signaleringslijst.

- De voorlopige prothesen als een tijdelijke voorziening zou onderdeel van de behandeling moeten zijn analoog aan de wijze waarop orthesen opgenomen zijn in de DBC-systematiek. De eerste prothese daarentegen is wel hulpmiddelenzorg.
- Bandagelenzen die als verbandmiddel worden gebruikt en onderdeel zijn van een behandeling (korter dan 6 maanden) dienen te worden opgenomen in de DBC financiering.
- De bloedglucosemeter (BGM) die een constante bloedglucosemeting uitvoert (ook als onderdeel van een insuline infuuspomp) hoort nu niet tot de aanspraken hulpmiddelenzorg. Indien de BGM kortdurend wordt gebruikt bij het instellen op insuline, dan zou deze binnen een DBC kunnen vallen. We vragen om een uitspraak van het CVZ of, bij langdurig gebruik, deze BGM in de toekomst onder de verzekerde aanspraken valt en zo ja, wat de afbakening en definitie van kortdurend en langdurig gebruik is. Dit laatste verzoek doen we meer in algemeenheid, want dit speelt ook bij andere hulpmiddelverstrekkingen zoals verbandmiddelen en elastische kousen.
- Er bestaat aanspraak op een draagbare uitwendige infuuspomp als het bijbehorende geneesmiddel wordt vergoed. Problemen ontstaan als de infuuspomp aangesloten moet worden en instructie gegeven moet worden. Tot op heden werd deze zorg geleverd door medisch technisch handelen teams (MTH-teams) van de thuiszorg. Deze AWBZ zorg staat steeds meer onder druk, er zijn thuiszorginstellingen die geen MTH team meer hebben of er is discussie of deze zorg wel onder AWBZ-aanspraken valt. Soms worden verzekerden in het weekend weer opgenomen omdat deze zorg niet geregeld kan worden. Onnodig kostbaar en zeer klantvriendelijk. Graag uitspraak hierover. Leveranciers mogen deze zorg niet leveren en verpleegkundigen kunnen we niet contracteren.
- Onderzoek naar de optredende meerkosten bij verbandschoenen en toetsing aan pakketprincipes.
- Toetsing aan pakketprincipes van allergeenvrije schoenen vanwege de beschikbaarheid van confectiemodellen.
- Bij de vervanging van BAHA toestel doen wij een verzoek tot afweging door het CVZ om dit onderdeel te maken van geneeskundige zorg in DBC-systematiek. Wij verzoeken u in het onderzoek naar audiologische hulpmiddelen, dat op komst is, tevens te kijken naar de vergoeding van middenoorimplantaten.
- Epilepsiealarm wordt aangevraagd als alarmeringsapparatuur. Er spelen hier twee problemen. Gezien de toelichting bij artikel 2.26 onder j, sub 2 valt het epi-alarm niet onder de aanspraken in de Zvw. Om te zorgen dat er toch een voorziening wordt vergoed, vraagt men een saturatiemonitor/bewakingsmonitor aan. Ook deze behoren in

de huidige wetgeving niet tot de aanspraken hulpmiddelenzorg, maar vallen onder de medische specialistische zorg (DBC). Wij verzoeken u om te onderzoeken of het epi-alarm onder de alarmeringsapparatuur verstrekt kan worden. Het tweede probleem is de vraag of een bewakingsmonitor bij langdurige inzet wel onder een DBC kan/moet blijven vallen. Mocht dit niet bij langdurig gebruik onder een DBC vallen, is de vraag of deze monitoren dan onder de aanspraken hulpmiddelenzorg gebracht kunnen worden.

- De verhoging van de maximale vergoeding van geleverde haarwerken achten wij onnodig, gezien dat op dit moment 90% van de geleverde haarwerken confectiehaarwerk is en voor het huidige bedrag geleverd kan worden.

Systeemadviezen functiegerichte omschrijving

Wij hebben geen inhoudelijke opmerkingen bij de voorgestelde systeemadviezen. Hieronder geven wij onze visie op de overgang naar functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg in de Zvw.

Wij vinden het jammer dat het CVZ vanuit het ministerie van VWS de opdracht heeft gekregen om de aanspraak op hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven in de regeling, zonder dat deze ontwikkeling nog gepaard gaat met het uitgeven en onderhouden van de zogenaamde Hulpmiddelen Kompassen. Deze Kompassen werden in het verleden samen met het veld ontwikkeld en uitgegeven en bracht per type hulpmiddelverstrekking het hele proces van indiceren tot en met het evalueren van een hulpmiddel in kaart.

Zorgverzekeraars staan positief tegenover het functiegericht omschrijven binnen het hulpmiddelenbeleid, omdat dit beleid de individuele zorgvraag van de verzekerde centraal stelt en meer ruimte biedt om maatwerkoplossingen te contracteren voor hun verzekerden. Daarnaast kan er beter worden gestuurd op doelmatigheid van zorg en geeft het prikkels aan zorgaanbieders om te innoveren. De overgang naar functiegerichte aanspraak van hulpmiddelenzorg zal gepaard gaan met een herinrichting van de zorgketen en nieuwe afspraken tussen voorschrijvers, indicatiestellers, leveranciers, fabrikanten, zorgverzekeraars en zorggebruikers.

Functiegerichte aanspraak hulpmiddelenzorg is onlosmakelijk verbonden met een adequate beschrijving van het zorgproces en objectieve protocollen om een optimale match te maken tussen de zorgvraag en de oplossingsrichting. Bij het niet beschikbaar zijn van objectieve protocollen leidt dit mogelijk tot onduidelijkheid en ongelijkheid in de aanspraken op hulpmiddelenzorg.

Naast de voordelen zien zorgverzekeraars ook bedreigingen van functiegerichte aanspraak zoals minder transparantie voor verzekerden over de aanspraak (nu weet men precies waar men recht op heeft), minder inkoopkracht voor zorgverzekeraars (het is minder duidelijk wat en hoeveel er ingekocht moet worden) en een grotere administratieve belasting.

Zorgverzekeraars willen voldoende ruimte hebben voor regionale initiatieven waarbij lokale en landelijke initiatieven elkaar natuurlijk kunnen versterken.

Zorgverzekeraars stellen voorwaarden aan de praktische uitvoerbaarheid van functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg, waarvan de belangrijkste drie zijn:

1. de indicatiestelling door voorschrijvers dient functiegericht te zijn verwijzend naar ICF classificatie;
2. richtlijnen en protocollen voor het objectief vaststellen van de zorgvraag dienen beschikbaar te zijn;

3. de hulpmiddelen zijn op een betrouwbare wijze gelabeld met het 'Cliq-classificatiesysteem' en sluiten qua functionaliteit op een objectieve en transparante wijze aan op de zorgvraag.

Zorgverzekeraars hebben het initiatief genomen om samen met de patiëntenorganisaties (CG-Raad, CSO) verder invulling te geven aan het functiegericht omschrijven van de aanspraken op hulpmiddelenzorg, met als doel meer maatwerk voor de verzekerden.

Door het ontbreken van protocollen en de terughoudende opstelling van voorschrijvers en industrie zijn zorgverzekeraars voorstander van een gefaseerde invoering van functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg in de Zvw. Alleen als aan de gestelde randvoorwaarden is voldaan kan er namelijk echt werk gemaakt worden van de functiegerichte aanspraak van hulpmiddelenzorg¹.

Instreamadviezen

Zorgverzekeraars vinden de wijze waarop de functiegerichte omschrijving bij kaalhoofdigheid ten gevolge van een medische aandoening of behandeling van medische aard door het CVZ is uitgewerkt te beperkend.

Zorgverzekeraars staan niet onwelwillend tegenover het verzoek van de Stichting Hoofdzakengids om een alternatieve hoofdbedekking te verstrekken aan mensen die als gevolg van de behandeling van kanker met kaalheid worden geconfronteerd. De volgende randvoorwaarden zouden daaraan verbonden moeten worden: verwijzing door oncoloog, een lager maximumtarief dan bij haarwerken en uitsluiting van de aanspraak op een haarwerk na verstrekking van alternatieve hoofdbedekking. Wij verzoeken het CVZ de uitwerking van de functiegerichte omschrijving van haar te heroverwegen.

Zorgverzekeraars staan positief tegenover de opname van MRA als een te verzekeren prestatie voor de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP behandeling niet succesvol is. De vraag is of de MRA-beugel niet een onderdeel zou moeten uitmaken van medisch specialistische zorg vanwege de noodzaak tot regelmatige controle omdat de stand van de kaak verandert door de beugel.

Ten aanzien van de elektronische oriënteringshulpmiddelen zijn er geen opmerkingen.

Bij ICT-hulpmiddelen voor dyslexie vragen wij aandacht voor het voorkómen van het medicaliseren van een onderwijsprobleem. Wij onderschrijven het voorstel voor interdepartementaal overleg.

Standpunten

Bij het standpunt van de rolstoelapparatuur hebben wij vanuit de context van de huidige wet- en regelgeving geen opmerkingen. Bij heroriëntatie zien wij de robotarm graag opgenomen in dezelfde regelgeving als de verstrekking van de rolstoel omdat de robotarm exclusief verbonden is aan de rolstoelvoorziening. Het standpunt bij aan- en uittrekhulpmiddelen vinden wij een verbetering ten opzichte van de positie van de NZa die geen onderscheid

¹ Position paper Overgang naar functiegerichte aanspraak hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet van Zorgverzekeraars Nederland

aanbracht in de CIZ-indicatie voor thuiszorg op tijdstippen dat het aan- en uittrekken van kousen opportuun is.

Uw standpunt ten aanzien van de verhuiskosten bij thuisdialyse vinden wij vanuit de uitvoering van de Zorgverzekeringswet met een verzekeringstermijn van 1 jaar onuitvoerbaar.

Uw standpunt bij persoonlijke alarmeringsapparatuur en digitale telefonie vinden wij opmerkelijk. Indien een burger de keuze maakt voor goedkope communicatie via digitale telefonie, is het in onze ogen vreemd om de kosten voor analoge aansluiting bij de verzekeraar te leggen. Wij geven de voorkeur aan het handhaven van de huidige situatie in afwachting van een stabiel digitaal netwerk.

Wij vertrouwen erop u met onze reactie van dienst te zijn geweest en zijn graag tot nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Dr. P.F. Hasekamp
Algemeen directeur

Zorgverzekeraars Nederland
De heer drs. P.F. Hasekamp
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Uw brief van
13 februari 2009

Uw kenmerk
DZ 2009 0018 rlu1 B

Datum
3 april 2009

Ons kenmerk
PAK/29019543

Behandeld door
mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer
(020) 797 85 05

Onderwerp
Consultatie concept deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009

Geachte heer Hasekamp,

Hartelijk dank voor uw reactie op het concept deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009.
Graag wil ik reageren op de punten die u naar voren brengt.

Algemeen

U hebt waardering voor de gedegen wijze waarop het pakketadvies Hulpmiddelenzorg is uitgewerkt. Op hoofdlijnen onderschrijft u de adviezen.

U vraagt aandacht voor het realiseren van de volgende randvoorwaarden die nodig zijn voor het invoeren van de functiegerichte aanspraken:

- indicatiestelling door voorschrijvers dient functiegericht te zijn, verwijzend naar de ICF;
- richtlijnen en protocollen voor het objectief vaststellen van de zorgvraag dienen beschikbaar te zijn;
- de hulpmiddelen zijn op een betrouwbare wijze gelabeld met het 'Cliq-classificatiesysteem' en sluiten qua functionaliteit op een objectieve en transparante wijze aan op de zorgvraag.

U ziet ook bedreigingen in de functiegerichte aanspraak, namelijk minder transparantie voor verzekerden over de aanspraak, minder inkoopkracht voor zorgverzekeraars en een groter administratieve belasting. Alleen als aan de gestelde voorwaarden is voldaan kan er namelijk echt werk gemaakt worden van de functiegerichte aanspraken. U bent daarom voorstander van een gefaseerde invoering van de functiegerichte omschrijving.

Het CVZ deelt de mening, dat als voldaan is aan de door u geformuleerde randvoorwaarden de kwaliteit van de geleverde zorg zal toenemen. Het CVZ is echter van mening dat de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg in de wet- en regelgeving kan worden doorgevoerd, los van de vraag of er in de uitvoeringspraktijk al is voldaan aan genoemde randvoorwaarden. Zorgverzekeraars kunnen de functiegerichte omschrijvingen immers op verschillende manieren in hun reglementen vormgeven. Dit varieert van heel ruim – op het niveau van functiegericht omschreven aanspraken – tot gedetailleerd. In dit laatste geval geeft de zorgverzekeraar in de polis aan op welke

hulpmiddelen er precies aanspraak bestaat (welke hulpmiddelen binnen de functiegerichte aanspraak vallen). Afhankelijk van de mate waarin aan de randvoorwaarden is voldaan, zullen zorgverzekeraars eerder geneigd zijn een ruimere aanspraak in de polisvoorwaarden te formuleren. Het is een utopie om te denken dat met de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg in wet- en regelgeving de uitvoeringspraktijk eveneens volledig is omgevormd. Dit is een groeitraject. Waar het om gaat is dat de wet- en regelgeving de ontwikkelingen die op dit punt in de uitvoeringspraktijk plaatsvinden niet frustreert. De voorstellen die het CVZ doet, vinden fasegewijs plaats, zodat de uitvoeringspraktijk de tijd krijgt om daar zoveel mogelijk op in te spelen.

Het CVZ heeft aan het begin van hoofdstuk 3 'systeemadviezen' een inleidende paragraaf toegevoegd over de rol van het CVZ en belanghebbende partijen voor wat betreft het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg.

Geneeskundige zorg versus hulpmiddelenzorg

U geeft aan dat een zorgvuldige scheiding tussen hulpmiddelen die worden verstrekt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist en hulpmiddelen die vallen onder de noemer hulpmiddelenzorg belangrijk is. Dit om pervers marktgedrag te voorkomen. Daarnaast draagt u enkele nieuwe punten aan voor de Signaleringslijst hulpmiddelen.

Het CVZ legt de laatste hand aan een (concept)notitie waarin wordt toegelicht wanneer een hulpmiddel behoort tot de geneeskundige zorg en wanneer tot de hulpmiddelenzorg. In deze notitie komen ook aspecten aan bod die door ZN zijn voorgedragen voor de Signaleringslijst, zoals de voorlopige prothese. Het CVZ zal overige gesignaleerde punten op hun merites beoordelen en afhankelijk daarvan bepalen of deze punten op de Signaleringslijst dienen te worden geplaatst.

Maximumvergoeding haarwerken

De verhoging van de maximale vergoeding van geleverde haarwerken acht u onnodig, gezien het feit dat op dit moment 90% van de geleverde haarwerken confectiehaarwerk is en voor het huidige bedrag geleverd kan worden.

Het CVZ heeft zich bij het advies over de hoogte van de maximumvergoeding van haarwerken gebaseerd op een uitgebreid onderzoek. Uit dit onderzoek is gebleken dat ook confectiehaarwerk duurder is dan het huidige vergoedingsbedrag. Dit blijkt overigens ook uit het feit dat de meeste aanvullende polissen een tegemoetkoming kennen in de kosten van haarwerken. Bovendien is bij de eerdere inhoudelijke consultatie van belanghebbende partijen gebleken dat zij zich in meerderheid zich kunnen vinden in het aanpassen van de maximumvergoeding voor haarwerken. Een verhoging van de maximum vergoeding komt ook - deels - tegemoet aan de problematiek rond maatwerk. Het CVZ blijft daarom bij zijn advies.

Hoofdbedekking

U vindt de uitwerking van de functiegerichte omschrijving bij kaalhoofdigheid te beperkend. U staat niet onwelwillend tegenover het verzoek van de Stichting Hoofdzakengids om een alternatieve hoofdbedekking te verstrekken als voldaan is aan enkele voorwaarden en verzoekt het CVZ dit advies te heroverwegen.

Het blijkt dat de meningen onder de veldpartijen omtrent het wel of niet vergoeden van hulpmiddelen zoals de mutssja, zijn verdeeld. Het CVZ blijft bij zijn standpunt dat voorzieningen die en financieel toegankelijk en algemeen gebruikelijk zijn, niet voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking moeten komen.

MRA

U bent het eens met de opname van het MRA als te verzekeren prestatie. U vraagt zich echter af of het MRA niet onderdeel zou moeten uitmaken van de geneeskundige zorg vanwege de noodzaak tot regelmatige controle omdat de stand van de kaak door de beugel verandert.

Het CVZ neemt aan dat u bedoelt dat de MRA tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zou moeten behoren, dit ter afbakening van de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Het CVZ deelt uw mening niet. Hulpmiddelen waarbij de behandeling met een bepaald hulpmiddel langdurig (oftewel oneindig) is, behoren in het algemeen – ongeacht of er sprake is van regelmatige controle – tot de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Ingeval van een MRA zal het overigens vaak de tandarts of orthodontist zijn, die de MRA aanmeet en regelmatig het gebit controleert. Het CVZ is van mening dat de MRA – gelijk aan CPAP-apparatuur – niet tot de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden' behoort, maar tot de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'.

Standpunten

U vindt het standpunt over de verhuiskosten bij thuisdialyse met een verzekeringstermijn van één jaar onuitvoerbaar.

De aanleiding voor deze duiding is gelegen in een casus van een zorgverzekeraar die met deze problematiek werd geconfronteerd. CVZ gaat ervanuit dat dit standpunt wel degelijk uitvoerbaar is. Zorgverzekeraars hebben immers zelf in het 'Protocol overgang hulpmiddelen bij wisselen van verzekeraar' vastgelegd, dat bij hulpmiddelen die aard- en nagevast zijn aangebracht, dan wel zijn ingepast in een constructie van een vertrek, zo goed mogelijke afstemming plaatsvindt tussen de oude en nieuwe verzekeraar. Als dit protocol wordt nageleefd zal de nieuwe verzekeraar op de hoogte worden gebracht van een eerder toegekende woningaanpassing in verband met thuisdialyse.

Het standpunt over persoonlijke alarmeringsapparatuur en digitale telefonie vindt u opmerkelijk. U geeft de voorkeur aan het handhaven van de huidige situatie in afwachting van een stabiel digitaal netwerk.

Wettelijk is bepaald dat de te verzekeren prestatie *functionerende* hulpmiddelen betreft. Dit betekent dat een zorgverzekeraar een hulpmiddel gebruiksklaar moet afleveren. Dit betekent dat de aansluitkosten van een analoge lijn – voor zover niet aanwezig – dienen te worden vergoed als onderdeel van de installatiekosten van de alarmeringsapparatuur.

In uw brief draagt u een aantal onderwerpen aan voor de Signaleringslijst hulpmiddelen. Het CVZ maakt binnenkort een afspraak met u om hierover verder van gedachten te wisselen.

Uw reactie en ons antwoord daarop hebben we als bijlage gevoegd bij het rapport waarop uw reactie betrekking heeft. In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Pakketadvies 2009 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 vastgesteld. Dit gehoord het positieve advies dat de Adviescommissie Pakket op 13 maart 2009 aan de Raad van Bestuur heeft uitgebracht. Voor het volledige advies van de ACP verwijzen wij u naar hoofdstuk 8 van het Pakketadvies 2009 en naar de separate hoofdstukken in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. De rapporten kunt u vinden op onze website (www.cvz.nl).

Het CVZ brengt beide rapporten in boekvorm uit. Zodra deze gereed zijn ontvangt u een exemplaar.

Hoogachtend,

dr. A. Boer
Lid Raad van Bestuur

Bijlage 3

Ledenlijst Adviescommissie Pakket

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

Bijlage 4

Afkortingenlijst:

ACP	Adviescommissie Pakket
ADSL	Asymmetric Digital Subscriber Line
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIPAP	Bilevel positive airway pressure
Bza	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit zorgverzekering
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CSO	Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DAISY	Digital Accessible Information System
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
GPS	Global Positioning System
GSM	Global System for Mobile Communications
ICF	International Classification of functioning, disability and Health
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
ISO	International Organization for Standardization
MRA	Mandibular repositie apparaat
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSAS	Obstructieve slaapapneu syndroom
Rzv	Regeling zorgverzekering
SEMH	Stichting Erkenning Leveranciers Medische Hulpmiddelen
SOMT	Stichting Overleg Medische Technologie
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet