

Onderwerp:	Orthoptische zorg bij amblyopie, strabismus, diplopie, asthenopie en refractie-afwijkingen valt onder medisch specialistische zorg en is een te verzekeren prestatie
Samenvatting:	Het CVZ schaart de orthoptische zorg bij amblyopie (lui oog); strabismus (scheelzien); diplopie (dubbelzien); asthenopie (vermoeide ogen); refractie-afwijkingen (problemen met scherpzien), onder de zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Dit neemt niet weg dat er sprake is van een zelfstandige beroepsbeoefening door de orthoptist. De orthoptische zorg bij deze aandoeningen, zoals beschreven in de van toepassing zijnde richtlijnen van de beroepsgroep, voldoet ook aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien zowel voldaan is aan het 'plegen te bieden'-criterium als aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort de orthoptische zorg bij de genoemde aandoeningen tot de te verzekeren prestaties onder de Zorgverzekeringswet.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zw
Datum:	22 september 2008

Onderstaand de volledige uitspraak.

Samenvatting

Het CVZ schaart de orthoptische zorg bij amblyopie; strabismus; diplopie; asthenopie en refractie-afwijking, onder de zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Dit neemt niet weg dat er sprake is van een zelfstandige beroepsbeoefening door de orthoptist.

De orthoptische zorg bij genoemde aandoeningen, zoals beschreven in de thans van toepassing zijnde richtlijnen van de beroepsgroep, voldoet ook aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Aangezien zowel voldaan is aan het 'plegen te bieden'-criterium als aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort de orthoptische zorg bij genoemde aandoeningen tot de te verzekeren prestaties onder de Zw.

1. Orthoptische zorg

1a. Inleiding

Het CVZ heeft ETC Tangram een onderzoek laten uitvoeren naar de orthoptische zorg in Nederland.¹ (zie : bijlage). Aanleiding voor het onderzoek waren problemen die voortvloeien uit de DBC-systematiek. Deze systematiek stelt een face-to-face-contact als voorwaarde voor het openen van een DBC en alleen een medisch-specialist kan, na verloop van een jaar, een vervolg-DBC openen. In de praktijk wordt een patiënt vaak overgedragen aan een orthoptist en is de medisch specialist vervolgens niet meer betrokken bij de behandeling.

De Nederlandse Zorgautoriteit en DBC-onderhoud hebben het CVZ de vraag voorgelegd hoe dit declaratieprobleem op te lossen. Het gaat dan in feite om de vraag of orthoptisten een zelfstandige declaratiemogelijkheid moeten hebben, los van de medisch-specialistische DBC's. Om deze vraag te beantwoorden, is het allereerst nodig inzicht te krijgen in de inhoud en omvang van de orthoptische zorg. De bekostiging moet hier immers adequaat op aansluiten.

Het rapport van ETC Tangram beschrijft de inhoud en omvang van de orthoptische zorg. Op basis hiervan beantwoordt het CVZ de volgende vragen :

- leveren orthoptisten zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en, zo ja, hoe is de taakverdeling tussen beide beroepsbeoefenaren bij de verschillende behandelingen?
- wat is de stand van de wetenschap en praktijk van de behandelingen bij genoemde monoculaire en binoculaire afwijkingen?

1b. Oogarts en orthoptist

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

De afgelopen decennia kenden veel taakherschikking binnen de oogzorg. Naast de orthoptist, deden de optometrist en de technisch oogheelkundig assistenten (TOA's) hun intrede. Een tekort aan oogartsen was hieraan debet, maar deze ontwikkeling past ook binnen het algemene beeld van innovatie en taakherschikking in de gezondheidszorg.

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

Het gaat om de volgende aandoeningen :

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

De orthoptist is dus werkzaam op een afgebakend en specifiek gebied binnen de mono- en binoculaire aandoeningen. De orthoptist verleent de zorg vrijwel uitsluitend intramuraal.

De zorg door orthoptisten is enerzijds leeftijd-, anderzijds probleemgerelateerd. Leeftijdgerelateerde problematiek omvat de diagnostiek, de behandeling en de begeleiding van de ontwikkeling van het visuele systeem bij kinderen. De probleemgerelateerde zorg verwijst naar stoornissen in het binoculaire zien die zich in alle leeftijdscategorieën kunnen voordoen. De behandeling van de orthoptist kan bestaan uit stimuleren van de visus van het luie oog bij amblyopie, en verder uit oefentherapie en voorschrijven van (speciale) brilcorrecties. Bij scheelzien en refractie-afwijkingen kan chirurgisch ingrijpen geïndiceerd zijn (uit te voeren door de oogarts).

Fundoscopie behoort tegenwoordig wél tot het curriculum van de orthoptist, echter niet om te diagnosticeren, maar om een onderscheid te kunnen maken plus/niet-plus.

Volgens de Wet BIG behandelt de orthoptist alleen op verwijzing, namelijk door huisarts of oogarts. In de praktijk verwijzen ook andere zorgaanbieders, zoals jeugdartsen en consultatie-bureaus.

Orthoptist en oogarts werken veel samen; de oogarts verwijst naar de orthoptist; de orthoptist verwijst ook in voorkomende gevallen naar de oogarts. In sommige gevallen, bijvoorbeeld bij oogspiercorrecties, adviseert de orthoptist de oogarts. Die beoordeelt dit advies op zijn beurt wel weer zelfstandig en kan hiervan afwijken.

Het rapport vat samen in welke gevallen de oogarts betrokken kan zijn bij genoemde monoculaire en binoculaire aandoeningen :

- aan het begin van een behandeltraject (uitvoeren fundoscopie);
- bij onvoldoende effect van de orthoptische behandeling;

- bij het vermoeden van andersoortige problematiek;
- indien de orthoptist bij scheelzien een oogspieroperatie adviseert.

In de NHG-standaard *Refractieafwijkingen* wordt bij kinderen tot 6 jaar met een visus van < 1,0 geadviseerd te verwijzen naar de oogarts óf de orthoptist.

Het rapport meldt dat veel oogartsen aangeven niet (meer) bekwaam te zijn om orthoptisch onderzoek en de bijbehorende behandeling uit te voeren. Dat geldt niet voor een beperkt aantal oogartsen (strabologen) dat zich op dit gebied heeft gespecialiseerd. Daarnaast zijn er uit de kring der oogartsen geluiden te horen die oogartsen verantwoordelijk houden voor alle patiënten die in de oogheelkundige praktijk komen (binnen het ziekenhuis), ook als de behandeling puur orthoptisch is. Desgevraagd heeft het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) laten weten dat naar zijn mening iedere orthoptiepatiënt in principe jaarlijks door de oogarts gezien moet worden, indien de oogarts bij de behandeling is betrokken. De Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVVO) is van mening dat bij een puur orthoptische behandeling betrokkenheid van de oogarts niet aan de orde is.

In 2003 heeft de Rechtbank Almelo een uitspraak gedaan in een zaak over functiewaardering van orthoptisten in een ziekenhuis.² Volgens deze uitspraak is de orthoptist zelfstandig bevoegd en eindverantwoordelijk binnen het eigen deskundigheidsgebied, zonder dat er sprake is van een vorm van hiërarchie of supervisie van de oogarts.

2. Standpunt

2a. Leveren orthoptisten zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden?

Het CVZ is van mening dat de orthoptische zorg rond de monoculaire en binoculaire indicaties,

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

te scharen valt onder de zorg zoals medisch specialisten, in casu de oogartsen, plegen te bieden.

2b. Stand van de wetenschap en praktijk

Op basis van de bestudering van de wetenschappelijke literatuur rond de orthoptische zorg van de monoculaire en binoculaire indicaties (zoals beschreven in de richtlijnen van de beroepsgroep),

- amblyopie (lui oog);
 - strabismus (scheelzien);
 - diplopie (dubbelzien);
 - asthenopie (zwakte van het oog);
 - refractie-afwijking (brekingsafwijking),
- concludeert het CVZ dat deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (zie : bijlage).

3. Consequenties

Aanleiding voor het onderzoek waren de problemen die voortvloeien uit de DBC-systematiek (zie : hoofdstuk 1). Wat betekent het voorgaande voor de beantwoording van deze vraag? In het overleg met de NZa en DBC-onderhoud zijn verschillende oplossingen naar voren gekomen. Je zou de voorwaarde kunnen laten vervallen of de medisch-specialist zou jaarlijks een consult om louter administratieve redenen kunnen uitvoeren.

Het rapport geeft een aantal voorbeelden van de manieren waarop ziekenhuizen met het probleem van de DBC-systematiek omgaan. Niet alle gekozen oplossingen zijn even gelukkig.

Het CVZ stelt voor om de DBC's alleen te gebruiken in geval van diagnostiek en behandeling waarbij de oogarts betrokken is. Zodra de oogarts niet (meer) betrokken is, kan de bekostiging van de orthoptist via de tarieven van de overige producten lopen (eerste consult, code 039813 en vervolgsconsult, code 039814). Deze benadering is administratief helder en toetsbaar, doet het meeste recht aan het feitelijke behandelproces en geeft de zorgverzekeraar bij de zorginkoop respectievelijk declaratie duidelijkheid over de in te zetten respectievelijk ingezette zorgaanbieder.

De Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NvO) heeft het CVZ nadere informatie doen toekomen voor het vaststellen van de tarieven. Aangezien het CVZ zich niet bezighoudt met de vaststelling van tarieven, zullen wij deze informatie sturen aan DBC-onderhoud.

4. Motivering

4.a. Wet- en regelgeving

Het wettelijk kader waaraan we de orthoptische zorg toetsen is de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelingen.

Artikel 10, onder a, Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan onder meer geneeskundige zorg.

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Artikel 2.1.1 Besluit Zv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.1.2 Besluit Zv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.4, eerste lid, aanvang en onder a, sub 2 van het Besluit Zv bepaalt dat geneeskundige zorg de *zorg omvat zoals* huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden*.

4.b. Beoordeling

a. Plegen te bieden

In de Zorgverzekeringswet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar.

De omvang van de te verzekeren zorg wordt bepaald door hetgeen de beroepsgroep aan geneeskundige zorg pleegt te bieden. Om hier invulling aan te geven moet men uitgaan van de zorg welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. De zorgverzekeraar bepaalt vervolgens met zijn polisvoorwaarden wie de zorg verleent en waar.

In artikel 2.4 is een beperkt aantal beroepsgroepen vermeld. De functionele omschrijving heeft tot gevolg dat de in artikel 2.4 vermelde beroepsgroepen (wie) niet de enige beroepsgroepen zijn die de zorg die zij plegen

te bieden (wat) mogen verlenen. Tussen beroepsgroepen kan taakherschikking plaatsvinden als wordt voldaan aan de hiervoor genoemde criteria voor het bepalen van de omvang van de zorg.

Het rapport concludeert dat in het verleden de diagnostiek en behandeling van mono- en binoculaire stoornissen uitgevoerd werden door oogartsen. Als gevolg van een beperkte capaciteit aan oogartsen, zijn taken op dit gebied geleidelijk grotendeels overgenomen door orthoptisten. Het orthoptisch vakgebied bestaat in Nederland nu circa 50 jaar. Voortschrijdende taakdifferentiatie en -specialisatie hebben ertoe geleid dat de orthoptist op dit deelgebied van de oogheelkundige zorg een steeds zelfstandiger positie heeft verworven.

De orthoptist is de specialist op het gebied van de genoemde monoculaire en binoculaire aandoeningen; de oogarts houdt zich hier nauwelijks meer bezig. De orthoptist heeft dit gebied ook verder ontwikkeld.

Het CVZ is van mening dat de orthoptische zorg behoort tot het 'aanvaarde arsenaal van de beroepsgroep', dat wil zeggen de beroepsgroep die zich bezighoudt met de diagnostiek en behandeling op het brede terrein van de oogziekten. Deze conclusie wordt ondersteund door het verleden, waarin de oogarts verantwoordelijk was voor het gehele oogheelkundig domein en de orthoptist veelal 'in dienst van' van de medisch specialist werkte. Het onderzoek geeft over het hier en nu aan dat oogarts en orthoptist nauw samenwerken en elkaar aanvullen binnen dit domein. De taakherschikking tussen oogarts en orthoptist heeft ertoe geleid dat de orthoptist het orthoptisch beroepsarsenaal de afgelopen jaren heeft uitgebreid en verfijnd. Deze ontwikkeling is onmiskenbaar, maar zij rechtvaardigt naar de mening van het CVZ niet de conclusie dat er thans sprake zou zijn van een geheel eigen beroepsarsenaal van de orthoptist binnen het oogheelkundig domein, los van het arsenaal van de oogartsen op het brede terrein van de oogheelkundige aandoeningen.

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

indien nodig, te verwijzen naar de oogarts.

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

b. Stand van wetenschap en praktijk

ETC Tangram heeft de wetenschappelijke literatuur bestudeerd rond de behandeling van:

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

Voor de gebruikte zoekstrategie en bestudeerde literatuur verwijzen wij naar het onderzoeksrapport. Op basis van hun bevindingen concluderen wij dat de behandelingen van deze monoculaire en binoculaire afwijkingen de status van experimentele behandeling sinds lange tijd ontstegen zijn. Sinds jaar en dag maakt de orthoptie deel uit van het diagnostisch en therapeutisch arsenaal binnen de oogzorg. Uit de search blijkt dan ook dat de effectiviteit van de behandeling niet in twijfel wordt getrokken. Voorzover er onderzoek is gedaan worden, richten deze zich over het algemeen op de optimalisering van de effectiviteit van behandelvarianten (occlusieperiode bij de behandeling van een lui oog is daarvan een goed voorbeeld) en de belasting van de patiënt bij de behandeling (bijvoorbeeld het ongemak van occlusie in verband met therapietrouw).

¹ Spek J., Zekveld G., Orthoptische zorg, ETC Tangram 2008, juni 2008

² Sector Kanton - Zaaknummer: 138483 CV EX PL 623-03 23 september 2003