



VERSTAND VAN VERZEKEREN

EINDRAPPORT

februari 2009

De Klijne Advies
Blaauwbroek bureau voor vraaggestuurde zorg

In opdracht van de Nierpatiënten Vereniging Nederland





VERSTAND VAN VERZEKEREN

EINDRAPPORT

februari 2009



hermiendeklijne
de klijne advies



Blaauwbroek

bureau
voor
vraaggestuurde zorg **BV**

In opdracht van de



Nierpatiënten Vereniging Nederland





Colofon

Titel Verstand van Verzekeren. Eindrapport.

Opdrachtgever Nierpatiënten Vereniging Nederland

Onderzoek De Klijne Advies, Amsterdam
Blaauwbroek Bureau voor
Vraaggestuurde Zorg, Weesp

Auteurs drs. Hermien de Klijne, De Klijne Advies
mr. Margit Wewer, Blaauwbroek Bureau
voor Vraaggestuurde Zorg

Datum februari 2009

Gegevens uit deze rapportage mogen met bronvermelding worden overgenomen.



Inhoud

Samenvatting ‘Verstand van Verzekeren’	5
Lijst met afkortingen	9
1 Inleiding	10
2 Doel project	11
2.1 Opbouw rapport	11
3 Uniform basispakket	12
3.1 Hoe uniform is het basispakket voor nierpatiënten?	12
3.2 Verduidelijking basispakket	13
4 Werkwijze onderzoek	14
4.1 Inleiding	14
4.2 Opbouw belteam	14
4.3 Opstellen casussen en vragenlijsten	14
4.4 Opstellen lijst zorgverzekeraars	15
4.5 Scholing belteam	15
4.6 Nierpatiënten als mystery guests	15
4.7 Belrondes zorgverzekeraars	16
4.8 Dataverwerking	16
5 Vormen van dialyse en type nierpatiënt	17
5.1 Vormen van dialyse	17
5.2 Casussen voor het belteam	18
5.2.1 Casus 1: Nierpatiënt: hemodialyse - thuis	18
5.2.2 Casus 2: Nierpatiënt: hemodialyse, in het dialysecentrum	19
5.2.3 Casus 3: Nierpatiënt: CAPD	19
5.2.4 Casus 4: Nierpatiënt: CCPD, wachtend op transplantatie	19
5.2.5 Casus 5: Nierpatiënt in pre-dialyse fase	20
5.2.6 Casus 6: Getransplanteerde (i.c.m. vaatproblemen)	20
6 Resultaten belonderzoek en analyse	21
6.1 Inleiding	21
6.2 Resultaten samengevat	21
6.3 Resultaten en analyse per product	22
6.4 Conclusies	28
7 Keuzeondersteunende informatie	29
7.1 Kiezen van een verzekeraar	29
7.2 Tabellen	29
7.3 Consumenteninformatie en conclusies	30
8 Klantvriendelijkheid en toegankelijkheid van verzekeraars	31

9 Aanbevelingen voor de NVN	32
9.1 Gesprek met Zorgverzekeraars Nederland	32
9.2 Gesprek met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	33
9.3 Voorlichting aan leden van de NVN	34
9.4 Gesprek met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)	35
9.5 Vervolgonderzoek	35
9.6 Tot slot	35

Bijlage 1	Brief ZN d.d. 31-08-2007
Bijlage 2	Brief CVZ d.d. 16-01-2007
Bijlage 3	Lijst zorgverzekeraars
Bijlage 4	Vragenlijsten zes casussen
Bijlage 5	Uitkomsten belondes
Bijlage 6	Tabellen met uitkomsten belonderzoek

Samenvatting 'Verstand van Verzekeren'

I Probleemstelling

Aanleiding

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Met deze wet is een verplichte basisverzekering tegen ziektekosten geïntroduceerd.

Uitgangspunt van de Zvw is dat de basisverzekering voor iedereen gelijk is, ongeacht de verzekeraar. Hoewel de basisverzekering bij elke verzekeraar in principe dezelfde zorg moet vergoeden, blijkt er in de praktijk ruimte te bestaan voor discussie. De dekking van de basisverzekering is minder uniform dan de wettekst en de publieksinformatie van overheid en verzekeraars doen vermoeden. Zowel de wettekst als de huidige circulaires over vergoedingen aan nierpatiënten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) leiden tot interpretatieverschillen bij verzekeraars: de één vergoedt wel, de ander niet.

De Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) heeft in de afgelopen twee jaar van haar leden signalen ontvangen over verschillende interpretaties van de uitvoering van de basisverzekering. De NVN hecht aan een transparante uitvoering van de Zvw en een uniforme invulling van de basisverzekering. Om de verschillen tussen zorgverzekeraars in de uitvoering van de basisverzekering te laten zien vanuit het perspectief van een nierpatiënt is de NVN in januari 2007 gestart met het project 'Verstand van Verzekeren'. De NVN beoogt met dit onderzoek bij te dragen aan meer transparantie voor nierpatiënten bij de keuze van een ziektekostenverzekering.

Doel project

Het project 'Verstand van Verzekeren' heeft twee doelen:

- 1 Stimuleren dat verzekeraars een uniforme interpretatie van de regelgeving ten aanzien van het basispakket toepassen en in hun klantcontacten met nierpatiënten hen daarover adequaat informeren;
- 2 Ontwikkelen keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten.

Het onderzoek is uitgewerkt in twee onderzoeksvragen:

- Vergoeden - op basis van telefonisch verkregen informatie - alle zorgverzekeraars conform wettekst en specificaties van ZN en CVZ als het gaat om zorg voor nierpatiënten in het basispakket Zvw?
- In welke mate is de door verzekeraars verstrekte informatie over de inhoud van de basisverzekering geschikt om als keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten te fungeren?

Context onderzoek: uniform basispakket

Hoe uniform is het basispakket voor nierpatiënten? De inhoud van het basispakket wordt door de overheid vastgesteld en is in principe voor elke zorgverzekeraar hetzelfde. In de oude Ziekenfondswet was gedetailleerd geregeld welke onderdelen van de zorg verzekerd waren. De consument wist precies waar hij of zij aan-

spraak op had. In de nieuwe situatie van de Zorgverzekeringswet geldt er een regeling op hoofdlijnen. De zorgverzekeraars hebben de beleidsvrijheid om binnen de vastgestelde kaders te regelen welke zorg zij verzekeren. In de praktijk heeft deze beleidsvrijheid tot vragen geleid bij zowel verzekerden zelf, als patiëntenorganisaties als zorgverzekeraars.

II Uitkomsten onderzoek

Onderzoeksvraag 1

Op basis van de drie belrondes kan geconcludeerd worden dat volgens de telefonisch verstrekte informatie door verzekeraars níét alle zorg, die via de basisverzekering vergoed zou moeten worden, ook daadwerkelijk vergoed wordt.

Verzekeraars hebben van onderstaande zaken telefonisch aangegeven dat er in 2008 geen vergoeding in de basisverzekering bestaat, terwijl deze er op grond van de Zvw, aanverwante regelingen en de brief van ZN van augustus 2007 wél zou moeten zijn. Het gaat om de volgende punten:

- Vergoeding van kosten van aanpassen eigen woning bij thuisdialyse
- Kosten verbruik extra elektriciteit en water bij thuisdialyse
- Warmtetas voor opwarmen spoelvlloeistof bij CCPD en CAPD
- Inklapbaar infuusstandaard
- Lichttherapie UVA en UVB thuis en in het ziekenhuis
- Gebitssanering vanwege niertransplantatie
- De volgende medicijnen:
 - Natrium bicarbonaat (capsule 1000 mg)
 - Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram)
 - Jodiumoplossing 1% FNA
 - Alfacalcidol (capsule à 0,25 ug)
 - Omeprazol (tablet 20 mg)
 - Pantozol à 20 mg
 - Lactulosezakjes (poeder 6 gr)
 - Emlacrème (25 mg)
 - Bactrobanzalf
 - Celiprolol (tablet 200 mg)
 - Aprovel (tablet 150 mg)
 - Prograft (capsule 1 mg)
 - EPO
 - Algeldraat (kauwtablet à 500 mg)

In een aantal gevallen is de oorzaak van het niet vergoeden van zorg uit het basispakket de onduidelijke regelgeving. Dit geldt bijvoorbeeld bij de vergoeding van kosten van het aanpassen van de woning bij thuisdialyse of kosten van het gebruik van extra elektriciteit en water. In andere situaties wijken verzekeraars af van de wettelijke dekking van het basispakket of van de brief die ZN in augustus 2007 naar zijn leden heeft gestuurd.

Opvallend is dat de medicijnen Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram), Natrium bicarbonaat, Jodiumoplossing 1% FNA, Emlacrème en Algeldraat eerder expliciet zijn genoemd in de brief van ZN d.d. 31 augustus 2007 als middelen die wel voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering. Ten aanzien van het vergoeden van Algeldraat en EPO bestaat in de praktijk veel onduidelijkheid. Op de site van CVZ staat dat deze medicijnen niet worden vergoed, terwijl uit de contacten met ZN blijkt dat deze wel worden vergoed. Helderheid hierover is dringend gewenst.

Ook gebitssanering, lichttherapie, inklapbaar infuusstandaard en de extra kosten voor elektriciteit en water bij thuisdialyse (wel met een maximum) worden in de brief van 31 augustus 2007 van ZN genoemd als zaken die vergoed dienen te worden. De vraag is of de inhoud van de brief van 31 augustus 2007 wel goed terecht is gekomen bij de medewerkers van verzekeraars die telefonisch informatie verschaffen aan consumenten.

Onderzoeksvraag 2

De uitkomsten van het onderzoek 'Verstand van verzekeren' laten zien dat – als we afgaan op de per telefoon verstrekte informatie - de basisverzekering niet voor elke nierpatiënt gelijk is. Of iets wel of niet uit het basispakket vergoed wordt, verschilt per verzekeraar. Het is bovendien geen sinecure om verhelderende informatie voor de consument boven tafel te krijgen. Voor vrijwel alle zorg is een machtiging van de verzekeraar nodig, voordat zekerheid verkregen kan worden over de vergoeding ervan. Dat maakt het lastig om de nierpatiënt te ondersteunen bij de keuze voor een verzekeraar. Op basis van dit onderzoek is wel aan te geven welke zorg verzekeraars ondanks de basisverzekering niet vergoeden. Maar uiteindelijk bepaalt het afgeven van een machtiging of een individu de zorg vergoed krijgt. Het vereist veel kennis en doorzettingsvermogen van de nierpatiënt om uiteindelijk antwoord te krijgen op alle vragen over te vergoeden zorg, die voor een nierpatiënt van belang is.

De conclusie luidt dat het niet goed mogelijk is – op basis van dit onderzoek – om specifieke keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten te ontwikkelen.

III Aanbevelingen

1 Gesprek met Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De onderzoekers bevelen aan dat de NVN in gesprek gaat met ZN om te bespreken of zij de signalen herkennen dat over de eerder genoemde punten onder onderzoeksvraag 1 niet altijd de juiste informatie wordt verstrekt. In het gesprek kan de NVN bespreken hoe verzekeraars de voorlichting kunnen verbeteren. Daar waar onduidelijkheden bestaan vanwege interpretatieverschillen van de wet en aanvullende regelingen kan ook het CVZ bij het overleg betrokken worden.

2 Gesprek met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Uit de praktijksignalen bij de NVN, interviews met enkele leden van de NVN, en signalen bij het Dialyseoverleg is een aantal wensen naar voren gekomen over de inhoud van de basisverzekering. De wensen bevatten zorg, hulpmiddelen, medicijnen en vergoeding van vervoerskosten, die momenteel niet in de basisverze-

kering vallen. Dit is in het belonderzoek ook nog eens getoetst en bevestigd. De leden van de NVN zouden echter graag zien dat deze onderdelen wel vergoed worden via de basisverzekering. Deze wensen zijn:

- Vergoeding van hulp door de mantelzorg bij thuisdialyse;
- Vergoeding van kosten van vervoer van de partner die de dialyserende naar het dialysecentrum brengt, en tussendoor naar huis gaat;
- Taxivervoer voor de thuisdialyserende in noodsituaties (van huis naar dialysecentrum);
- Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor een normale en noodzakelijke controle voor CAPD- en CCPD-patiënt;
- Kosten vervoer in pre-dialyse fase;
- Taxivervoer kort na de niertransplantatie;
- Stomazakje voor afplakken van huidpoort;
- Eiwitarme en zoutarme producten;
- Vitaminepreparaten/voedingssupplementen/voedingsdrankjes;
- Groeihormonen;
- Sterilium;
- Mondhygiënist

De NVN kan bovengenoemde punten met het CVZ bespreken, nadat eerst een prioritering in de wensenlijst is aangebracht. Het CVZ heeft in april 2008 het advies 'Pakketbeheer 2008' uitgebracht over de vergoeding van de kosten van hulp van de mantelzorg. CVZ adviseert om de kosten van hulp verleend door de mantelzorg aan de thuis dialyserende op te nemen in het basispakket. Deze wens sluit aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen rond het tweeverdienerschap.

3 Voorlichting aan leden van de NVN

De ervaringen van het belteam maken helder dat het voor nierpatiënten niet eenvoudig is om de juiste informatie over de inhoud van de basisverzekering op tafel te krijgen. De onderzoekers raden aan om nierpatiënten duidelijk te maken dat het basispakket nog niet uniform uitgevoerd wordt. Dat maakt hen alert bij het kiezen van een nieuwe verzekering. Zij kunnen de zorgverzekeraar ook aanspreken op het niet vergoeden van zorg, daar waar dat wel zou moeten. In dit rapport staat vermeld om welke zorg het gaat.

4 Tot slot

Op basis van het onderzoek blijven nog verschillende vragen open staan. Is er nog andere zorg uit het basispakket voor nierpatiënten, die naast de zorg die is onderzocht in dit onderzoek, niet wordt vergoed door verzekeraars? De onderzoekers bevelen de NVN aan om in het gesprek met ZN en CVZ na te gaan hoe de juiste informatie over de interpretatie van de Zorgverzekeringswet en het basispakket terecht kan komen bij de medewerkers van verzekeraars die de consumenten informatie verschaffen.

Lijst met afkortingen

Bzv	Besluit zorgverzekering
CAPD	Continue ambulante peritoneaaldialyse
CCPD	Continue cyclische peritoneaaldialyse
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
HMI	Hans Mak Instituut
NFN	Nederlandse Federatie voor Nefrologie
NSN	Nierstichting Nederland
NVN	Nierpatiënten Vereniging Nederland
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Rzv	Regeling zorgverzekering
SLOT	Stichting Landelijk Orgaan Thuisdialyse
VMWN	Vereniging Maatschappelijk Werk Nefrologie
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

1 Inleiding

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Met deze wet is een verplichte basisverzekering tegen ziektekosten geïntroduceerd. Daarnaast kunnen consumenten een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet staat het verzekerden vrij om jaarlijks de verzekering en verzekeraar te kiezen die het beste bij hen past.

De basisverzekering biedt een pakket dat voor iedereen gelijk is, ongeacht de verzekeraar. Hoewel de basisverzekering in principe dezelfde zorg moet vergoeden, blijkt er in de praktijk ruimte te bestaan voor discussie. De dekking van de basisverzekering is minder uniform dan de wettekst en de publieksinformatie van overheid en verzekeraars doen vermoeden. Zowel de wettekst als de huidige circulaires over vergoedingen aan nierpatiënten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) leiden tot interpretatieverschillen bij verzekeraars: de een vergoedt wel, de ander niet.

De Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) heeft in de afgelopen twee jaar van haar leden signalen ontvangen over verschillende interpretaties van de uitvoering van de basisverzekering. Interpretatieverschillen kunnen vanuit het oogpunt van de wetgever details betreffen, beleefd vanuit het perspectief van nierpatiënten kan het basispakket van verschillende verzekeraars vrij ingrijpend van elkaar verschillen.

De NVN hecht aan een transparante uitvoering van de Zvw en een uniforme invulling van de basisverzekering. Om de verschillen tussen zorgverzekeraars in de uitvoering van de basisverzekering te laten zien vanuit het perspectief van een nierpatiënt is de NVN in januari 2007 gestart met het project 'Verstand van Verzekeren'. In 2008 is een telefonisch onderzoek onder 24 zorgverzekeraars opgezet dat is uitgevoerd door een ervaringsdeskundig belteam bestaande uit zes nierpatiënten (mystery guests). Zij zijn nagegaan of zorg (hulpmiddelen, medicijnen etc.) uit het basispakket die voor nierpatiënten van belang is door alle zorgverzekeraars vergoed wordt. De uitkomsten van dit onderzoek staan in dit rapport beschreven.

Op dit moment krijgt een nierpatiënt nog niet de informatie, die nodig is om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een ziektekostenverzekering of verzekeraar. De NVN beoogt met dit onderzoek bij te dragen aan meer transparantie voor nierpatiënten bij de keuze van een ziektekostenverzekering.

2 Doel project

Per 1 januari van elk jaar kan een verzekerde burger van ziektekostenverzekering wisselen. De NVN vindt het van belang dat nierpatiënten een weloverwogen keuze kunnen maken voor een ziektekostenverzekering of ziektekostenverzekeraar. Om dat te kunnen doen, hebben nierpatiënten informatie nodig die hen kan ondersteunen bij het maken van een keuze.

Een uniforme uitvoering van de basisverzekering is hierbij een vereiste. Elke nierpatiënt moet er vanuit kunnen gaan dat het niet uitmaakt bij welke verzekeraar hij of zij verzekerd is als het gaat om zorg uit het basispakket.

Het project 'Verstand van Verzekeren' heeft twee doelen:

- 1 Stimuleren dat verzekeraars een uniforme interpretatie van de regelgeving ten aanzien van het basispakket toepassen en in hun klantcontacten met nierpatiënten hen daarover adequaat informeren;
- 2 Ontwikkelen keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten.

Het onderzoek is uitgewerkt in twee onderzoeksvragen:

- Vergoeden - op basis van telefonisch verkregen informatie - alle zorgverzekeraars conform wettekst en specificaties van ZN en CVZ als het gaat om zorg voor nierpatiënten in het basispakket Zvw?
- In welke mate is de door verzekeraars verstrekte informatie over de inhoud van de basisverzekering geschikt om als keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten te fungeren?

2.1 Opbouw rapport

Hoe uniform is de uitvoering van het basispakket Zvw op dit moment? Hoofdstuk drie gaat in op de huidige richtlijnen voor het basispakket. Om te onderzoeken of alle verzekeraars hetzelfde vergoeden is een belonderzoek uitgevoerd door mystery guests. De werkwijze van dit onderzoek staat beschreven in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf staan de vormen van dialyse en type nierpatiënt beschreven. Per type is een casus en vragenlijst opgesteld die in dit hoofdstuk worden toegelicht. Hoofdstuk zes bevat de resultaten en analyse van het belonderzoek. Hoofdstuk zeven richt zich op de keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten. De klantvriendelijkheid en toegankelijkheid van de verzekeraars worden in hoofdstuk acht benoemd. Het rapport wordt afgesloten met hoofdstuk negen waarin de conclusies en aanbevelingen staan beschreven.

3 Uniform basispakket

3.1 Hoe uniform is het basispakket voor nierpatiënten?

De Zvw regelt dat elke Nederlander verplicht tegen ziektekosten verzekerd is via de basisverzekering. Voor deze basisverzekering geldt een acceptatieplicht. Dat houdt in dat iedereen zonder medische selectie tot de basisverzekering wordt toegelaten, dus ongeacht de gezondheid of leeftijd van de te verzekeren persoon. De inhoud van het basispakket wordt door de overheid vastgesteld en is in principe voor elke zorgverzekeraar hetzelfde.

Indien een consument meer verzekerd wil hebben dan de inhoud van de basisverzekering, dan kan deze een aanvullende verzekering afsluiten. Voor deze verzekeringen geldt geen acceptatieplicht. Iemand met een minder goede gezondheid of bijvoorbeeld een hoge leeftijd kan voor de aanvullende verzekering worden geweigerd.

Naast de Zorgverzekeringswet zijn het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) van belang om te weten wat er volgens het basispakket vergoed wordt.

In de oude Ziekenfondswet was gedetailleerd geregeld welke onderdelen van de zorg verzekerd waren. De consument wist precies waar hij of zij aanspraak op had. In de nieuwe situatie van de Zvw geldt er een regeling op hoofdlijnen. De zorgverzekeraars hebben de beleidsvrijheid om binnen de vastgestelde kaders te regelen welke zorg zij verzekeren. Verzekeraars kunnen de aanspraken van verzekerden nader in de polisvoorwaarden invullen. In de praktijk heeft deze beleidsvrijheid tot vragen geleid bij zowel verzekerden zelf, als patiëntenorganisaties als zorgverzekeraars.

Specifiek voor de thuisdialyse heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) knelpunten in de praktijk geconstateerd, waardoor niet altijd duidelijk is wat voor de nierpatiënt verzekerd wordt via het basispakket. Deze knelpunten komen voort uit leemtes in de wet. Het CVZ heeft daarom in april 2008 het rapport *'Pakketadvies 2008'* uitgebracht aan de minister van VWS waarin geadviseerd wordt om op bepaalde punten de regels aan te passen. Met dit advies wil het CVZ helderheid verschaffen over de zorg aan thuisdialysepatiënten die in het basispakket zit. Zo wordt bijvoorbeeld verhelderd dat aanpassingen in de woning, die redelijkerwijs nodig zijn voor de thuisdialyse vergoed dienen te worden. Het advies van CVZ is te vinden op www.cvz.nl onder het kopje pakketadvisering.

De zorgverzekeraars hebben bij het vergoeden van medicijnen ook bepaalde beleidsvrijheid. Zorgverzekeraars zijn verplicht om de medicijnen aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Daarbij moeten zij kiezen uit de medicijnen, die door de minister van VWS zijn aangewezen. Verzekeraars kunnen er echter voor kiezen dat medicijnen die dezelfde werkzame stof hebben, maar de laagste inkoopprijs hebben, vergoed worden. Duurdere medicijnen met dezelfde werkzame stof worden dan niet vergoed. Dit beleid heet ook wel het preferentiebeleid. Per 1 juli 2008 kunnen verzekeraars individueel verschillende medicijnen aanwijzen waarop het preferentiebeleid betrekking heeft. Voor de consument kan

dit beleid tot gevolg hebben dat bepaalde medicijnen die zij altijd vergoed kregen niet meer worden vergoed, omdat er een ander medicijn met dezelfde werkzame stof, maar met een lagere inkoopprijs beschikbaar is.

Het CVZ heeft een website www.medicijnkosten.nl waarop iedereen kan nagaan of een bepaald medicijn in het basispakket vergoed wordt en of er een aanvullende bijdrage van de verzekerde gevraagd wordt.

3.2 Verduidelijking basispakket

De NVN heeft in de afgelopen jaren signalen van leden ontvangen over de verschillen bij de uitvoering van de basisverzekering. Interpretatieverschillen en specificaties van de zorgverzekeringswet, die betrekking hebben op nierpatiënten worden besproken in het Dialyseoverleg - met vertegenwoordigers van Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Stichting Landelijk Orgaan Thuisdialyse (SLOT), Nederlandse Federatie voor Nefrologie (NFN), Nierstichting Nederland (NSN), Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) en het Hans Mak Instituut (HMI). Het Dialyseoverleg heeft vanaf 2006 overleg gevoerd met ZN en CVZ over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Dit overleg heeft geleid tot een brief van ZN aan haar leden waarin een aantal aanspraken krachtens de basisverzekering zijn gespecificeerd (brief ZN d.d. 31-08-2007, bijlage 1). Eerder was er al overleg gevoerd tussen CVZ en de NFN. Het CVZ heeft vervolgens in een brief van 16 januari 2007 antwoord gegeven op een aantal vragen van de NFN. In de brief zet het CVZ uiteen op welke wijze een aantal zaken rond vergoeding van zorg aan dialysepatiënten moet worden uitgelegd. Zie voor de inhoud van de brief van CVZ d.d. 16-01-2007 bijlage 2.

Al met al zou met de nadere uitleg en specificering van de brieven van het CVZ en ZN helder moeten zijn voor zowel de zorgverzekeraar, als de nierpatiënt welke zorg precies in het basispakket vergoed wordt. In het belonderzoek is onderzocht of de zorgverzekeraars op dezelfde wijze de vergoeding in het basispakket interpreteren.

4 Werkwijze onderzoek

4.1. Inleiding

Het project 'Verstand van Verzekeren' toetst welke informatie zorgverzekeraars geven aan nierpatiënten over vergoedingen in hun basisverzekering. Aan de hand van deze informatie is bekeken of de door de verzekeraars genoemde dekking conform de circulaires van CVZ en de specificaties van ZN wordt vergoed. Om te toetsen welke informatie de verzekeraars geven over specifieke vergoedingen, die van belang zijn voor nierpatiënten, is gekozen voor het inzetten van mystery guests. Een ervaringsdeskundig belteam bestaande uit zes nierpatiënten (de mystery guests) heeft in drie belrondes 24 zorgverzekeraars gebeld aan de hand van zes vragenlijsten. De belrondes vonden plaats in de periode april t/m augustus 2008. De verkregen data zijn vervolgens in een database ingevoerd.

4.2. Opbouw belteam

In januari 2008 is gestart met het opstellen van een profiel voor de leden van het belteam. Op basis van dat profiel is via de NVN begonnen met het werven van zes vrijwilligers voor het belteam. De NVN heeft zes actieve vrijwillige kaderleden benaderd om deel te nemen aan het belteam. Half maart was het belteam compleet.

4.3. Opstellen casussen en vragenlijsten

Ter voorbereiding van het opstellen van casussen is nader onderzoek verricht naar de interpretatieproblematiek rond de Zorgverzekeringswet (zie ook hoofdstuk 3 Uniform basispakket). Circulaires en specificaties van ZN en CVZ waarin aanspraken op basis van de basisverzekering voor nierpatiënten staan gespecificeerd, zijn input geweest voor de casussen.

Door de NVN en Nierstichting zijn 53 punten opgesteld die voor nierpatiënten belangrijk zijn en voor vergoeding in aanmerking (zouden moeten) komen. Op de gezamenlijke website van NVN, Nierstichting en Vereniging Maatschappelijk Werk Nefrologie (VMWN) (www.nierpatient.nl) staan de 53 punten beschreven waarbij aangegeven wordt of deze in 2008 worden vergoed door de verzekeraars, en welke kosten eraan verbonden zijn.

Op basis van de 53-puntenlijst, de circulaires en specificaties van CVZ/ZN en de vragen over zorgverzekeringen, die in 2007 aan de NVN gesteld zijn door nierpatiënten, zijn zes concept-casussen opgesteld. Aan de hand van deze concepten zijn zes leden van de NVN telefonisch geïnterviewd. In elk interview stond een type nierpatiënt centraal (bijvoorbeeld hemodialyse thuis en hemodialyse in een dialysecentrum, etc). Gevraagd is om:

- a** Deze concept-casus aan te vullen met voor nierpatiënten belangrijke informatie die vergoed zou moeten worden door de zorgverzekeraar,
- b** De casus te beoordelen op juistheid van de genoemde elementen die de zorgverzekeraar zou moeten vergoeden in relatie tot de type nierpatiënt,
- c** Prioriteiten aan te geven in de gewenste vergoedingen en,
- d** Mogelijke knelpunten te noemen die zij zelf hadden ondervonden bij het vergoed krijgen van bijvoorbeeld medicijnen of andere zaken door de zorgverzekeraar.

De zes concept-casussen zijn vervolgens op basis van de interviews aangepast en opnieuw aan de geïnterviewden en aan een aantal leden van het belteam (tevens actief in NVN-commissies) ter finale toetsing voorgelegd.

In de definitieve casussen zijn zoveel mogelijk situaties verwerkt, die betrekking hebben op aanspraken zoals omschreven in de circulaires van CVZ en specificaties van ZN. De zes casussen geven een goed beeld van de variatie aan typen dialyse en nierpatiënten. Op basis van de casussen zijn zes vragenlijsten ontwikkeld, die gehanteerd werden bij het bellen van de zorgverzekeraars.

4.4. Opstellen lijst zorgverzekeraars

De volgende stap bestond uit het samenstellen van de lijst van zorgverzekeraars, die gebeld moesten worden door het belteam. Deze lijst is gekozen op basis van de adresgegevens van de ledenlijst van Zorgverzekeraars Nederland. Het projectteam heeft als pilot zelf alle verzekeraars eenmaal gebeld om zo na te gaan of de vragenlijst werkt en om de juiste telefoonnummers en afdelingen in beeld te krijgen.

Er is uiteindelijk voor gekozen om 24 zorgverzekeraars te gaan bellen. De verzekeraars die uitsluitend met tussenpersonen werken of zich te specifiek richten op één doelgroep (bijvoorbeeld maritieme beroepsgroepen) zijn buiten beschouwing gelaten. Deze keuze is gemaakt om zodoende alle verzekeraars op dezelfde wijze te kunnen onderzoeken, namelijk via hun eigen afdelingen vergoedingen en/of callcenter. In bijlage 3 vindt u de lijst met zorgverzekeraars, die zijn gebeld door het belteam.

4.5. Scholing belteam

Het belteam bestond uit zes vrijwillige (kader)leden van de NVN. Om hen goed voor te bereiden op het bellen van de zorgverzekeraars als mystery guest is een scholing door het projectteam gegeven. Deze vond half maart plaats. De scholing bestond uit het weergeven van het doel van het project 'Verstand van verzekeren', het scholen van de vrijwilligers in het bellen als mystery guest en het toelichten van de vragenlijsten, die verzekeraars zouden worden voorgelegd.

Na de scholing zijn de vragenlijsten nog iets aangepast en tenslotte definitief gemaakt. Uiteindelijk zijn zes vragenlijsten vastgesteld.

4.6. Nierpatiënten als mystery guests

Na de scholing was het belteam voldoende getraind om te kunnen starten met het bellen als mystery guest naar de zorgverzekeraars. Het projectteam fungeerde als een backoffice voor vragen van het belteam. Na de eerste belronde is een evaluatiebijeenkomst gehouden die tevens ingezet is als instructiebijeenkomst voor de tweede belronde. Als afsluiting van de drie belrondes is een slotbijeenkomst georganiseerd voor het belteam.

De ervaringsdeskundigheid van het belteam kwam zeer ten goede aan de geloofwaardigheid van de mystery guests richting zorgverzekeraars. Zij weten als geen ander waar de knelpunten zitten en konden indien nodig de gestructureerde vragen aan zorgverzekeraars omkleden met voorbeelden uit de praktijk. Bovendien zijn zij goed op de hoogte van behandelingen, medicijnen, hulpmiddelen en andere elementen, die van belang zijn voor nierpatiënten.

4.7. Belrondes zorgverzekeraars

Op basis van de pilot is bepaald hoe de belrondes zo optimaal mogelijk konden worden uitgevoerd in een tijdsbestek van vijf maanden. Om voldoende valide onderzoeksresultaten te krijgen, is in drie verschillende periodes (belrondes) gebeld met verzekeraars. Elke beller van het belteam toetste één casus bij 24 verzekeraars. In elke volgende periode kreeg de beller een andere casus. Eenzelfde casus werd dus driemaal bij een verzekeraar getoetst. De leden van het belteam hebben de vragenformulieren handmatig ingevuld. Na elke belperiode stuurde het belteam de ingevulde vragenlijsten retour naar het projectteam voor verwerking in de database.

4.8. Dataverwerking

Op basis van de definitieve versies van de vragenlijsten is een database ontwikkeld. Het programma Access is gebruikt om de verkregen data te kunnen invoeren. Na elke belronde zijn de gegevens van het belteam ingevoerd. Vervolgens zijn de data geanalyseerd en in deze rapportage verwerkt.

5 Vormen van dialyse en type nierpatiënt

Voor het onderzoek is uitgegaan van zes typen nierpatiënt (gekoppeld aan een bepaalde vorm van dialyse), die relatief veel voorkomen. Per type patiënt dan wel vorm van dialyse zijn verschillende vragen over de inhoud van de basisverzekering aan de verzekeraars voorgelegd. De typen nierpatiënt en vormen van behandeling, die in dit onderzoek zijn gebruikt, worden hieronder kort beschreven.

Vervolgens beschrijven we de zes casussen, die aan de verzekeraars zijn voorgelegd. Deze casussen zijn opgesteld op basis van de 53-puntenlijst van de NVN, de brieven van CVZ en ZN, en telefonische interviews bij zes leden van de NVN. Daarmee is getracht een dwarsdoorsnede te krijgen van de zorg en middelen, die veel nierpatiënten nodig hebben. Daarbij is niet gekeken of het naast elkaar gebruiken van de verschillende medicijnen medisch inhoudelijk gezien verantwoord is. Het ging vooral om de vraag of de 24 verzekeraars de gevraagde zorg uit de casus in hun basispakket hebben opgenomen.

5.1 Vormen van dialyse

a Hemodialyse thuis

In deze situatie vindt de behandeling plaats via de bloedbaan. De patiënt is via een infuuslang in een bloedvat verbonden met de dialysemachine. Het bloed van de patiënt wordt door de kunstnier in de machine gezuiverd van afvalstoffen en weer teruggepompt naar de patiënt.

De patiënt ondergaat de dialyse thuis. Dit kan overdag of 's nachts plaatsvinden. Thuisdialyse overdag kan bestaan uit vijf á zes keer per week twee tot drie uur dialyseren. De nachtelijke thuisdialyse bestaat uit vijf á zes keer per week dialyseren gedurende de hele nacht terwijl de patiënt slaapt.

b Hemodialyse in dialysecentrum

Bij hemodialyse vindt de nierfunctievervangende behandeling plaats via de bloedbaan. De patiënt is via een infuuslang in een bloedvat verbonden met de dialysemachine. Het bloed van de patiënt wordt door de kunstnier in de machine gezuiverd van afvalstoffen en weer teruggepompt naar de patiënt.

De patiënt moet minimaal tien uur per week dialyseren. De patiënt ondergaat de dialyse in een dialysecentrum.

c Continue ambulante peritoneaaldialyse, CAPD

Bij deze vorm van dialyseren verloopt de dialyse via het buikvlies. De patiënt krijgt een permanent katheter in de buik geplaatst. Hierdoor wordt schone spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Deze vloeistof trekt afvalstoffen en vocht aan via het buikvlies. Na enkele uren is de vloeistof verzadigd met afvalstoffen. De patiënt laat deze vloeistof uit de buik lopen en laat onmiddellijk weer schone vloeistof inlopen. Hiermee wordt een continue reiniging van het bloed bereikt. Er is geen bloedcontact. Deze methode bestaat uit vier wisselingen per dag. Deze vorm van dialyseren is uitsluitend een vorm van thuisdialyse.

d Pre-dialyse

Bij de pre-dialyse patiënt is de nierfunctie onder de 20% van het normale func-

tioneren, maar dialyse is nog niet nodig. Er vindt dus nog geen dialysebehandeling plaats. De patiënt is in afwachting van een behandeling, die het werk van de nieren deels kan overnemen.

e Niertransplantatie

Bij een niertransplantatie heeft de nierpatiënt via een donor een nier ontvangen, vaak via een familielid. De donornier kan de nierfunctie overnemen, waardoor de patiënt niet meer hoeft te dialyseren. De ontvanger van de nier moet wel blijvend verschillende medicijnen gebruiken, onder andere om afstoting van de donornier te voorkomen.

f Continue cyclische peritoneaaldialyse, CCPD

Evenals bij CAPD verloopt deze vorm van dialyse via het buikvlies. De patiënt krijgt een permanent katheter in de buik geplaatst. Hierdoor wordt schone spoelvloeistof in de buikholtte gebracht. Deze vloeistof trekt afvalstoffen en vocht aan via het buikvlies. Na enkele uren is de vloeistof verzadigd met afvalstoffen. Er wordt bij deze vorm van dialyseren gebruik gemaakt van een machine om de wisselingen 's nachts uit te kunnen voeren. Ook deze vorm van dialyseren is uitsluitend een vorm van thuisdialyse.

5.2 Casussen voor het belteam

Er zijn zes casussen opgesteld, die als uitgangspunt hebben gediend voor de vragenlijsten van het belteam. Op basis van de casus en de vragenlijst zijn de verzekeraars telefonisch bevestigd. De hoofdvraag aan de verzekeraar is steeds: worden deze zaken vergoed uit de basisverzekering? De zes casussen geven we hieronder weer.

5.2.1. Casus 1: Nierpatiënt: hemodialyse - thuis

De beller is een nierpatiënt, die thuis dialyseert. De vraag aan de verzekeraar is steeds of de genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed. De nierpatiënt heeft dialyse apparatuur én toebehoren nodig, evenals een dialysetoel. De nierpatiënt verbruikt extra elektriciteit en water voor de thuisdialyse. Voor de shuntprikplaatsen heeft hij/zij pleisters en gazen nodig. Een tegadermpleister (verdovende werking) is nodig in combinatie met de Emlazalf. Deze nierpatiënt krijgt thuis ondersteuning bij het dialyseren door de mantelzorger (in dit geval de partner). De patiënt dient zijn woning aan te passen, omdat de huidige vloer in de kamer waar de dialyse plaatsvindt niet voldoet aan de eisen, die het dialysecentrum stelt. Om de vloer goed schoon te kunnen houden, wordt aanbevolen de vloerbedekking te vervangen door zijl.

De nierpatiënt gebruikt verschillende medicijnen, zoals Renagel (fosfaatbinder), Algeldraat (fosfaatbinder), Emlacrème (verdovingscrème i.v.m. het prikken), Fosrenol (verlaging fosfaatgehalte) en EPO (stimuleert aanmaak rode bloedcellen). Daarnaast heeft deze persoon extra vitaminen nodig. Ook zijn dieetadviezen gewenst. Tot slot kan er bij het dialyseren thuis iets mis gaan. In dat geval wil de patiënt via individueel taxivervoer naar het dialysecentrum kunnen gaan. Dan gaat het niet om een normale controle, maar om een noodzakelijke behandeling in het dialysecentrum.

5.2.2. Casus 2: Nierpatiënt: hemodialyse, dialyseert in het dialysecentrum

De beller is een nierpatiënt, die in het dialysecentrum dialyseert. De vraag aan de verzekeraar is of de genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed. De patiënt gaat een aantal maal per week met de taxi van huis naar het dialysecentrum en vice versa. Soms kan de patiënt met eigen vervoer door de partner naar het dialysecentrum worden gebracht. De partner gaat regelmatig tussendoor naar huis en komt na afloop van de dialyse de nierpatiënt weer ophalen.

De nierpatiënt gebruikt verschillende medicijnen, zoals Calciumcarbonaat (fosfaatbinder), Bètablokkers (tegen hartritmestoornis), Lipitor (cholesterolverlager), Zantac (maagzuurremmer), Pantazol (maagzuurremmer) en Alfacalcidol (voor vitamine D). Naast de medicijnen heeft de patiënt een aantal dieetadviezen gekregen, namelijk het eten van eiwitarme en zoutarme producten. Aanvullende voedingssupplementen zoals Fortimel en nutridrink worden aanbevolen.

Net als elke andere Nederlander wil deze patiënt af en toe op vakantie naar het buitenland. De vraag is dan of de dialysebehandeling in het buitenland vergoed wordt.

Het dialyseren brengt de nodige psychische klachten met zich mee. De patiënt heeft daarom behoefte aan hulp van een psychotherapeut.

5.2.3. Casus 3: Nierpatiënt: CAPD

De beller is een nierpatiënt, die overdag spoelt via het buikvlies. De vraag aan de verzekeraar is of de in de casus genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed. De standaarduitrusting voor PD is nodig zoals een warmtetas voor het opwarmen van de vloeistof en een inklapbaar infuusstandaard. Deze laatste is nodig i.v.m. vakantie. Dan moet de infuusstandaard mee kunnen. Om de huidpoort te kunnen afplakken bij het baden of zwemmen is een stoma-zakje gewenst.

De nierpatiënt is van plan om binnenkort te gaan verhuizen. Het blijkt dat de vloer in de kamer waar gedialyseerd gaat worden, vervangen moet worden door zeil. Het dialysecentrum stelt als eis dat de vloer goed moet zijn schoon te maken.

Voor het behandelen van de huidpoort zijn gazen, pleisters en Bactroban (voor behandeling van bacteriële huidinfectie) nodig. Voor het ontsmetten van de handen sterilium. De nierpatiënt gebruikt verschillende medicijnen, zoals EPO (stimuleert aanmaak van rode bloedcellen), Metoprolol (verlaagt de bloeddruk) en Jodiumoplossing 1% FNA (voor desinfectie van de huid).

Circa eenmaal per vier weken moet de patiënt voor controle naar het dialysecentrum. Het vervoer naar het dialysecentrum gaat per taxi. Tot slot wil de patiënt graag thuis lichttherapie hebben (tegen jeuk). Mocht dat thuis niet mogelijk zijn, dan eventueel lichttherapie in het ziekenhuis.

5.2.4 Casus 4: Nierpatiënt: CCPD, wachtend op transplantatie

De beller is een CCPD-nierpatiënt, die wacht op een transplantatie. De vraag aan de verzekeraar is of de in de casus genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed.

Voor het dialyseren is een warmtetas nodig voor het warm houden van de vloeistof, bijvoorbeeld als de patiënt op reis gaat. Er wordt meer elektriciteit en water voor het dialyseren verbruikt. Voor het behandelen van de huidpoort zijn gazen en pleisters nodig. Voor het ontsmetten van de handen sterilium.

Ook bij deze patiënt moet de woning worden aangepast. De kamer waarin gedialyseerd wordt, moet steriel zijn en goed zijn schoon te houden. De vloerbedekking moet eruit. Om het gebrek aan vitaminen aan te vullen zijn vitaminepreparaten en mineralen nodig. Vanwege het wachten op een geschikte donornier wordt relatietransplantatie in het buitenland overwogen. Met het oog op de transplantatie wordt gewichtsreductie onder medische begeleiding aanbevolen. Ook moet het gebit helemaal gesaneerd worden, vanwege de te verwachten niertransplantatie. De patiënt mag dan geen ontstekingen hebben. Tot slot moet de patiënt regelmatig met de taxi van huis naar het dialysecentrum voor een normale controle, om te kijken of het dialyseren goed gaat. Soms is er sprake van een noodzakelijke behandeling in het dialysecentrum. Ook dan gaat het vervoer per taxi.

5.2.5. Casus 5: Nierpatiënt in pre-dialyse fase

De beller is een moeder van een kind van 10 jaar, dat in de pre-dialysefase zit. Het kind dialyseert nog niet, maar wacht op dialysebehandeling. De vraag aan de verzekeraar is of de in de casus genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed. Het kind heeft een aantal medicijnen en voedingssupplementen nodig, omdat de groei wat achter blijft. Zo gebruikt het kind Kaliumcitraat (voedingssupplement voor goede spierfunctie), Natrium bicarbonaat (verlaagt zuurgraad in het bloed), Fosfaatdrank (om fosfaat op peil te houden), groeihormonen en multi-vitaminen.

Het vooruitzicht van dialyse valt het kind erg zwaar. Daarom krijgt het psychotherapie. Ook de moeder heeft hier behoefte aan.

Tot slot gaat de moeder met het kind regelmatig naar het ziekenhuis voor onderzoek. Zij vraagt zich af of de kosten van eigen vervoer naar het ziekenhuis en terug naar huis vergoed worden.

5.2.6. Casus 6: Getransplanteerde (in combinatie met vaatproblemen)

De beller is een patiënt die onlangs een niertransplantatie achter de rug heeft. De vraag aan de verzekeraar is of de in de casus genoemde zorg **via de basisverzekering** wordt vergoed.

Er zijn gaasjes en pleisters nodig voor de katheterwond. En Jodium om de wond te ontsmetten.

De patiënt moet na de transplantatie verschillende medicijnen slikken, zoals Prograft (ter voorkoming van afstoting bij getransplanteerde), Prednison (ter voorkoming van afstoting na transplantatie), CellCept (ter voorkoming van afstoting van getransplanteerde nier), Omeprazol (maagzuurremming), Aprovel (verlaagt de bloeddruk), Tildiem tablet (verhoogt de doorbloeding van organen), Celiprolol (verlaagt de bloeddruk), Ascal (bloedverdunner), Lactulosezakjes (tegen verstopping), Lactulose vloeistofdrankjes (tegen verstopping), Temazepam (slaapmiddel) en Flunitrazepam (slaapmiddel).

Kort na de transplantatie was er taxivervoer vanaf het transplantatiecentrum naar het huis van de patiënt nodig, i.v.m. het nog niet voldoende functioneren van de nier en moeilijk lopen als gevolg van de operatie. Ook zal in de eerste zes maanden na de transplantatie wegens controle regelmatig vervoer naar het ziekenhuis nodig zijn. Het vervoer gaat per taxi. Vanwege vaatproblemen is fysiotherapie nodig. Of bewegingstherapie. Tot slot wordt aanbevolen om tweemaal per jaar naar de mondhygiënist te gaan.

6. Resultaten belonderzoek en analyse

6.1 Inleiding

In drie belrondes zijn aan 24 zorgverzekeraars vragen gesteld over de verzekerde zorg in het basispakket. De vragen die aan verzekeraars zijn voorgelegd, zijn gekoppeld aan zes typen nierpatiënt dan wel vorm van dialyse zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven.

De hoofdvraag, die steeds telefonisch aan verzekeraars is voorgelegd, is of bepaalde zorg, medicijnen, hulpmiddelen of vervoerskosten in 2008 via het basispakket worden vergoed. De zes vragenlijsten kunt u vinden in bijlage 4.

De gedetailleerde uitkomsten van het belonderzoek zijn te vinden in bijlage 5. Hierin is per casus een volledige beschrijving opgenomen van de uitkomsten van het belonderzoek. De namen van verzekeraars, die bepaalde zorg niet vergoeden, zijn hierin genoemd. Daarnaast zijn de resultaten gevisualiseerd in tabellen (zie bijlage 6).

In dit hoofdstuk geven we eerst samenvattend de totale resultaten van het bellen weer. Vervolgens beschrijven we de opvallende punten die uit het onderzoek naar voren komen.

In principe zouden alle vragen uit de zes casussen (behalve fysiotherapie, bewegingstherapie en mondhygiënist) vergoed moeten worden uit de basisverzekering. Onderstaand wordt per punt geschetst óf het product volgens de verzekeraars in de basisverzekering is opgenomen, en zo nee, wat mogelijk de oorzaak is van het feit dat verzekeraars telefonisch aangeven bepaalde zorg **niet** te vergoeden via de basisverzekering.

6.2 Resultaten samengevat

In drie belrondes zijn zes casussen voorgelegd. De volgende producten/zorg worden volgens de telefonisch verstrekte informatie van verzekeraars in alle drie de belrondes door alle verzekeraars **wel** vergoed via de basisverzekering:

Casus hemodialyse thuis

- Dialyseapparatuur, dialyseoel en toebehoren
- Pleisters en gazen voor shuntprikplaatsen
- Tegadermpleister
- Dieetadvisering van maximaal 4 uur per jaar.

Casus hemodialyse in het dialysecentrum

- Zittend ziekenvervoer/taxi van huis naar het dialysecentrum
- Eigen vervoer van huis naar het dialysecentrum en retour
- De medicijnen Bètablokkers (Metoprolol) en Lipitor
- Dialyseren in het buitenland (op twee verzekeraars na)
- Hulp van eerstelijns psycholoog, of van een vrijgevestigde psychotherapeut (maximaal acht zittingen, eigen bijdrage, en maximum vergoeding).

Casus CAPD

- De medicijnen EPO, Metoprolol.

Casus pre-dialyse

- Hulp van een psycholoog voor het kind en voor de ouders van het kind (maximaal acht zittingen, eigen bijdrage, en maximum vergoeding).

Casus niertransplantatie

- Medicijnen Prednison, Cellcept, Tildiem tablet, Ascal, lactulose vloeistofdrankjes, Temazepam, Flunitrazepam.

Casus CCPD

- Van alle voorgelegde vragen over te vergoeden zorg is er geen enkele vraag die in alle drie de belrondes door alle verzekeraars positief werd beantwoord.

6.3 Resultaten en analyse per product

In drie belrondes zijn steeds 24 verzekeraars gebeld. In totaal is er dus 72 maal per casus gebeld. Op basis van de drie belrondes geven we onderstaand per gevraagde zorg/product aan hoeveel verzekeraars de zorg **niet** via de basisverzekering vergoeden, terwijl zij dat in de meeste gevallen **wel** hadden moeten doen. Een mogelijke verklaring voor het niet-vergoeden is in het analysedeel beschreven. Indien de gevraagde zorg niet via de basisverzekering vergoed had hoeven worden, dan wordt dat ook vermeld bij het analysedeel.

Elektriciteit en water voor thuisdialyse*Bevinding*

Bij vijf verzekeraars (hemodialyse thuis) respectievelijk 14 verzekeraars (CCPD-patiënt) van de in totaal 72 belmomenten is geconstateerd dat er geen vergoeding van extra verbruik van elektriciteit en water plaatsvindt. Er is in deze gevallen door de verzekeraars naar de gemeente verwezen, die een vergoeding zou kunnen bieden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Analyse

In het rapport van CVZ 'Advies pakketbeheer 2008' is aangegeven dat de kosten van extra elektriciteit en water, die als gevolg van de hemodialyse thuis gemaakt worden, door de verzekeraars vergoed moeten worden. Elektriciteit en water zijn namelijk noodzakelijk voor het laten werken van het dialyseapparaat. De vergoeding van deze kosten staan genoemd in artikel 26 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Het gaat hier om vergoeding van redelijk te achten kosten, die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. Er staat in hetzelfde artikel dat de vergoeding plaatsvindt voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien. De Wmo zou zo'n wettelijke regeling kunnen zijn, maar de Wmo is vooral gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. In de situatie van hemodialyse thuis gaat het om het gebruik van elektriciteit en water die beide noodzakelijk zijn voor de behandeling van de patiënt. De Wmo ziet niet op de behandeling van patiënten. Het verwijzen naar de Wmo voor de vergoeding van de kosten van elektriciteit en water is in de situatie van hemodialyse thuis niet op zijn plaats.

Vergoeding van kosten aanpassen woning*Bevinding*

Verschillende verzekeraars hebben aangegeven de kosten van het aanpassen van de woning i.v.m. het vervangen van een vloer niet te vergoeden. In de casus hemodialyse thuis is dit 21 maal genoemd, bij CAPD 43 maal en bij CCPD-patiënt 35 maal. De verzekeraars verwijzen daarbij naar de gemeente, die een vergoeding zou kunnen bieden vanuit de Wmo.

Analyse

Volgens de Regeling zorgverzekering en het CVZ 'Advies pakketbeheer 2008' komen de kosten van het aanpassen van de woning vanwege het thuis dialyseren voor rekening van de verzekeraar. Wel zal het moeten gaan om redelijke kosten, die noodzakelijk zijn om de thuisdialyse mogelijk te maken. Ook kunnen verzekeraars eisen dat er eerst toestemming nodig is en een begroting wordt ingediend, voordat tot aanpassing van de woning wordt overgegaan.

Het feit dat verzekeraars verwijzen naar de Wmo voor het vergoeden van de kosten van het aanpassen van de woning komt niet overeen met de Regeling zorgverzekering en het CVZ 'Advies pakketbeheer 2008'.

Vergoeding van hulp door mantelzorger*Bevinding*

Geen enkele verzekeraar, op twee na, vergoedt de hulp die een mantelzorger biedt bij hemodialyse thuis.

Analyse

Momenteel (in 2008) is er geen wettelijke plicht om deze hulp van de mantelzorger te vergoeden via het basispakket. Echter gezien de maatschappelijke ontwikkelingen rond het tweeverdienschap heeft het CVZ geadviseerd om dit punt aan te passen aan de actualiteit. Het CVZ heeft de minister van VWS geadviseerd de kosten van een vergoeding aan mantelzorgers op te nemen in het basispakket (Advies pakketbeheer 2008). Het CVZ geeft aan dat het om relatief weinig mensen gaat, die als mantelzorger de hulp aan de thuis dialyserende bieden.

Zittend ziekenvervoer/taxivervoer van hemodialysepatiënt thuis*Bevinding*

In totaal is 23 maal aangegeven dat het taxivervoer voor de thuis dialyserende hemodialysepatiënt van huis naar het dialysecentrum in noodsituaties niet vergoed wordt.

Analyse

Indien de dialysepatiënt voor de dialyse naar het dialysecentrum moet, worden de kosten van taxivervoer vergoed. In de casus is uitgegaan van een noodsituatie bij het dialyseren thuis. In die situaties is het wenselijk dat de nierpatiënt voor de taxikosten ook een beroep kan doen op de basisdekking van de verzekeraar, maar de verzekeraar is nu niet verplicht dit te vergoeden. Het is wenselijk dat de vergoeding van deze taxikosten wordt ondergebracht in de Zorgverzekeringswet.

Autokosten van partner die dialyserende wegbrengt naar het dialysecentrum*Bevinding*

De kosten van eigen vervoer van een partner die de dialyserende naar het dialysecentrum wegbrengt en tussendoor naar huis gaat, worden door geen enkele verzekeraar vergoed.

Analyse

Verzekeraars zijn niet verplicht de kosten van eigen vervoer te vergoeden van de partner die, nadat de dialyserende naar het dialysecentrum is weggebracht, tussendoor tijdens het dialyseren naar huis gaat. Dit is wel een wens, die is geuit door leden van de NVN.

Taxivervoer kort na de niertransplantatie*Bevinding*

Twaalfmaal is genoemd dat verzekeraars de taxikosten kort na de transplantatie en gedurende een korte periode van drie maanden na de operatie niet vergoeden.

Analyse

Op de lijst van situaties die opgenomen zijn in de Rvz is nierdialyse wel opgenomen, maar niertransplantatie niet. Dat heeft tot gevolg dat taxivervoer van de nierpatiënt van huis naar dialysecentrum i.v.m. de te ondergane dialyse wel vergoed wordt, maar taxikosten vanwege niertransplantatie in principe niet. Verzekeraars kunnen echter een beroep doen op de hardheidsclausule om vergoeding van taxivervoer te bieden. Een aantal verzekeraars uit dit onderzoek kennen met een beroep op de hardheidsclausule toch een vergoeding toe in de periode kort na de transplantatie van het ziekenhuis naar het huis van de getransplanteerde.

Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor een normale controle voor CAPD- en CCPD-patiënt*Bevinding*

Er is 19 maal genoemd dat de taxirit door een CAPD-patiënt van huis naar het dialysecentrum voor een normale controle niet wordt vergoed. Voor de CCPD-patiënt was dit 20 maal.

Analyse

Indien de dialysepatiënt voor de dialyse naar het dialysecentrum moet, worden de kosten van taxivervoer volgens de huidige regels vergoed uit de basisverzekering. In de casus gaat het om een controle van zowel de CAPD- als de CCPD-patiënt bij het dialysecentrum. Vergoeding van deze kosten is volgens de regels niet verplicht, maar de verzekeraar zou met een beroep op de hardheidsclausule de kosten toch voor zijn rekening kunnen nemen.

Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor noodzakelijke controle van de CCPD-patiënt

Bevinding

Zevenmaal is door verzekeraars aangegeven dat ze deze kosten van taxivervoer voor een CCPD-patiënt wegens noodzakelijke controle bij het dialysecentrum niet vergoeden.

Analyse

Vergoeding van deze kosten is volgens de regels niet verplicht, maar de verzekeraar zou met een beroep op de hardheidsclausule de kosten toch voor zijn rekening kunnen nemen. Past de verzekeraar de hardheidsclausule niet toe, dan kan de patiënt een bezwaarprocedure starten tegen de verzekeraar. Mogelijk kan de patiënt ook nog op basis van rechterlijke uitspraken een beroep doen op de Wmo. Op grond van de compensatieplicht is vergoeding van deze taxikosten mogelijk.

Kosten vervoer in pre-dialyse fase

Bevinding

Er is 38 maal door verzekeraars aangegeven dat de kosten van eigen vervoer van huis naar het ziekenhuis in de pre-dialysefase niet vergoed worden.

Analyse

De vervoerskosten van de persoon in de pre-dialysefase hoeven verzekeraars niet te vergoeden. Dit hoeft alleen in situaties dat er al dialyse plaatsvindt in het dialysecentrum. De wens om een vergoeding van de vervoerskosten uit de basisverzekering te krijgen, is geuit door leden van de NVN.

Warmtetas voor het opwarmen van de spoelvoestof

Bevinding

Over drie belrondes geven 14 (CAPD) respectievelijk 27 verzekeraars (CCPD) aan geen vergoeding voor de warmtetas te bieden.

Analyse

In principe komt deze tas voor vergoeding in aanmerking. Dit punt is echter volgens het CVZ in de praktijk niet helemaal duidelijk. Het CVZ heeft geadviseerd om deze warmtetas onder de hulpmiddelenzorg te brengen zodat onduidelijkheid over vergoeding kan worden weggenomen.

Inklapbaar infuusstandaard

Bevinding

Het inklapbare infuusstandaard voor de PD-patiënt wordt in totaal over drie belrondes door 13 verzekeraars niet vergoed.

Analyse

In de praktijk zijn er onduidelijkheden over de vergoeding, omdat Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat tot vergoeding van deze standaard over kan worden gegaan. Het CVZ heeft in haar advies aangegeven dat het duidelijker wordt als de minister van VWS dit onder de hulpmiddelenzorg brengt. De standaard is immers nodig voor de peritoneaaldialyse patiënt.

Stomazakje*Bevinding*

In totaal is tienmaal aangegeven op basis van drie belondes dat het stomazakje voor het afplakken van de huidpoort tijdens het baden voor de CAPD-patiënt niet vergoed wordt.

Analyse

De brief van Zorgverzekeraars Nederland van 31 augustus 2007 geeft aan dat het stomazakje soms toch separaat vergoed kan worden, hoewel het niet behoort tot de te verzekeren prestatie zoals genoemd in artikel 2.15 van de Regeling zorgverzekering.

Vitaminepreparaten, voedingssupplementen, groeihormonen en diëten*Bevinding*

De meeste verzekeraars bieden geen vergoeding uit de basisverzekering van vitaminepreparaten, voedingssupplementen, voedingsdrank, groeihormonen en diëten.

Analyse

Volgens de geldende regels hoeven verzekeraars deze zaken ook niet te vergoeden. Enkele leden van de NVN hebben wel geuit dat vergoeding van deze zaken wenselijk is.

Gebitssanering vanwege transplantatie (op komst)*Bevinding*

In totaal is 50 maal door de verzekeraars genoemd dat zij deze kosten van gebitssanering met het oog op een aankomende niertransplantatie niet vergoeden uit de basisverzekering.

Analyse

De basisverzekering geeft dekking voor gebitssanering tot een bepaald maximumbedrag i.v.m. een te verwachten niertransplantatie. Dit staat ook vermeld in de brief van Zorgverzekeraars Nederland aan haar leden d.d. 31 augustus 2007.

Lichttherapie thuis UVA en UVB en in het ziekenhuis*Bevinding*

Verschillende verzekeraars hebben aangegeven geen basisdekking te bieden voor de lichttherapie, noch thuis (25 maal genoemd), noch in het ziekenhuis (24 maal genoemd).

Analyse

Zorgverzekeraars Nederland geeft in haar brief van 31 augustus 2007 aan dat de inzet van apparatuur, die nodig is voor lichttherapie tot de dekking van de basisverzekering behoort. De behandelend arts moet beoordelen of de lichttherapie ook bij de verzekerde thuis kan plaatsvinden.

Medicijnen

Bevinding

De volgende medicijnen worden in 2008 op basis van de drie belrondes **niet** altijd vergoed:

- Natrium bicarbonaat (capsule 1000 mg) (19 maal genoemd)
- Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram) (15 maal genoemd)
- Jodiumoplossing 1% FNA (11 maal genoemd)
- Algeldraat (kauwtablet à 500 mg) (8 maal genoemd)
- Alfalcidol (capsule à 0,25 ug) (8 maal genoemd)
- Omeprazol (tablet 20 mg) (7 maal genoemd)
- Pantozol à 20 mg (tweemaal genoemd)
- Lactulosezakjes (poeder 6 gr) (tweemaal genoemd)
- Emlacrème (25 mg) (eenmaal genoemd)
- Bactrobanzalf (eenmaal genoemd)
- Celiprolol (tablet 200 mg) (eenmaal genoemd)
- Aprovel (tablet 150 mg) (eenmaal genoemd)
- Prograft (capsule 1 mg) (eenmaal genoemd)
- EPO (eenmaal genoemd)

Analyse

CVZ heeft een site ontwikkeld waarop iedereen kan nagaan wat de kosten zijn van medicijnen (www.medicijnkosten.nl). Ook staat aangegeven welke medicijnen in de dekking van het basispakket vallen. In principe zouden de medicijnen die op de site van CVZ voorkomen, waarbij is aangegeven dat er vanuit de basisverzekering een vergoeding plaatsvindt, ook door de verzekeraars vergoed moeten worden.

Van bovengenoemde medicijnen komen Calciumcarbonaat, Alfalcidol, Pantozol, Algeldraat, Omeprazol, Celiprolol, Aprovel, Prograft en Lactulosezakjes op de site www.medicijnkosten.nl voor. De site vermeldt dat deze medicijnen in principe voor vergoeding via de basisverzekering in aanmerking komen. Bij Algeldraat wordt op deze site aangegeven dat er géén vergoeding vanuit de basisverzekering wordt gegeven. Uit contacten met ZN lijkt Algeldraat wel te worden vergoed.

Het geneesmiddel Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram), Natrium bicarbonaat, Jodiumoplossing 1% FNA, Emlacrème en Algeldraat zijn expliciet genoemd in de brief van Zorgverzekeraars Nederland d.d. 31 augustus 2007 aan de leden van de bestuurscommissie Zorg en Verzekeringen als middelen, die wel voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering.

Verzekeraars hebben echter de mogelijkheid om een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof dat goedkoper is te vergoeden. Dit heet het preferentiebeleid van verzekeraars. Dat kan wellicht verklaren waarom een aantal verzekeraars de genoemde medicijnen niet in het basispakket heeft opgenomen.

Zijn er geen andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dan zou op basis van dit onderzoek de voorlichting over het niet vergoeden van bovengenoemde medicijnen bij een aantal verzekeraars niet in overeenstemming zijn met de Zorgverzekeringswet.

Wel moet worden opgemerkt dat de vergoeding van het medicijn ook afhangt van de dosering die een patiënt nodig heeft. Bepaalde hogere doses dan in dit onderzoek zijn gevraagd kunnen weer wel voor vergoeding in het basispakket in aanmerking komen. Bovendien kan de vergoeding van de medicijnen per maand verschillend zijn.

Tot slot is opvallend dat cliënten die de verzekeraar bellen over de vergoeding van medicijnen weinig informatie hierover kunnen krijgen als zij niet over het KNMP-nummer beschikken.

6.4 Conclusies

Op basis van de drie belrondes kan geconcludeerd worden dat volgens de telefonisch verstrekte informatie door verzekeraars niet alle zorg, die via de basisverzekering vergoed zou moeten worden, ook daadwerkelijk vergoed wordt.

In een aantal gevallen is de oorzaak daarvan de onduidelijke regelgeving, bijvoorbeeld bij de vergoeding van kosten van het aanpassen van de woning bij thuisdialyse of kosten van het gebruik van extra elektriciteit en water. In andere situaties wijken verzekeraars af van de wettelijke dekking van het basispakket of van de brief die Zorgverzekeraars Nederland in augustus 2007 naar zijn leden heeft gestuurd.

Het is opmerkelijk dat een aantal zaken, die eerder door de NVN in 2006 en 2007 zijn voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland met de vraag of duidelijker kan worden gecommuniceerd aan de leden van ZN om zaken wel te vergoeden uit de basisverzekering, opnieuw niet vergoed blijken te worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor bepaalde medicijnen (Jodiumoplossing 1% FNA, Emlacrème, Natrium bicarbonaat) en bijvoorbeeld voor lichttherapie en gebitssanering.

In de voorgelegde situaties aan verzekeraars gaat het in de meeste gevallen om zorg die hetzij noodzakelijk is om te kunnen dialyseren, hetzij de kwaliteit van leven van de nierpatiënt sterk kan verbeteren.

Voor de NVN reden om met Zorgverzekeraars Nederland in gesprek te gaan. In het laatste hoofdstuk wordt beschreven welke punten de NVN naar aanleiding van dit onderzoek zou kunnen oppakken. In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de keuzeondersteunende informatie voor nierpatiënten en de klantvriendelijkheid en toegankelijkheid van verzekeraars.

7. Keuzeondersteunende informatie

De uitkomsten van het onderzoek 'Verstand van verzekeren' laten zien dat – als we afgaan op de per telefoon verstrekte informatie - de basisverzekering niet voor elke nierpatiënt gelijk is. Of iets wel of niet vergoed wordt, verschilt per verzekeraar.

7.1. Kiezen van een verzekeraar

Voor een nierpatiënt is het ondoenlijk om te achterhalen welke zorgverzekeraar gunstig 'scoort' als het gaat om voor nierpatiënten relevante vergoedingen vanuit het basispakket: wie vergoedt het meest?

De gedetailleerde uitkomsten van het belonderzoek zijn te vinden in bijlage 5. Hierin is per casus / type nierpatiënt een volledige beschrijving opgenomen van de uitkomsten van het belonderzoek. De medio 2008 best scorende zorgverzekeraars per casus staan daarin benoemd. Dat wil zeggen de verzekeraars die de meeste zorg voor nierpatiënten vanuit het basispakket vergoeden.

7.2. Tabellen

De uitkomsten van het onderzoek zijn verwerkt tot een zestal tabellen: een tabel per type nierpatiënt waarin weergegeven staat welke zorg door de verschillende verzekeraars wordt vergoed. De zes tabellen zijn als separate bijlage 6 gebundeld. Omdat de tabellen alleen betrekking hebben op 2008 is het niet aan te raden de tabellen verder toegankelijk te maken voor nierpatiënten om te dienen als keuzeondersteunende informatie voor 2009. Als het gaat om consumenteninformatie dan zijn de volgende opmerkingen van belang:

- Alle verzekeraars gaven in de drie belrondes aan dat er vooraf geen enkele zekerheid over vergoedingen te geven was. Vrijwel alle zaken die door het belteam aan de verzekeraars zijn voorgelegd dienen vergezeld te gaan van een brief van een specialist of huisarts waaruit de noodzaak van een bepaald hulpmiddel of bijvoorbeeld taxivervoer voor de betreffende patiënt blijkt. Vervolgens toetst de verzekeraar via een medisch adviseur of het gevraagde hulpmiddel of vervoer of bepaalde medicijnen voor de betreffende patiënt noodzakelijk zijn. Voor bijna alle zaken is een machtiging van de verzekeraar nodig. Pas als de machtiging is afgegeven, weet de patiënt dat de verzekeraar de gewenste zorg vergoedt.
- Bij de vraag over het vergoeden van medicijnen blijkt bij bijna alle verzekeraars een KNMP-nummer van het medicijn nodig te zijn om antwoord te krijgen op de vraag of het medicijn vergoed wordt. Als een nierpatiënt dat nummer al heeft (dit staat op de verpakking van het medicijn), dan blijkt de informatie per maand weer te wijzigen. Ook kan de verzekeraar een ander, goedkoper medicijn met dezelfde werkzame stof vergoeden. Of de verzekeraar verwijst de consument naar de apotheker die de juiste informatie over vergoedingen beter kan geven, dan de verzekeraar.
- Voor het vervoer geldt dat de meeste verzekeraars verwijzen naar een vervoerslijn of vervoerscentrale die specifieke informatie verstrekt over het taxivervoer, eigen vervoer of bijvoorbeeld ambulancevervoer. Ook bij deze vervoerslijn

geldt veelal dat eerst een machtiging door de verzekeraar afgegeven dient te worden, voordat zeker is dat het vervoer vergoed wordt.

- Bij het verstrekken van hulpmiddelen verwijzen veel verzekeraars naar de leverancier van die hulpmiddelen om zo zeker te weten of deze middelen worden vergoed door de verzekeraar.

7.3 Consumenteninformatie en conclusies

De conclusie die op basis van dit onderzoek getrokken kan worden, is dat het geen sinecure is om verhelderende informatie voor de (aspirant-)verzekerde / consument boven tafel te krijgen. Voor vrijwel alle zorg/hulpmiddelen/vervoer/medicijnen is een machtiging van de verzekeraar nodig voordat zekerheid verkregen kan worden over de vergoeding ervan. Het vereist veel kennis en doorzettingsvermogen van de nierpatiënt om uiteindelijk antwoord te krijgen op alle vragen over te vergoeden zorg die voor een nierpatiënt van belang is.

8. Klantvriendelijkheid en toegankelijkheid van verzekeraars

In de eerste belronde is door het belteam bij zorgverzekeraars gevraagd naar de inhoud van het basispakket. Na de eerste belronde is besloten om het belteam te vragen ook een indicatie te geven van de klantvriendelijkheid van verzekeraars. Hierbij is vooral gelet op de behulpzaamheid en vriendelijkheid van de mensen die telefonisch voorlichting geven aan de consument over de inhoud van de basisverzekering. Daarnaast is in de tweede en derde belronde nagegaan hoe snel je als consument een medewerker aan de telefoon krijgt om je vraag aan voor te leggen, en hoe vaak je bijvoorbeeld wordt doorverbonden voordat je bij de juiste persoon bent, die de informatie kan verstrekken.

Klantvriendelijkheid

De conclusie die op basis van twee belrondes getrokken kan worden, is dat de overgrote meerderheid van de bevraagde zorgverzekeraars zeer klantvriendelijk en behulpzaam is. Het belteam werd in vrijwel alle gevallen zeer vriendelijk te woord gestaan. Vragen werden goed uitgezocht. Als de medewerker zelf het antwoord op de vraag niet wist, werd de informatie bij een collega nagevraagd. Slechts bij uitzondering werd een vraag kortaf beantwoord, of werd door de betreffende medewerker van de verzekeraar aangegeven dat er geen informatie werd gegeven aan consumenten die niet bij hen verzekerd waren (Univé, Trias), of dat het geen zin had om informatie te verstrekken over de basisverzekering, omdat de inhoud van het basispakket per 1 januari 2009 toch weer zou veranderen (De Amersfoortse).

Toegankelijkheid

In de tweede en derde belronde is ook nagegaan hoe snel je als consument een medewerker aan de telefoon krijgt om je vraag aan voor te leggen. Op dit punt scoren de verzekeraars minder ten opzichte van de klantvriendelijkheid. Bij een aantal verzekeraars zijn er na het intoetsen van het keuzemenu lange wachttijden voordat je iemand aan de telefoon krijgt. Soms geeft de verzekeraar aan dat het druk is en biedt aan om de beller op een later moment terug te bellen. Andere verzekeraars hebben verschillende afdelingen met een bepaalde specialisatie. Dat kan tot gevolg hebben dat vragen over vergoeding van vervoerskosten, of medicijnen, of hulpmiddelen steeds bij een andere afdeling moeten worden nagevraagd. Wel is de beller dan gegarandeerd van een (deskundig) antwoord op zijn vraag.

De volgende verzekeraars blijken lastig te bereiken, of de consument moet lang wachten (meer dan 15 minuten) bij het opzoeken van het antwoord door de verzekeraar:

VGZ	lang wachten
OHRA	lang wachten, zesmaal doorverbonden
Zorgverzekeraar Cares Gouda	lang wachten
IZZ	duurt lang met opzoeken
Delta Lloyd	lang wachten
ONVZ Zorgverzekeraar	moeilijk bereikbaar

Bij de overige verzekeraars is redelijk snel iemand aan de telefoon, die informatie over het basispakket kan geven of is redelijk snel een antwoord te verkrijgen op de vraag.

9. Aanbevelingen voor de NVN

Het onderzoek onder verzekeraars naar de voorlichting over de inhoud van de basisverzekering in 2008 heeft een aantal punten voor de NVN opgeleverd waarmee de NVN aan de slag kan gaan. We zetten de punten onderstaand op een rij.

9.1 Gesprek met Zorgverzekeraars Nederland

Uit het belonderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars aan de telefoon niet altijd de juiste informatie verstrekken over de inhoud van de basisverzekering. In de belrondes is naar specifieke onderdelen van verzekerde zorg gevraagd, die relevant zijn voor nierpatiënten. De inhoud van de basisverzekering blijkt in de praktijk niet zo eenduidig te zijn als werd gedacht. De meeste Nederlanders gaan er vanuit dat alle zorg in de basisverzekering bij alle verzekeraars dezelfde is en vergoed wordt. Uit dit onderzoek blijkt dat dit niet klopt. Omdat de Zorgverzekeringswet een regeling op hoofdlijnen is, zijn interpretatieverschillen mogelijk over welke zorg verzekerd is in de basisverzekering. Daar waar interpretatieverschillen bestaan, is het goed om helderheid te verkrijgen, zodat de nierpatiënt precies weet waar hij of zij aan toe is.

Verzekeraars hebben van onderstaande zaken telefonisch aangegeven dat er in 2008 geen vergoeding in de basisverzekering bestaat, terwijl deze er op grond van de Zorgverzekeringswet, aanverwante regelingen en de brief van ZN uit augustus 2007 wèl zou moeten zijn. Het gaat om de volgende punten:

- Vergoeding van kosten van aanpassen eigen woning bij thuisdialyse
- Kosten verbruik extra elektriciteit en water bij thuisdialyse
- Warmtetas voor opwarmen spoelvoeistof bij CCPD en CAPD
- Inklapbaar infuusstandaard
- Lichttherapie UVA en UVB thuis en in het ziekenhuis
- Gebitssanering vanwege niertransplantatie
- De volgende medicijnen :
 - Natrium bicarbonaat (capsule 1000 mg)
 - Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram)
 - Jodiumoplossing 1 % FNA
 - Alfacalcidol (capsule à 0,25 ug)
 - Omeprazol (tablet 20 mg)
 - Pantozol à 20 mg
 - Lactulosezakjes (poeder 6 gr)
 - Emlacrème (25 mg)
 - Bactrobanzalf
 - Celiprolol (tablet 200 mg)
 - Aprovel (tablet 150 mg)
 - Prograft (capsule 1 mg)
 - EPO
 - Algeldraat (kauwtablet à 500 mg)

De onderzoekers bevelen de NVN aan om in gesprek te gaan met Zorgverzekeraars Nederland om te bespreken of men de signalen herkent dat over bovenstaande punten niet altijd de juiste informatie wordt verstrekt als het gaat om de dekking van het basispakket.

Opvallend is dat de medicijnen Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram), Natrium bicarbonaat, Jodiumoplossing 1% FNA, Emlacrème en Algeldraat eerder expliciet zijn genoemd in de brief van Zorgverzekeraars Nederland d.d. 31 augustus 2007 gericht aan de leden van de bestuurscommissie Zorg en Verzekeringen als middelen die wel voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering. Ten aanzien van het vergoeden van Algeldraat en EPO bestaat in de praktijk veel onduidelijkheid. Op de site van CVZ staat dat deze medicijnen niet worden vergoed, terwijl uit de contacten met ZN blijkt dat deze wel worden vergoed. Helderheid hierover is dringend gewenst. Overigens zijn in 2009 opnieuw wijzigingen aangebracht in de vergoedingen van medicijnen. Een aantal genoemde medicijnen worden in 2009 inmiddels niet meer via de basisverzekering vergoed (bijvoorbeeld Bactrobanzalf).

Ook gebitssanering, lichttherapie, inklapbaar infuusstandaard en de extra kosten voor elektriciteit en water bij thuisdialyse (wel met een maximum) worden in de brief van 31 augustus 2007 van ZN genoemd als zaken die vergoed dienen te worden. De vraag is of de inhoud van de brief van 31 augustus 2007 wel goed terecht is gekomen bij de medewerkers van verzekeraars die telefonisch informatie verschaffen aan consumenten.

De onderzoekers adviseren de NVN om in het gesprek met ZN te bespreken op welke wijze verzekeraars de voorlichting over de punten, die uit het belonderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen verbeteren. Daar waar onduidelijkheden bestaan vanwege interpretatieverschillen van de wet en aanvullende regelingen is het verstandig om ook het CVZ bij het overleg te betrekken.

9.2 Gesprek met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Uit de praktijksignalen bij de NVN, interviews met enkele leden van de NVN, en signalen bij het Dialyseoverleg is een aantal wensen naar voren gekomen met betrekking tot de inhoud van de basisverzekering. De wensen bevatten zorg, hulpmiddelen, medicijnen en vergoeding van vervoerskosten die momenteel niet in de basisverzekering vallen. Dit is in het belonderzoek ook nog eens getoetst en bevestigd. De leden van de NVN zouden echter graag zien dat deze onderdelen wel vergoed worden via de basisverzekering.

Deze wensen zetten we op een rij.

- Vergoeding van hulp door de mantelzorger bij thuisdialyse;
- Vergoeding van kosten van vervoer van de partner die de dialyserende naar het dialysecentrum brengt, en tussendoor naar huis gaat;
- Taxivervoer voor de thuisdialyserende in noodsituaties (van huis naar dialysecentrum);
- Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor een normale en noodzakelijke controle voor CAPD- en CCPD-patiënt;
- Kosten vervoer in pre-dialyse fase;

- Taxivervoer kort na de niertransplantatie;
- Stomazakje voor afplakken van huidpoort;
- Eiwitarme en zoutarme producten;
- Vitaminepreparaten/voedingssupplementen/voedingsdrankjes;
- Groeihormonen;
- Sterilium;
- Mondhygiënist.

Het CVZ heeft in april 2008 het advies 'Pakketbeheer 2008' uitgebracht aan de minister van VWS over de vergoeding van de kosten van hulp van de mantelzorger. CVZ adviseert om de kosten van hulp verleend door de mantelzorger aan de thuis dialyserende op te nemen in het basispakket. Deze wens sluit aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen rond het tweeverdienschap.

De wens tot vergoeding van kosten van vervoer van de partner die de dialyserende naar het dialysecentrum brengt, en tussendoor naar huis gaat, sluit aan bij de praktijk. Partners wensen of kunnen niet altijd meerdere malen per week in het dialysecentrum een paar uur wachten totdat de dialyse afgerond is. Zij maken wel extra vervoerskosten.

De wens om taxikosten vergoed te krijgen voor patiënten die thuis dialyseren (hemodialyse, CAPD, CCPD) en hetzij voor normale controle hetzij voor een noodzakelijke controle naar het dialysecentrum moeten, vinden we behoren tot de categorie vergoedingen die nu plaatsvinden bij mensen die t.b.v. het dialyseren meerdere malen per week naar het dialysecentrum moeten. Deze categorie taxikosten t.b.v. controle in het dialysecentrum zou op één lijn gesteld moeten worden met de taxikosten, die gemaakt worden voor de reguliere dialyse in het dialysecentrum.

Het gebruik van het stomazakje is voor de nierpatiënt nodig om zijn kwaliteit van leven te verbeteren, vooral als het gebruikt wordt bij het baden. Vergoeding hiervan is op zijn plaats.

Ten aanzien van vitaminepreparaten, voedingssupplementen/voedingsdrankjes, groeihormonen, sterilium, en de kosten van tweemaal per jaar naar de mondhygiënist geldt dat de NVN zou kunnen nagaan in hoeverre deze wensen sterk spelen bij de leden.

Voor alle bovengenoemde wensen geldt dat de NVN deze met het CVZ kan bespreken, nadat eerst een prioritering in de wensenlijst is aangebracht.

9.3 Voorlichting aan leden van de NVN

De ervaringen van het belteam maken helder dat het voor nierpatiënten niet eenvoudig is om de juiste informatie over de inhoud van de basisverzekering op tafel te krijgen. Dat is onder meer het gevolg van het tijdstip van bellen (pas eind november, december worden de nieuwe polisvoorwaarden en prijzen voor het jaar daarop bekend), de wijze waarop verzekeraars informatie verschaffen (vaak is een KNMP-nummer nodig om informatie over geneesmiddelen te krijgen) en de hoeveelheid zorg die de nierpatiënt wil verzekeren (het is voor een individu on-

doenlijk 24 verzekeraars met een vragenlijst van bijvoorbeeld 15 items met elkaar te vergelijken). Bovendien geldt dat voor vrijwel alle zorg/hulpmiddelen/vervoer/medicijnen een machtiging van de verzekeraar nodig is voordat zekerheid verkregen kan worden over de vergoeding ervan.

Omdat het onderzoek alleen betrekking heeft op 2008 is het niet aan te raden de tabellen verder toegankelijk te maken voor nierpatiënten om te dienen als keuze-ondersteunende informatie ten behoeve van een eventuele overstap.

Aangeraden wordt de conclusies van het onderzoek onder de aandacht van nierpatiënten te brengen om duidelijk te maken dat het basispakket nog niet uniform uitgevoerd wordt. Niet alles wat vergoed wordt te worden, wordt daadwerkelijk vergoed. Door hier bekendheid aan te geven en duidelijk te maken om welke zaken het gaat, kunnen ook nierpatiënten zelf hun eigen zorgverzekeraar hierop aanspreken.

9.4 Gesprek met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Uit het onderzoek blijkt dat sommige verzekeraars voor vergoeding van bepaalde zorg, zoals aanpassingen in de woning bij hemodialyse thuis, verwijzen naar de gemeente en de Wmo. Uit signalen bij de NVN blijkt dat de gemeente soms weer verwijst naar de verzekeraars. De onderzoekers raden de NVN aan om ook in gesprek te gaan met VNG om helder te krijgen welke zorg onder de Wmo valt, en welke onder de Zorgverzekeringswet.

9.5 Vervolgonderzoek

Het onderzoek 'Verstand van Verzekeren' heeft zich vooral geconcentreerd op de telefonische voorlichting door verzekeraars over de basisverzekering. Een logisch vervolg op dit onderzoek kan zijn om na te gaan wat de ervaringen van nierpatiënten zijn bij de acceptatie voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen en hoe verzekeraars omgaan met de declaraties van nierpatiënten. Vergoeden de verzekeraars daadwerkelijk de zorg via de aanvullende verzekeringen hetgeen ze in hun voorlichting beloven? Kunnen nierpatiënten wel wisselen van zorgverzekeraar met hun hele verzekeringspakket? Of worden zij geweigerd voor aanvullende verzekeringen waar voor hen relevante zorg in is ondergebracht? De NVN zou een vervolgonderzoek kunnen initiëren om daarmee het hele spectrum van de zorgverzekering voor zijn leden in kaart te hebben.

9.6 Tot slot

Op basis van het onderzoek blijven nog verschillende vragen open staan. Is er nog andere zorg uit het basispakket voor nierpatiënten, die naast de zorg die is onderzocht in dit onderzoek, niet wordt vergoed door verzekeraars? Hoe kan het dat informatie uit augustus 2007 nog niet conform de brief van ZN in de praktijk wordt toegepast? De onderzoekers bevelen de NVN aan om in het gesprek met ZN en CVZ na te gaan hoe de juiste informatie over de interpretatie van de Zorgverzekeringswet en het basispakket terecht kan komen bij de medewerkers van verzekeraars die de consumenten informatie verschaffen.



Aan:
- de leden van de bestuurscommissies Zorg
- de leden van de bestuurscommissie Verzekeringen
(ter kennisneming)

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

Contactpersoon mr. J.J. Veerkamp / J.W. Schouten
Doorkiesnummer 030 69 88 589
Ons kenmerk **BCZ 2007 0135**
Uw kenmerk -
Datum 31 augustus 2007
Onderwerp overleg met Nierpatiënten Vereniging Nederland inzake uitvoering
zorgverzekering

Dames en heren,

Diverse patiëntenverenigingen hebben sedert de invoering van de Zorgverzekeringswet contact gezocht met Zorgverzekeraars Nederland, omdat de overstap van de ene naar de andere zorgverzekeraar soms problemen opleverde in de continuïteit in de verlening van zorg. De oorzaak was de introductie van de functionele omschrijving van de aanspraak op de diverse vormen van hulp. Deze leidt tot meer variatie in vormen van zorgverlening dan met name onder de Ziekenfondswet mogelijk was. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om de aanspraken in de polisvoorwaarden nader in te vullen en te omschrijven. Met name bij de overstap van de ene naar de andere verzekeraar bleek dat fricties op te leveren. Wel zijn er in de wet via de uitvoeringsregels vastgelegd om bij zorg die continu verleend wordt, de zorgverlening zoveel mogelijk zonder haperingen te continueren.

Doordat er aanmerkelijk meer verzekerden overstapten bij de invoering van de Zorgverzekeringswet dan voorheen, werd het probleem extra manifest.

Een van de organisaties die met ZN contact zocht over deze problemen is de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN). Ook deze realiseert zich dat de omschrijving van de wettelijke aanspraken meer vrijheid aan de verzekeraars geeft. Desalniettemin hadden veel patiënten klachten die niet alle waren te verklaren. Ook is uitgebreid besproken dat de aanvullende verzekering qua omvang van de dekking van verzekeraar tot verzekeraar verschilt. Niet iedere verzekerde blijkt steeds te begrijpen dat een deel van fricties voortvloeit uit met name een verschil in de aanvullende dekking.

De gesprekken hebben – ook na nader overleg met de zorgverzekeraars – geleid tot een paar conclusies en aanbevelingen waarvoor wij graag uw aandacht willen vragen. Reeds eerder was ook overleg gevoerd tussen CVZ en de Nederlandse Federatie van Nefrologen. CVZ had hierop bij brief van 16 januari 2007 gereageerd (zie bijlage).

1. Diëtetiek

De NVN is bekend met het feit dat er krachtens de basisverzekering aanspraak op diëtetiek bestaat voor maximaal 4 uur per jaar. Voor nierpatiënten met een licht tot matig gestoorde nierfunctie wordt dit voldoende geacht. Bij een nierfunctiestoornis (creatinineklaring < 30 ml/min = predialyse) is een frequente consultatie door een diëtist noodzakelijk (Richtlijn Chronische Nierinsufficiëntie). Doorgaans maakt deze dan deel uit van de totale behandeling binnen de instelling. Deze behandeling maakt dan deel uit van de DBC's predialyse, dialyse en/of niertransplantatie.

Voor gewichtsreductie in verband met transplantatie gelden de richtlijnen diëtetiek.

2. Geneesmiddelen

Binnen de groep geneesmiddelen die kunnen worden voorgeschreven, behoren de volgende verzekerde prestaties (zie eerdergenoemde brief van CVZ):

- Calciumacetaat (Phosex 2500 tabletten 1,1 gr), calciumcarbonaat kauw- en bruistabletten 1250 en 2500 mg,
- Renagel (sevelamer) 800mg en Fosrenol (lantanium) 500 en 750mg;
- Rocaltrol en Ethalpha;
- Emlacreme
- Natrii Hydrogenocarbonas (Natrium bicarbonaat);
- Aluminiumhydroxidechloride 15% oplossing FNA (deze aanspraak moet worden gewijzigd in aluminiumhydroxide 500 mg tabletten; in behandeling bij CVZ)
- Chloorhexidine oplossing 1% FNA;
- Jodium oplossing 1 % FNA

Tot de te verzekeren prestaties krachtens de basisverzekering behoren in ieder geval niet:

- Zemplar
- Emlapleisters (i.t.t. de crème die wel vergoed wordt);
- Chloorhexidine creme 1%.

3. Hepatitis B vaccinatie

De vaccinatie van (pre-)dialysepatienten behoort tot de verzekerde prestaties en dient dan ook te worden vergoed. (CVZ heeft een gelijkkluidend signaal afgegeven bij brief van 5 september 2006, kenmerk GS/26078798).

4. Huidproblemen

Huidverzorgingsproducten ter bestrijding van uremische jeuk worden niet ten laste van de basisverzekering vergoed (zie eerdergenoemde brief van CVZ).

5. Lichttherapie

De inzet van de apparatuur benodigd voor lichttherapie maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg en behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de basisverzekering. Het is aan de behandelend arts om op basis van de geldende richtlijnen te beoordelen of het in voorkomend geval aangewezen is de therapie bij betrokkene thuis te laten plaatsvinden (zie brief CVZ).

6. Peritoneale dialyse

Bij peritoneale dialyse kan zonodig overgegaan worden tot verstrekking/vergoeding van een warmtetas/-box voor het opwarmen van de dialysevloeistof. Deze tas/box wordt door het centrum aan de patiënt verstrekt en maakt onderdeel uit van de DBC peritoneale dialyse.

Het beoordelen van de redelijkheid van een aanvraag voor een *inklapbare infuusstandaard* wordt aan de zorgverzekeraar overgelaten. Dat geldt ook voor de homechoicetafel op wielen.

Alle hulpmiddelen en huidverzorgingsproducten die voor het *verzorgen van de huidpoort* van PD patiënten van belang zijn, waaronder gazen, pleisters, behoren eveneens tot de aanspraak op grond van de basisverzekering (Regeling Zorgverzekering). Specifieke hulpmiddelen (bijv. stomavoorzieningen; geïndiceerd bij baden en zwemmen van PD patiënten) moeten door de behandelend arts worden voorgeschreven en kunnen separaat worden vergoed.

Een *hoog-laag bed* behoort alleen tot de verstrekking wanneer de peritoneale dialyse 's nachts bij kinderen wordt uitgevoerd. Een separate aanvraag op medische indicatie dient in voorkomende gevallen bij de zorgverzekeraar te worden ingediend die op grond van de regeling hulpmiddelen tot vergoeding c.q. bruikleen van een hoog-laag bed kan besluiten.

7. Aanvullende hulp

Voor aanvullende hulp bij peritoneale dialyse thuis kan een beroep worden gedaan AWBZ-gefinancierde zorg eventueel in de vorm van een Persoons Gebonden Budget (PGB) (zie Brief CVZ 22-06-2005; kenmerk: AWBZ/25062940).

8. Thuisdialyse

Alle thuisdialysepatiënten (THD en PD) hebben recht op *tegemoetkoming van kosten*, die met de dialyse samenhangen. Deze tegemoetkoming betreffen kosten die de thuisdialysepatiënten maken voor o.a. elektriciteit water, linnengoed en bewassing, telefoon.

Deze onkostenvergoeding wordt verstrekt op grond van artikel 2.36 Regeling Zorgverzekering thuisdialyse, onderdeel van de hulpmiddelenregeling. De verzekeraar moet deze toetsen aan het redelijkheidscriterium. In het verleden was dit een forfaitair bedrag, inmiddels moet op basis van een kostenverantwoording een beslissing worden genomen.

9. (Relatie)transplantatie

- a. *Relatietransplantatie in het buitenland* (België en Duitsland) wordt vergoed. Hierbij is het Nederlands tarief de maximale vergoeding. Voorafgaand is een machtiging van de verzekering nodig.
- b. De *kosten van transplantatie* worden vergoed. Daaronder worden tevens inbegrepen de kosten van aanmelding voor de wachtlijst van de Nederlandse Transplantatie Stichting/ Eurotransplant.
- c. *Reiskosten van de donor* moeten door de verzekeraar vergoed worden voor alle vooronderzoeken, opname in het ziekenhuis en de nacontroles tot 3 maanden na afloop van de transplantatie.

10. Gebitssanering:

De basisverzekering geeft in ieder geval aanspraak op gebitssanering voor een transplantatie. Het betreft dan wel de goedkoopste adequate oplossing (veelal extracties). Voor deze vergoeding maakt het niet uit of de noodzakelijke sanering wordt verricht door een tandarts die aan het ziekenhuis is verbonden of door een elders gevestigde tandarts.

De *bijkomende niet-medische kosten*, zoals de kosten van kinderopvang, de reiskosten in verband met bezoek door partner aan de donor, inkomstenderving in geval van zelfstandigen en vele andere kosten, komen bij een relatietransplantatie in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Hiertoe ontvangt de Nierstichting ook in 2007 een subsidie van VWS. De Nierstichting handelt de aanvragen af.

11. Verpleegartikelen

Verpleegartikelen behorend bij de dialysebehandeling, zijn onderdeel van de verstrekking.

12. Vervoer

Dialysepatiënten hebben ten laste van de basisverzekering aanspraak op zittend vervoer naar en van de instelling wanneer zij daar dialyse ondergaan, (artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering) Het is daarbij aan de zorgverzekeraar of er nadere voorwaarden worden gesteld aan de manier van vervoer. Besproken is in dit kader dat een verzekerde voor wie gecombineerd vervoer te belastend is, een verzoek tot individueel vervoer kan indienen bij de zorgverzekeraar. Ook is aangegeven dat het wenselijk is de omrijtijd bij gecombineerd vervoer in tijd te beperken. Ditzelfde geldt voor de wachttijd op vervoer na bezoek aan het ziekenhuis. De NVN verzocht om voor beide van een maximum van 30 minuten uit te gaan. In andere gevallen dan dialyse kan zonodig aanspraak gemaakt worden op vervoer op grond van de hardheidsclausule.

Transplantatiepatiënten kunnen uiteraard eveneens in aanmerking komen voor vergoeding van taxivervoer als zij tijdelijk moeten dialyseren (zie voorgaande regeling).

Wij menen er goed aan te doen om u van de uitkomsten van dit overleg te informeren. Een afschrift van deze brief wordt gezonden naar de Nierpatiënten Vereniging Nederland.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

drs. M.A.J.M. Bos,
directeur Zorg

Nederlandse federatie voor Nefrologie
T.a.v dr. E.C. Hagen
Oostereind 113
1212 VH HILVERSUM

Uw brief van
30 september 2006

Uw kenmerk

Datum
16 januari 2007

Ons kenmerk
PAK/26098260

Behandeld door
mw. mr. P.C. Staal

Doorkiesnummer
(020) 797 87 33

Onderwerp
Zorg aan dialysepatiënten

Geachte heer Hagen,

Wegens drukte zijn wij niet eerder toegekomen aan de beantwoording van uw brief, waarvoor onze excuses.

In uw brief vraagt u aandacht voor een aantal knelpunten die dialysepatiënten ervaren bij de uitvoering van de zorgverzekering. Onze reactie op de verschillende punten die u aan de orde stelt, is als volgt.

Taxivervoer

Artikel 2.14, lid 1, onder a, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bepaalt onder meer dat vervoer per auto/openbaar vervoer naar een instelling (waar zorg wordt verleend die geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de zorgverzekering) en vervoer weer terug naar huis een te verzekeren prestatie is ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw), voor zover de verzekerde nierdialyses moet ondergaan. Het artikel ziet op het vervoer van dialysepatiënten naar een instelling waar zij de dialyse ondergaan. Het artikel ziet dus niet op situaties, waarin patiënten thuis dialyseren (hemodialyse en peritoneaaldialyse thuis). Het artikel heeft ook niet betrekking op vervoer met een ander doel dan het ondergaan van de dialyse. Moet een dialysepatiënt bijvoorbeeld voor alleen een periodieke controle naar het ziekenhuis (zonder dat hij/zij wordt gedialyseerd), dan valt dit controlebezoek niet onder de noemer van artikel 2.14 Bzv. Van tijd tot tijd kan er bij

patiënten die in principe thuis dialyseren sprake zijn van een dialysebehandeling in het ziekenhuis. In dat geval is sprake van de in artikel 2.14, lid 1, onder a, Bzv beschreven situatie en behoort het taxivervoer tot de te verzekeren prestaties.

Vervoer van transplantatiepatiënten is volgens artikel 2.14, lid 1, Bzv niet een te verzekeren prestatie. Het is mogelijk dat deze patiënten kort na de transplantatie, zolang de nier nog niet functioneert, naar het ziekenhuis gaan om te dialyseren om de werking van de nier op gang te helpen. Het vervoer valt dan wel onder de noemer van artikel 2.14, lid 1, onder a, Bzv. Verder is het derde lid van artikel 2.14 Bzv relevant. Dat artikel bevat een hardheidsclausule. Verzekerden die niet behoren tot één van de groepen die genoemd zijn in lid 1 kunnen toch in aanmerking komen voor vervoer. Voorwaarde is dat zij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig zijn aangewezen op vervoer. Om deze voorwaarde te toetsen hanteren de zorgverzekeraars over het algemeen een beleidsregel met criteria over duur, frequentie en afstand van het vervoer. Het vervoer zou minimaal 5 maanden, 2 keer per week moeten plaatsvinden over een afstand van 25 km of 1 uur reistijd per auto (enkele reis). Deze criteria worden in onderlinge samenhang gezien, dat wil zeggen dat bijvoorbeeld bij een veel grotere afstand er sprake kan zijn van een lagere frequentie.

Voor de goede orde: voor alle patiënten geldt een eigen bijdrage per kalenderjaar. In 2007 bedraagt deze € 85.

De zorgverzekeraar kan voorwaarden stellen aan de manier waarop het vervoer plaatsvindt. Hiertoe behoort de optie van gecombineerd vervoer. Het is redelijk om hierbij maximale wachttijden te hanteren, maar dat is een zaak die met de zorgverzekeraar overlegd moet worden.

Geneesmiddelen

Artikel 2.8 van het Bzv heeft betrekking op farmaceutische zorg. In het eerste lid, onder a, van dat artikel is bepaald dat tot de te verzekeren prestaties behoren de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Voor de in uw brief opgenomen middelen geldt het volgende.

Door de minister zijn aangewezen:

- Calciumacetaat, calciumcarbonaat kauw- en bruistabletten 1250 en 2500 mg, Renagel (sevelamer) 800 mg en Fosrenol (lantunum) 500 en 750 mg;
- Phosex 250 tabletten 1,1 gr, Rocaltrol en Etalpa;
- Emlacrème.

Voor de goede orde merken wij hierbij op dat de zorgverzekeraars over het algemeen de betreffende middelen ook hebben aangewezen in hun polis(sen). Er dient echter rekening mee te worden gehouden dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om in hun polis(sen) de aanspraak te beperken. Dat wil zeggen: als er meerdere middelen zijn die dezelfde werkzame stof hebben mogen zij één of bepaalde daarvan aanwijzen (en eventuele andere middelen dus uitzonderen).

Tot de te verzekeren prestaties behoren tevens de volgende apotheekbereidingen (op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv):

- Natrii Hydrogenocarbonas (Natrium bicarbonaat);
- Aluminiumhydroxidechloride 15% oplossing FNA;
- Chloorhexidine oplossing 1% FNA;
- Jodium oplossing 1% FNA.

Voor apotheekbereidingen is van belang dat de voorschrijver de stofnaam op het recept vermeldt.

Verder geldt dat voor dialysepatiënten een Hepatitis B-vaccin tot de te verzekeren prestaties behoort. De dialysepatiënt zal in het algemeen redelijkerwijs zijn aangewezen op een frequentie van vier keer 40 µg. In individuele gevallen zal soms een hogere frequentie nodig zijn. Wij verwijzen u naar het op 30 augustus 2006 uitgebrachte advies van het CVZ (zaaknummer 26061249; zie de bijlage).

Tot de te verzekeren prestaties behoren niet:

- Zemplar;
- Huidverzorgingsmiddelen ter bestrijding van uremische jeuk;
- Emlapleisters;
- Chloorhexidine crème 1%.

Verbandmiddelen

Artikel 2.9 van het Bzv heeft onder meer betrekking op verbandmiddelen. Bepaald is onder meer dat tot de te verzekeren prestaties de bij ministeriële regeling aangewezen verbandmiddelen behoren. De aanwijzing is terug te vinden in de Regeling zorgverzekering (Rzv) en wel in artikel 2.6, tweede lid. Daarin is bepaald dat de aangewezen verbandmiddelen zijn: verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Voor pleisters en gazen voor shuntprikplaatsen, voor tegadermpleister voor de toepassing van Emlazalf, gazen en pleisters voor de behandeling van de huidpoort bij dialysepatiënten geldt dat aan de gestelde voorwaarden is voldaan. Het gaat immers om een ernstige aandoening en een langdurige medische behandeling met genoemde middelen is aangewezen. Dit betekent dat de middelen behoren tot de te verzekeren prestaties.

Hulpmiddelen

Het eerder genoemde artikel 2.9 Bzv heeft ook betrekking op hulpmiddelen. Ook hier geldt dat de hulpmiddelen die door de minister zijn aangewezen tot de te verzekeren prestaties behoren. Artikel 2.15 van de Rzv heeft betrekking op stomamateriaal. Het in dat artikel genoemde stomamateriaal heeft naar de letter alleen betrekking op stomapatiënten. De aanwijzing is dus strikt genomen niet van toepassing op CAPD-

patiënten. Verder is het zo dat hulpmiddelen specifiek bedoeld voor het beoefenen van een hobby in de regel niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

Lichttherapie

De inzet van de apparatuur benodigd voor de lichttherapie maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg. Het is aan de behandelend arts om op basis van de geldende richtlijnen te beoordelen of het in voorkomend geval verantwoord/aangewezen is de therapie bij betrokkene thuis te laten plaatsvinden. Van belang is verder dat als lichttherapie thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist plaatsvindt, voorzien moet zijn in een DBC waarin de kosten van verstrekking door het ziekenhuis van de apparatuur voor thuisgebruik zijn verdisconteerd. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om, mocht een dergelijke DBC er niet zijn, op dat punt actie te ondernemen.

Wij sturen een afschrift van de briefwisseling ter kennisneming aan Zorgverzekeraars Nederland.

Hoogachtend,

drs. A.R. Schuurman MBA
Hoofd Afdeling Pakket

Bijlage 3

Lijst zorgverzekeraars

De volgende verzekeraars zijn in het onderzoek gebeld:

AGIS Zorgverzekeringen
Amersfoortse Zorgverzekering
Avéro Achmea
AZIVO
CZ
De Friesland Zorgverzekeraar
Delta Lloyd
FBTO
Groene Land Achmea
Interpolis
IZA Zorgverzekeraar
IZZ Zorgverzekeraar
MENZIS
OHRA
ONVZ
OZF Verzekeringen
PNO Ziektekosten
Salland verzekeringen
TRIAS zorgverzekeraar
UNIVE Zorgverzekering
VGZ
Zorgverzekeraar Cares Gouda
Zorgverzekeraar DSW
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid

Hemodialyse, thuisdialyse, overdag dialyserend

BIJLAGE 4

Naam verzekeraar:	Basispakket	Toestem. verz. nodig?	Aanvullend pakket ?	Bijzonderheden
Klantvriendelijkheid: Toegankelijkheid:				
Thuisdialyse: Dialyse apparatuur/hulpmiddel				
Dialyse apparatuur en toebehoren				
Dialysetoel voor hemodialyse thuis				
Electriciteit en water voor thuisdialyse				
Verbandmiddelen				
Pleisters (mepore)en gazen voor shuntprikplaatsen (leverancier: Baxter)				
Tegadermpleister i.v.m. emlazalf				
Hulp bij thuisdialyse				
Vergoeding van zorg/hulp door mantelzorger bij thuishemodialyse				
Woningaanpassing				
Vergoeding woningaanpassing ivm thuisdialyse (hemodialyse) bv aanpassen vloer/goed schoon te maken vloer/steriele omgeving				
Medicijnen				
Renagel (zelfzorgmedicijn) (Sevelameer) tablet 800 mg Fabrikant Genzyme europe (knmp-nr 14919532)				
Algeldraat (zelfzorgmedicijn) kauwtablet 500 mg Fabrikant pharmachemie (knmp-nr 14887428/ 14582694)				
Emlacrème (25 mg) (lidocaine) fabrikant Astrazenica (Knmp-nr 13231200)				
Fosrenol (Lanthaancarbonaat) kauwtablet 500 en 750 mg (knmp 15132951 en knmp nr 15132978)				
EPO (Erythropoëtine)				
Vitaminepreparaten				
Vitaminepreparaten en mineralen				
Dieet/ diëtetiek				
Dieetadvisering (maximaal 4 uur per jaar)				
Dieetadvisering: meer dan 4 uur per jaar				
Zittend ziekenvervoer /Taxivervoer				
Individueel taxivervoer ivm <i>noodzakelijke</i> behandeling in dialysecentrum				

Hemodialyse in dialysecentrum

Naam verzekeraar:	Basispakket	Toestem. verz nodig?	Aanvullend pakket ?	Bijzonderheden
Klantvriendelijkheid: Toegankelijkheid				
Zittend ziekenvervoer/ Taxivervoer				
Taxivervoer individueel				Max km = Eigen bijdrage =
Taxivervoer collectief				Eigen bijdrage
Wachttijdkosten van taxi na optreden complicaties bij de nierpatiënt				
Taxivervoer indien nierpatiënt <i>binnen 25 km</i> van dialysecentrum woont				
Eigen vervoer				
Eigen vervoer				Max km = Eigen bijdrage
Volledige km vergoeding bij wegbrengen door partner alle ritten incl. retour tussendoor van partner				
Medicijnen				
Calciumcarbonaat (kauw-en bruistablet resp. 1,25 en 1250 mg) Fabrikant: Nycomed resp. Pharmachemie (knmpnr: 14246260)				
Bétablokkers/metoprolol (knmp nr: 13909258)				
Lipitor (cholesterolverlager) tablet 40 mg Fabrikant: Pfizer (knmp-nr: 14072491)				
Zantac (ranitidine) zelfzorgmedicijn 75 mg Fabrikant: Santoz (knmp-nr: 15152723)				
Pantozol (maagtablet) 20 mg fabrikant Nycomed (knmpnr 14264358)				
Alfacalcidol /etalpha (voor vitamine D) capsule 0,25 ug fabrikant Pharmachemie (knmpnr 14933241)				
Dieet				
Eiwitarm dieet				
Zoutarme producten				
Voedingssupplementen : Fortimel en nutridrink				
Dialyse buitenland				
Dialysevergoeding bij kortdurend verblijf in buitenland (bv vakantie)				
Paramedische zorg / Therapie				
Psychotherapie (1 ^e 8 zittingen)				

CAPD = continue ambulante peritoneaal dialyse

Naam verzekeraar:	Basispakket	Toestemming nodig van verzekeraar?	Aanvullend pakket ?	bijzonderheden
Klantvriendelijkheid: Toegankelijkheid				
Hulpmiddelen				
Warmte <i>tas</i> (voor opwarmen van vloeistof)				
<i>Inklapbaar</i> infuusstandaard voor CAPD-ers				
Stomazakje (voor afplakken huidpoort bij baden of zwemmen)				
Woningaanpassing				
Vergoeding woningaanpassing i.v.m. CAPD bv aanpassen vloer/goed schoon te maken vloer				
Verbandmiddelen				
Gazen en pleisters (mepore) voor behandeling huidpoort				
Sterilium 100 ml (voor ontsmetten handen)				
Medicijnen				
EPO				
Metoprolol tablet 100 mg fabrikant: Pharmachemie (knmpnr 13909258)				
Jodiumoplossing 1% FNA				
Huidverzorgingsproduct voor huidpoort				
Bactroban (neuszalf) (Mupirocine) 20 mg Fabrikant: glaxo wellcome (knmpnr 13577395)				
Zittend ziekenvervoer /Taxivervoer				
Taxivervoer van huis naar dialysecentrum <i>normale controle</i>				
Paramedische zorg /Therapie				
Lichttherapie thuis UVA (tegen jeuk)				
Lichttherapie thuis UVB (tegen jeuk)				
Lichttherapie ziekenhuis (tegen jeuk)				

CCPD = continue cyclische peritoneaal dialyse

Naam verzekeraar:	Basispakket	Toestemming nodig van verz?	Aanvullend pakket ?	bijzonderheden
Klantvriendelijkheid toegankelijkheid				
Hulpmiddelen				
Warmte <i>tas (voor vloeistof)</i> voor op reis				
Woningaanpassing				
Vergoeding woningaanpassing i.v.m. CCPD bv aanpassen vloer/steriele vloer				
Thuisdialyse				
Electriciteit en water				
Verbandmiddelen				
Gazen en pleisters (mepore) voor behandeling huidpoort (leverancier: Baxter)				
Sterilium (voor ontsmetten handen) 100 ml				
Vitaminepreparaten				
Vitamine preparaten en mineralen (multi vitaminen)				
Relatietransplantatie				
Relatietransplantatie in buitenland ivm wachttijd in Nederland				
Hoelang krijgt donor via mij alles vergoed?				Periode =
Gewichtsreductie onder medische begeleiding				
Tandartskosten				
Gebitssanering (vanwege transplantatie)				
Zittend ziekenvervoer/Taxivervoer				
Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor <i>normale</i> controle				
Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor <i>noodzakelijke</i> behandeling (geen normale controle)				

Nierpatient, niet dialyserend, pre dialyse, kind van 10 jaar

Naam verzekeraar: Toegankelijkheid Klantvriendelijkheid	Basispakket	Toestemming verzekeraar nodig?	Aanvullend pakket ?	bijzonderheden
Medicijnen				
Kalium citraat 200 mg (voedingssupplement)				
Natrium bicarbonaat <i>capsules 1000 mg</i>				
Fosfaatdrink (vitamine)				
Groeihormonen				
Vitaminepreparaten en mineralen: Multi vitaminen				
Paramedische zorg/Therapie				
Psychotherapie van kind dat wacht op dialyse 1 ^e 8 zittingen				
Bezoek aan psycholoog door ouder van kind (psychologische zorg, 1 ^e 8 zittingen)				
Vervoer				
Eigen vervoer van kind van huis naar ziekenhuis en retour				Max aantal km? Eigen bijdrage

Nierpatiënt, getransplanteerd

Naam verzekeraar:	Basispakket	Toestemming verzekeraar?	Aanvullend pakket?	Bijzonderheden
Klantvriendelijkheid Toegankelijkheid				
Verbandmiddelen				
Gaasjes en pleisters (mepore) (leverancier: Baxter) voor katheterwond				
Jodium				
Medicijnen				
Prograft (tacrolimus) capsule 1 mg (knmp-nr 14883325) fabrikant Astellas pharma				
Prednison tablet 5 mg (fabrikant Pharma chemie) (knmpnr 13922815)				
Cellcept (mycofenolzuur) tablet 500 mg Roche nl (knmpnr 15279200)				
Omeprazol (losec) tablet 20 mg Astrazeneca (knmpnr 14191415)				
Aprovel (Irbesartan) tablet 150 mg (fabrik.sanofi international) (knmpnr 14874091)				
Tildiem tablet (Diltiazem) 60 mg (fabrikant actavis) (knmpnr 14309599)				
Celiprolol tablet 200 mg (fabrikant Pharma chemie) (knmp nr 14719398)				
Ascal (bloedverdunner) (carbasalaatcalcium) bruistablet 100 mg (fabrikant meda pharma) (knmpnr 14260115)				
Lactulose zakjes (poeder 6g) (fabrikant:Centrafarm) (knmpnr 13669109)				
Lactulose vloeistofdrankjes (knmpnr 14190605)				
Temazepam (slaapmid) tablet 10 mg (Pharma chemie) (knmpnr 14231204)				
Flunitrazepam (slaapmid) tablet 1 mg (Actavis) (knmpnr 13267795)				
Zittend ziekenvervoer/Taxivervoer				
Taxivervoer naar transplantatiecentrum en huis kort na transplantatie i.v.m. gevolgen van operatie				
Taxivervoer naar transplantatiecentrum en huis i.v.m. controle (eerste 3 tot 6 maanden na transplantatie)				Max periode vergoed?
Paramedische zorg				
fysiotherapie	nee			
Bewegingstherapie				Max. aantal behandelingen?
tandartskosten				
Mondhygiënist				

Bijlage 5

Uitkomsten belrondes**1 Inleiding**

In drie belrondes zijn aan 24 zorgverzekeraars vragen gesteld over de verzekerde zorg in het basispakket. De vragen die aan verzekeraars zijn voorgelegd, zijn gekoppeld aan zes typen nierpatiënt dan wel vorm van dialyse zoals in hoofdstuk 5 is beschreven. Per type nierpatiënt/vorm van dialyse worden de uitkomsten beschreven. De hoofdvraag die steeds telefonisch aan verzekeraars is voorgelegd is of bepaalde zorg, medicijnen, hulpmiddelen of vervoerskosten via het basispakket worden vergoed. De zes vragenlijsten kunt u vinden in bijlage 4. Naast een beschrijving van de resultaten, die u onderstaand aantreft, kunt u ook in bijlage 6 een overzicht zien van de vergoedingen per verzekeraar. De uitkomsten zijn gebaseerd op de telefonisch verstrekte informatie aan het belteam.

In de onderstaande tekst is steeds de naam van de verzekeraar weergegeven die geen vergoeding biedt vanuit de basisverzekering. Betreft het meer dan tien verzekeraars, dan verwijzen we naar de tabel voor de namen van de verzekeraars.

2 Casus hemodialyse thuis

Er is een aantal nierpatiënten waarbij thuis hemodialyse plaatsvindt in plaats van in een dialysecentrum. Zij moeten thuis kunnen beschikken over dialyseapparatuur en alles wat daarbij behoort, evenals een stoel voor het dialyseren. Ook de omgeving thuis moet geschikt zijn om thuis te kunnen dialyseren. De belrondes laten de volgende uitkomsten zien. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 1.

Dialyseapparatuur en toebehoren

De dialyseapparatuur en toebehoren voor hemodialyse thuis worden door de verzekeraars vergoed. De dialyseapparatuur wordt via het dialysecentrum veelal in bruikleen verstrekt. Wel is vrijwel altijd een brief van de behandelend arts nodig en moet de aanvraag door de verzekeraar worden beoordeeld. Indien de verzekeraar akkoord is, worden de kosten van het gebruik van de apparatuur vergoed.

Dialysestoel

De verzekeraars vergoeden allen de stoel voor hemodialyse thuis. Ook deze stoel wordt vaak in bruikleen via het dialysecentrum verstrekt. Vrijwel altijd is een brief van de behandelend arts nodig en moet de aanvraag door de verzekeraar worden beoordeeld. Indien de verzekeraar akkoord is, worden de kosten van het gebruik van de dialysestoel vergoed.

Elektriciteit en water voor thuisdialyse

Elektriciteit en water voor thuisdialyse worden in de eerste en tweede belronde door de verzekeraars vergoed. Meestal is er een maximumbedrag dat per maand wordt vergoed. In de derde belronde werd bij vijf verzekeraars aangegeven dat er geen vergoeding van deze kosten plaatsvindt, en werd er naar de gemeente (Wmo) verwezen (Trias, VGZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda, Groene Land Achmea en Zorg en Zekerheid).

Pleisters en gazen voor shuntprikplaatsen

Deze pleisters en gazen worden vergoed, mits het bij de verzekeraar wordt aangevraagd en de pleisters en gazen worden voorgeschreven door een arts.

Tegadermpleister

Deze pleister wordt meestal vergoed, mits op voorschrift van de arts. In zes gevallen kon de verzekeraar geen antwoord geven op de vraag. Soms had dit te maken met het ontbreken van een KNMP-nummer 1, waardoor de verzekeraar de informatie niet kon opzoeken.

Vergoeding van kosten aanpassen woning

Er worden eisen gesteld aan de woning van degene die thuis wil dialyseren. Eén van de eisen is dat er een vloer moet zijn, die makkelijk is schoon te maken. Dat kan betekenen dat in de kamer waar gedialyseerd wordt de vloerbedekking eruit moet en bijvoorbeeld zeil gelegd moet worden.

Er is een wisselend beeld te zien van de vergoeding van deze kosten. In de eerste belronde geeft iets meer dan de helft van de verzekeraars aan dat deze kosten van het aanpassen van de woning/vloer voor rekening van de gemeente komen op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de tweede belronde vergoeden alle verzekeraars deze kosten. In de derde belronde zijn er zes verzekeraars die geen vergoeding bieden (Amersfoortse Zorgverzekering, Groene Land Achmea, IZZ Zorgverzekeraar, Triaszorgverzekeraar, VGZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda).

De verzekeraars die wel een vergoeding bieden, geven aan dat van te voren een begroting van de verbouwingskosten moet worden ingediend bij de verzekeraar, en dat deze toestemming moet geven voor de vergoeding van de kosten van het vervangen van de vloer.

Vergoeding van hulp door mantelzorger

Voor sommige patiënten is het prettig als de partner thuis noodzakelijke hulp kan bieden bij het dialyseren in plaats van een verpleegkundige. Geen enkele verzekeraar vergoedt de hulp die een mantelzorger biedt bij het dialyseren (uitzondering: eenmaal zijn AZIVO en Salland genoemd die dit wel in de basisverzekering vergoeden). Wel wordt de hulp van een verpleegkundige vergoed.

Medicijnen

- In de eerste belronde zijn geen gegevens verkregen over de vergoeding van medicijnen bij thuisdialyse vanwege het ontbreken van een KNMP-nummer.
- In de tweede belronde kwam naar voren dat alle gevraagde medicijnen werden vergoed.
- In de derde belronde zijn er acht verzekeraars die Algeldraat (kauwtablet à 500 mg) niet vergoeden (AZIVO, De Friesland Zorgverzekeraar, Delta Lloyd, MENZIS, Zorgverzekeraar Cares Gouda, Zorgverzekeraar DSW, Zorg en Zekerheid).
- Eén verzekeraar geeft aan dat Emlacrème (25 mg) niet wordt vergoed (Zorgverzekeraar Cares Gouda).
- Eén verzekeraar geeft aan dat EPO niet vergoed wordt (Zorgverzekeraar DSW).

Vitaminepreparaten

Vrijwel geen enkele verzekeraar biedt een vergoeding voor de kosten van vitaminepreparaten. Uitzondering: Avéro. Met een medische indicatie kan het wel vergoed worden.

Dieetadvisering

Alle verzekeraars vergoeden de kosten van dieetadvisering van maximaal vier uur per jaar in het basispakket. Heeft iemand meer dan vier uur nodig, dan is dat soms in een aanvullend pakket te verzekeren met een maximum aantal uren per jaar (bijvoorbeeld zes uur).

Zittend ziekenvervoer/taxivervoer

Het kan voorkomen dat er bij de thuisdialyse iets misgaat, bijvoorbeeld met de dialyseapparatuur, waardoor de betrokken nierpatiënt met spoed naar het dialysecentrum moet. In zo'n situatie moet de dialyserende met een taxi naar het dialysecentrum kunnen gaan.

De belrondes laten een wisselend beeld zien: in de eerste belronde zijn er zes verzekeraars die deze taxiriten wel vergoeden, de rest (18) niet. In de tweede belronde wordt de taxirit door alle verzekeraars vergoed. In de derde belronde vergoeden 18 verzekeraars het taxivervoer, vijf niet (Zorgverzekeraar DSW, Trias Zorgverzekeraar, PNO Ziektekosten, Interpolis, Zorg en Zekerheid). In sommige gevallen geeft de verzekeraar aan dat het vervoersbedrijf dat een contract met de verzekeraar heeft, bepaalt of er een vergoeding plaatsvindt.

Een enkele verzekeraar geeft aan dat in een noodsituatie beter de ambulance kan worden gebeld. Dat wordt wel vergoed. Ook collectief taxivervoer wordt wel vergoed.

2.1. Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belrondes komende voor de casus hemodialyse thuis de volgende verzekeraars het beste naar voren: Avéro, AZIVO, CZ en IZA verzekeringen.

Het KNMP-nummer wordt gebruikt in apotheekbestanden, ten behoeve van medicatiebewaking, declaraties bij verzekeraars en in het orderverkeer tussen apothekers en groothandel.

3 Casus hemodialyse in het dialysecentrum

De uitkomsten uit de drie belrondes voor de casus hemodialyse in het dialysecentrum geven het volgende beeld. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 2.

Zittend ziekenvervoer

- Zittend ziekenvervoer/taxi van huis naar het dialysecentrum en weer terug wordt door alle verzekeraars vergoed. Wel is in veel gevallen een machtiging nodig van de verzekeraar en een verklaring van een arts dat het vervoer noodzakelijk is. Patiënten die moeten dialyseren staan op de lijst van aandoeningen waarvoor een vergoeding wordt gegeven. Het vervoer kan per taxirit individueel plaatsvinden, soms zal de nierpatiënt in een taxi met meerdere personen worden vervoerd. Vaak hangt dit af van de vervoerscentrale die de verzekeraar heeft ingeschakeld. Bij het taxivervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 86,00 per jaar.
- Eigen vervoer van huis naar het dialysecentrum wordt vaak wel vergoed. Men krijgt een kilometervergoeding. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 86,00 per jaar. Vijf verzekeraars geven geen vergoeding in de basisverzekering, wel in een aanvullend pakket (OZF Verzekeringen, Delta Lloyd, Salland Verzekeringen, ONVZ, Zorg en Zekerheid).
- In het onderzoek is gevraagd of de kilometers worden vergoed van een partner, die de dialyserende wegbrengt van huis naar het dialysecentrum, en tussendoor naar huis rijdt. Er is geen enkele verzekeraar die de ritten tussendoor vergoedt.

Medicijnen

- Het medicijn Calciumcarbonaat (kauwtablet van 1,25 gram, fabrikant Nycomed) wordt door meer dan de helft van de verzekeraars niet vergoed (ONVZ, OZF Verzekeringen, IZA Zorgverzekeraar, VGZ, Groene Land Achmea, Interpolis, Delta Lloyd, Zorgverzekeraars DSW, AZIVO, Trias, MENZIS, IZZ Zorgverzekeraar, PNO Ziektelkosten, Univé, Zorg en Zekerheid).
- Het medicijn Alfacalcidol (capsule à 0,25 ug, fabrikant Pharmachemie) wordt in de meeste gevallen vergoed, op enkele verzekeraars na (OZF, Zorg en Zekerheid, Trias).
- Het medicijn Zantac (ranitidine) à 75 mg wordt door de verzekeraars niet vergoed, omdat dit wordt gezien als een zelfzorgmedicijn (uitzondering: Interpolis vergoedt dit wel). Dit zijn medicijnen die men zelf in de apotheek of bijvoorbeeld de drogist kan verkrijgen zonder dat het is voorgeschreven door een arts. Zantac à 150 en 300 mg echter, wordt wel vergoed door de verzekeraars.
- Medicijn Pantozol à 20 mg, fabrikant Nycomed wordt niet altijd vergoed (OZF, Interpolis).
- De medicijnen Bètablokkers (Metoprolol) en Lipitor worden door alle verzekeraars vergoed.

Dieet/dieetpreparaten

- Eiwitarmede en zoutarme producten worden niet door de verzekeraars vergoed.
- De voedingsdrink Fortimel (800 ml, aardbeismaak) wordt wisselend wel en niet vergoed. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is in elk geval toestemming van de verzekeraar nodig.

Dialyseren in het buitenland

Nierpatiënten willen ook op vakantie kunnen gaan naar het buitenland. Het dialyseren in het buitenland vindt plaats in een ziekenhuis op de vakantiebestemming. De meeste verzekeraars vergoeden de kosten van het dialyseren in het buitenland, maar de nierpatiënt moet wel voordat hij of zij op vakantie gaat toestemming vragen aan de verzekeraar. Ook moet het een erkend ziekenhuis zijn, en vaak is een brief van de specialist nodig. Sommige verzekeraars hanteren lijsten met namen van ziekenhuizen in het buitenland waar het dialyseren wordt vergoed. Geen vergoeding in het buitenland vindt plaats bij FBTO en Zorgverzekeraar Cares Gouda.

Paramedische zorg/hulp van een psycholoog

De hulp van een eerstelijns psycholoog, of van een vrijgevestigde psychotherapeut valt bij alle verzekeraars voor acht zittingen onder de basisverzekering. Wel wordt er een eigen bijdrage van € 10,00 (psycholoog) tot € 15,60/€ 15,65 (psychotherapie) per zitting gevraagd en is er een maximumbedrag dat per jaar wordt vergoed (€ 702,00).

3.1 Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belondes komende voor de casus hemodialyse in het dialysecentrum de volgende verzekeraars het beste naar voren: Amersfoortse Zorgverzekeringen, AZIVO, Groene Land Achmea, MENZIS, en Salland Verzekeringen.

4 Casus CAPD

Bij CAPD vindt de dialyse uitsluitend thuis plaats. Dat betekent dat de patiënt een aantal zaken in huis moet hebben om het dialyseren mogelijk te maken. De drie belrondes geven het volgende beeld over de zaken die in het basispakket vergoed worden volgens de telefonisch verstrekte informatie. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 3.

Warmtetas voor het opwarmen van de spoelvloeistof

In de eerste belronde zijn er twee verzekeraars die geen vergoeding bieden (Avéro Achmea, IZZ Zorgverzekeraar). Voor vijf verzekeraars is dit een vraag die niet zoveel voorkomt, zij weten geen antwoord te geven op deze vraag.

In de tweede belronde zijn er negen verzekeraars die aangeven de warmtetas niet te vergoeden (Avéro Achmea, OZF Verzekeringen, Delta Lloyd, Interpolis, MENZIS, Azivo, Zorgverzekeraar DSW, Zorg en Zekerheid). Eén verzekeraar geeft aan het misschien te vergoeden, maar dat hangt af van de beoordeling door de verzekeraar (OHRA). Vier verzekeraars weten geen antwoord te geven op deze vraag, één verzekeraar wil alleen informatie geven aan verzekerde consumenten.

In de derde belronde komt naar voren dat meeste verzekeraars aangeven dat deze aanvraag via de leverancier van de warmtetas loopt. Die bepaalt of de warmtetas vergoed wordt. Of er dient eerst gemotiveerd een vraag te worden ingediend bij de verzekeraar. Veertien verzekeraars kunnen niet direct antwoord geven op de vraag of de warmtetas vergoed wordt. Drie geven aan dat dit niet vergoed wordt (Avéro Achmea, OZF Verzekeringen, Zorgverzekeraar DSW).

Inklapbaar infuusstandaard

Zes verzekeraars geven in de eerste belronde aan dat ze geen antwoord kunnen geven op deze vraag, twee verzekeraars bieden geen vergoeding (IZZ Zorgverzekeraar, Delta Lloyd). Indien er wel vergoed wordt, is er steeds van te voren een beoordeling nodig door de verzekeraar. Deze kijkt of de standaard noodzakelijk is voor de nierpatiënt.

In de tweede belronde geven elf verzekeraars aan dat ze geen vergoeding bieden. Voor één verzekeraar is het niet bekend of ze dit bieden, twee geven aan dat er misschien een vergoeding kan plaatsvinden. Dat is ter beoordeling van de verzekeraar, er moet dus een aanvraag worden ingediend. Eén verzekeraar wenst geen informatie te geven aan niet-verzekerden.

In de derde ronde geven zeven verzekeraars aan dat de vraag van vergoeding via de leverancier loopt. Zeven geven aan dat het eventueel vergoed kan worden, maar dat dat ter beoordeling van de verzekeraar is. Twee verzekeraars vergoeden dit niet (Zorgverzekeraar DSW, OZF Verzekeringen) en voor drie verzekeraars is de vraag te moeilijk om te beantwoorden.

Stomazakje voor het afplakken van de huidpoort (bv voor het baden of zwemmen)

In de eerste belronde zijn er twee verzekeraars die het stomazakje niet vergoeden (Avéro Achmea, IZZ Zorgverzekeraar), vier verzekeraars weten geen antwoord te geven op de vraag. De overige verzekeraars bieden vergoeding, maar er dient wel steeds een aanvraag te worden ingediend.

In de tweede ronde geven acht verzekeraars aan dat er geen vergoeding van stomazakjes plaatsvindt, voor negen verzekeraars is het onbekend of dit vergoed

wordt. De volgende acht geven geen vergoeding: Avéro Achmea, OZF Verzekeringen, Delta Lloyd, MENZIS, ONVZ, FBTO, AZIVO, Zorgverzekeraar DSW. Twee verzekeraars geven aan dat de aanvraag via het dialysecentrum loopt, die bepaalt of dit vergoed wordt.

Uit de derde belronde komt naar voren dat zes verzekeraars aangeven dat de aanvraag via de leverancier of de apotheek verloopt. Voor drie verzekeraars is het onzeker of het vergoed wordt, er dient eerst een gemotiveerd verzoek te worden ingediend bij de verzekeraar. De meeste verzekeraars bieden wel een vergoeding.

Vergoeding van aanpassing van de woning, met name de vloer

Voor het aanpassen van de vloer wordt in belronde 1 door acht verzekeraars geen vergoeding gegeven (De Friesland Zorgverzekeraar, Avéro Achmea, AZIVO, PNO Ziektelkosten, OZF Verzekeringen, ONVZ, IZZ Zorgverzekeraar, Interpolis). Deze acht verzekeraars verwijzen naar de Wmo. Voor vier verzekeraars is de vraag niet te beantwoorden. In de situatie dat er wel vergoed wordt, is er vaak een advies of brief van de specialist nodig. In belronde twee geven achttien verzekeraars aan geen vergoeding te geven, ze verwijzen naar de Wmo die hiervoor een oplossing kan bieden. In de derde belronde gaat het om zeventien verzekeraars die geen vergoeding geven, en naar de Wmo verwijzen.

Gazen en pleisters

Deze worden in de meeste gevallen vergoed. Soms heeft de verzekeraar een KNMP-nummer nodig om te kunnen achterhalen of er vergoeding plaatsvindt. Wel moet de betrokkene kunnen aangeven dat het om langdurig gebruik van de gazen en pleisters gaat. In de derde belronde zijn er vier verzekeraars die aangeven geen vergoeding te bieden (CZ, IZA Zorgverzekeraar, ONVZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda).

Sterilium

Sterilium is voor enkele verzekeraars onbekend, men weet niet of het vergoed wordt. Soms is hiervoor een KNMP-nummer nodig om te weten of vergoeding plaats kan vinden. In de tweede belronde geven dertien verzekeraars aan dat ze dit niet vergoeden, vijf weten geen antwoord te geven, bijvoorbeeld omdat het KNMP-nummer ontbreekt. In de derde belronde zijn er elf verzekeraars die geen vergoeding bieden, de betrokkene moet de kosten zelf betalen.

Medicijnen

- EPO

Om zeker te weten of EPO vergoed wordt, is in de meeste gevallen een KNMP-nummer nodig. In alle belrondes vergoeden de verzekeraars dit medicijn, behalve zes (ronde 1), één (ronde 2) en acht (ronde 3) die de vraag niet kunnen beantwoorden vanwege het ontbreken van een KNMP-nummer.

- Metoprolol

Idem als bij EPO. Voor zover verzekeraars de vraag konden beantwoorden, vergoeden ze allen dit medicijn.

- Jodiumoplossing 1 % FNA

Dit wordt in ronde 1 door alle verzekeraars vergoed. Zes verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden. In de tweede ronde zijn er vier verzekeraars die dit niet vergoeden (Groene Land Achmea, OZF Verzekeringen, IZZ Zorgverzekeraar,

Zorgverzekeraar DSW). Acht kunnen de vraag niet beantwoorden. In de derde ronde zijn het zeven verzekeraars die dit middel niet vergoeden (AZIVO, IZA Zorgverzekeraar, OHRA, TRIAS, Univé, Zorgverzekeraar Cares Gouda, Zorgverzekeraar DSW). Acht verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden, hetzij omdat een KNMP-nummer nodig is, hetzij omdat er eerst een aanvraag ingediend moet worden voordat de verzekeraar er iets over kan zeggen.

- Bactrobanzalf

Dit wordt door de verzekeraars vergoed. In een enkel geval kon de vraag niet worden beantwoord wegens het ontbreken van KNMP-nummer. In de derde ronde wordt het door één verzekeraar niet vergoed (OHRA).

Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor een normale controle

De taxiriten van huis naar het dialysecentrum voor normale controle van de CAPD patiënt worden in de eerste belronde door alle verzekeraars vergoed. Drie verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden.

In de tweede ronde geven tien verzekeraars aan deze ritten niet te vergoeden, bij vier zou het bij wijze van uitzondering vergoed kunnen worden, twee verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden, omdat er eerst een aanvraag ingediend moet worden. In de derde ronde zijn er negen verzekeraars die dit niet vergoeden (CZ, Interpolis, IZZ Zorgverzekeraar, OHRA, ONVZ, Salland verzekeringen, Univé, Zorgverzekeraar DSW, Zorg en Zekerheid). Anderen geven aan dat de beoordeling van de aanvraag via de vervoerscentrale plaatsvindt. Ze kunnen geen vergoeding garanderen.

Lichttherapie thuis UVA en UVB

In de meeste gevallen kan lichttherapie thuis wel vergoed worden, maar is er een brief van de nefroloog nodig met uitleg waarom deze therapie noodzakelijk is. De verzekeraar beoordeelt eerst de aanvraag of er vergoed kan worden. Enkele verzekeraars weten de vraag niet te beantwoorden. In de tweede ronde geven tien verzekeraars aan dat lichttherapie thuis niet vergoed wordt, in de derde ronde vijftien verzekeraars.

Lichttherapie in het ziekenhuis

Zes respectievelijk tien verzekeraars (belronde 1 en 2) vergoeden lichttherapie (tegen jeuk) in het ziekenhuis niet. Indien er mogelijk vergoeding is, dient altijd een advies van de nefroloog aanwezig te zijn. Vervolgens beoordeelt de verzekeraar of dit vergoed wordt. Sommige verzekeraars kunnen deze vraag niet beantwoorden. In de derde ronde geven acht verzekeraars aan geen vergoeding voor lichttherapie in het ziekenhuis te geven (VGZ, Amersfoortse Zorgverzekering, Avéro Achmea, FBTO, IZZ Zorgverzekeraar, ONVZ, Salland Verzekeringen, Univé).

4.1. Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belrondes komende voor de casus CAPD de volgende verzekeraars het beste naar voren: AGIS, ONVZ, DSW verzekeringen, MENZIS, Interpolis, CZ, Amersfoortse Zorgverzekeringen.

5 Casus pre-dialyse

In de casus pre-dialyse is uitgegaan van de situatie van een kind, dat nog niet dialyseert, maar in de pre-dialysefase zit. Dat wil zeggen dat de nierfunctie onder de 20% van het normale functioneren zit, maar dialyse nog niet nodig is. De drie belrondes geven het volgende beeld. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 4.

Voedingssupplementen

Kaliumcitraat (200 mg) wordt niet in alle gevallen vergoed. In belronde één door twee verzekeraars niet (Interpolis, PNO Ziektekosten). In belronde twee waren er tien verzekeraars die aangeven dit niet te vergoeden, wel in een aanvullend pakket (AZIVO, FBTO, Groene Land Achmea, Interpolis, MENZIS, ONVZ, PNO Ziektekosten, OHRA, IZZ Zorgverzekeraar, Trias Zorgverzekeraar). Als het wel voor vergoeding in aanmerking komt, is in de meeste gevallen eerst nodig dat de aanvraag bij een speciale commissie van de verzekeraar ter beoordeling wordt voorgelegd. In de derde belronde geven zeven verzekeraars aan dit voedingssupplement niet te vergoeden (Zorg en Zekerheid, Zorgverzekeraar DSW, VGZ, ONVZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda, CZ, Amersfoortse Zorgverzekering).

Fosfaatdrank/groeihormonen

Bij de meerderheid van de verzekeraars worden in de eerste belronde deze fosfaatdrank en groeihormonen wel vergoed, bij twee verzekeraars was het niet bekend of ze dit zouden vergoeden. Wel is een aanvraag bij de verzekeraar nodig die beoordeelt of deze zaken voor vergoeding in aanmerking komen. In de tweede belronde geven elf verzekeraars aan dat ze geen vergoeding bieden (AZIVO, CZ, FBTO, Groene Land Achmea, Interpolis, MENZIS, ONVZ, PNO Ziektekosten, OHRA, IZZ Zorgverzekeraar, Trias Zorgverzekeraar).

Eén geeft aan bij hoge uitzondering eventueel na een ingediende aanvraag mogelijk te vergoeden.

In de derde belronde geven negen verzekeraars aan geen vergoeding te geven, bij twee verzekeraars is het niet bekend of ze wel of niet vergoeden. Geen vergoeding bieden: Zorgverzekeraar DSW, VGZ, ONVZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda, CZ, Amersfoortse Zorgverzekering, Trias, Zorg en Zekerheid, Delta Lloyd).

Natriumbicarbonaat (capsule 1000 mg)

In de eerste ronde vergoeden alle verzekeraars deze capsules. In de tweede ronde geeft de helft van de verzekeraars aan het niet te vergoeden. In de derde ronde zijn er zeven verzekeraars die dit niet vergoeden (Zorg en Zekerheid, Zorgverzekeraar DSW, VGZ, ONVZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda, CZ, Amersfoortse Zorgverzekering). Van twee verzekeraars is het niet bekend of ze een vergoeding bieden.

Vitaminepreparaten

Vitaminepreparaten worden niet in alle gevallen vergoed. In belronde één geven zes verzekeraars aan dat er geen vergoeding plaatsvindt (AZIVO, Delta Lloyd, Interpolis, MENZIS, Trias Zorgverzekeraar, VGZ). Twee verzekeraars geven aan dat het hen niet bekend is, één verzekeraar geeft aan dat de gevraagde informatie het beste via email aan de verzekeraar kan worden voorgelegd (Univé).

In belronde twee geeft de helft van de ondervraagde verzekeraars aan dat ze de

vitaminepreparaten niet vergoeden. Bij drie verzekeraars is het niet bekend of ze dit vergoeden.

In de derde belronde geeft de helft van de verzekeraars aan dat ze deze vitaminepreparaten niet vergoeden.

Paramedische zorg/hulp van een psycholoog voor het kind en voor de ouders van het kind

In alle belrondes komt naar voren dat verzekeraars de kosten van een eerstelijns psycholoog vergoeden, of die van een vrijgevestigd psychotherapeut. Het gaat om maximaal acht zittingen die in het basispakket zitten. Uitzondering: in de derde belronde gaven IZZ en OZF Verzekeringen aan dat er respectievelijk maximaal vier zittingen en geen zittingen werden vergoed. Wel kan dit via een aanvullende verzekering worden vergoed.

Eigen vervoer van thuis naar het ziekenhuis

Dertien verzekeraars geven in belronde één aan dat de kosten van eigen vervoer van het kind van huis naar het ziekenhuis niet worden vergoed. Dit komt volgens de verzekeraars pas aan de orde als het kind gaat dialyseren. Drie verzekeraars geven aan dat het eventueel wordt vergoed, maar eerst aan de verzekeraar voorgelegd moet worden ter beoordeling of vergoeding op zijn plaats is. Twee verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden, omdat de vervoerscentrale of de afdeling vervoer deze beoordeling maakt.

In de tweede belronde geven 21 verzekeraars aan de kosten van eigen vervoer niet te vergoeden in de pre-dialysefase. In de derde belronde geven vier verzekeraars aan dat ze geen vergoeding bieden voor het eigen vervoer in de pre-dialyse fase (Groene Land Achmea, Avéro Achmea, MENZIS, Interpolis).

5.1. Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belrondes komende voor de casus pre-dialyse de volgende verzekeraars het beste naar voren: AGIS, IZA verzekeringen, Salland verzekeringen, en de OHRA.

6 Casus niertransplantatie

In de casus niertransplantatie is uitgegaan van een persoon die onlangs een niertransplantatie heeft ondergaan. In dat kader zijn bepaalde zaken noodzakelijk zoals het gebruik van medicijnen en het vervoer van het ziekenhuis naar het huis van de betrokken getransplanteerde. Tevens is uitgegaan van iemand die vaatproblemen heeft en daarom fysiotherapie nodig heeft. De drie belondes geven het volgende beeld van de vergoedingen die in het basispakket zitten. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 5.

Gazen en pleisters

Dertien verzekeraars in belronde 1 en veertien in ronde 2 vergoeden de gazen en pleisters niet. Enkele verzekeraars kunnen de vraag niet beantwoorden door het ontbreken van KNMP-nummers. In de derde belronde wordt het meestal wel vergoedt, mits het is voorgeschreven door de arts. De volgende verzekeraars geven aan de gazen en pleisters niet te vergoeden: Azivo, Salland Verzekeringen en PNO ziektekosten.

Jodium

Twaalf verzekeraars uit belronde 1 vergoeden Jodium niet, zes verzekeraars weten niet of het vergoed wordt. In ronde 2 zijn er veertien verzekeraars die Jodium niet vergoeden, van twee is het antwoord niet bekend. In ronde 3 wordt het door de helft van de verzekeraars vergoed, mits het op recept verkregen is. De andere helft vergoedt dit middel niet, omdat zij menen dat het een zelfzorgmiddel is, of het is onbekend bij de verzekeraar of het vergoed wordt.

Medicijnen

Van de medicijnen waarnaar in deze casus is gevraagd, wordt door slechts één verzekeraar (VGZ) in ronde 1 niet alles vergoed, namelijk Omeprazol. De rest wel. In ronde 2 worden ook alle gevraagde medicijnen vergoed, behalve Omeprazol door vier verzekeraars niet. Ronde drie laat zien dat vrijwel alle gevraagde medicijnen worden vergoed, behalve Omeprazol (Univé en ONVZ), Celiprolol (VGZ), Aprovel (ONVZ), Prograft (IZZ verzekeringen) en lactulosezakjes (VGZ, OHRA).

Fysiotherapie

Voor fysiotherapie geldt dat de eerste negen behandelingen niet in de basisverzekering zitten, tenzij de aandoening van de verzekerde op de zogenaamde lijst van oud-minister Borst voorkomt. Nierdialyse komt niet op die lijst voor. Geen enkele verzekeraar biedt vergoeding van fysiotherapie in de basisdekking.

Bewegingstherapie

Voor bewegingstherapie geldt min of meer hetzelfde als voor fysiotherapie, veel verzekeraars beschouwen dat als vergelijkbare therapie.

Negen verzekeraars hebben dit niet in de vergoeding van het basispakket zitten. Van vijf verzekeraars is het niet bekend of ze dit vergoeden. In belronde twee geven zeventien verzekeraars aan dat ze via de basisverzekering geen vergoeding geven. Soms wel in een aanvullend pakket, maar dan voor één bewegingsprogramma per jaar. In belronde drie is er eenzelfde beeld te zien: een aantal verzekeraars kent de bewegingstherapie niet, en vergoedt het ook niet. De meeste verzekeraars vergoeden het alleen in de aanvullende verzekering.

Mondhygiënist

Deze kosten zitten niet in de basisverzekering maar alleen in de aanvullende tandartsverzekering, behalve de Amersfoortse Zorgverzekering die tot € 250,00 vergoeding in de basisverzekering biedt.

Taxivervoer kort na de transplantatie en drie maanden erna voor controle

De meeste verzekeraars vergoeden wel de taxikosten van het ziekenhuis naar het huis van de getransplanteerde kort na de transplantatie en gedurende een korte periode van drie maanden na de operatie. Er zijn twee verzekeraars in ronde één die dat niet doen. Om de kosten vergoed te krijgen is er een medische indicatie nodig. Van twee verzekeraars is het niet bekend of ze dit vervoer vergoeden, daar konden ze geen antwoord op geven. In ronde drie zijn er tien verzekeraars die de taxikosten na de transplantatie niet in de basisverzekering hebben zitten (Agis, Menzis, Amersfoortse Zorgverzekering, Interpolis, PNO ziektekosten, TRIAS, Cares Goudse Verzekeringen, Zorg en Zekerheid, VGZ en Univé).

6.1. Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belrondes komende voor de casus niertransplantatie de volgende verzekeraars het beste naar voren: Avéro Achmea, AZIVO, FBTO en OZF Verzekeringen.

7 Casus CCPD

CCPD is een vorm van dialyseren die uitsluitend in de vorm van thuisdialyse plaatsvindt. De patiënt moet een aantal zaken in huis hebben om het dialyseren mogelijk te maken. In de casus is ook uitgegaan van een te verwachten niertransplantatie. De drie belrondes geven het volgende beeld over de vergoedingen in het basispakket. Zie voor een overzicht van de resultaten ook tabel 6.

Warmtetas voor het opwarmen van de vloeistof

De vraag over het vergoeden van de warmtetas via de basisverzekering is een lastige vraag voor verzekeraars. Zes verzekeraars weten het antwoord niet. Twaalf verzekeraars vergoeden dit niet. In de tweede ronde vergoeden drie verzekeraars dit niet (Delta Lloyd, Zorgverzekeraar DSW, Zorg en Zekerheid). Indien wel vergoed wordt dient steeds eerst een aanvraag te worden ingediend bij de verzekeraar. In de derde ronde geven opnieuw twaalf verzekeraars aan dat ze de warmtetas niet vergoeden, één verzekeraar kan de vraag niet beantwoorden.

Vergoeding van aanpassing van de woning

Negen verzekeraars geven aan dat er geen vergoeding is te krijgen voor het aanpassen van de vloer in verband met de thuisdialyse CCPD (Azivo, De Friesland Zorgverzekeraar, ONVZ, PNO Ziektekosten, Zorgverzekeraar DSW, VGZ, Salland Verzekeringen, FBTO, MENZIS). De reden die verzekeraars aangeven om niet te vergoeden is vooral dat de Wmo dit zou moeten bieden. Indien er wel vergoed wordt, is het nodig om vooraf een begroting van de te verwachten kosten in te dienen, en een goedkeuring van de arts dat thuis gedialyseerd kan worden. Vervolgens dient de verzekeraar nog goedkeuring te verlenen. In ronde 2 geven vier verzekeraars aan geen vergoeding voor het aanpassen van de woning te bieden en verwijzen naar de Wmo/gemeente (De Friesland Zorgverzekeraar, ONVZ, Zorgverzekeraar DSW, VGZ).

In de derde belronde geven maar liefst 22 verzekeraars aan geen vergoeding te bieden voor het aanpassen van de woning, en verwijzen allen naar de Wmo/gemeente.

Elektriciteit en water

Tien verzekeraars in de eerste belronde vergoeden geen gebruik van (extra) elektriciteit en water dat nodig is voor het dialyseren. Vier in de tweede ronde bieden geen vergoeding (De Friesland Zorgverzekeraar, ONVZ, VGZ, Zorg en Zekerheid). Men verwijst hiervoor naar de Wmo/gemeente. In de derde ronde bieden alle verzekeraars een vergoeding, behalve één verzekeraar die het antwoord niet weet.

Gazen en pleisters voor de huidpoort

In belronde 1 vergoeden zes verzekeraars de gazen en pleisters voor het afplakken van de huidpoort niet (Avéro Achmea, CZ, Trias Zorgverzekeraar, IZZ Zorgverzekeraar, Zorgverzekeraar DSW, Zorgverzekeraar Cares Gouda). Indien het wel vergoed wordt, moet de huisarts goedkeuren dat deze nodig zijn voor de patiënt. In de tweede en derde ronde vergoeden alle verzekeraars de gazen en pleisters, mits deze door de arts zijn voorgeschreven. In twee (ronde 2) en één geval (ronde 3) weten de medewerkers van de verzekeraars niet of het vergoed wordt.

Sterilium

Zeventien verzekeraars vergoeden in ronde 1 sterilium niet, of weten het niet (twee). Eén geeft eventueel vergoeding. In ronde twee geven alle verzekeraars een vergoeding, op twee na die het antwoord niet weten. In de derde ronde geven zestien verzekeraars een vergoeding, vier weten het antwoord niet te geven.

Vitaminepreparaten

Zestien verzekeraars geven geen vergoeding van vitaminepreparaten. Drie geven het eventueel wel, maar dan moet er een speciale machtiging gegeven worden. In ronde twee geven allen wel een vergoeding, mits de vitaminepreparaten zijn voorgeschreven door de arts. In ronde drie geven allen op één na (VGZ) ook een vergoeding. Drie verzekeraars weten het antwoord op de vraag over vergoeding niet.

Relatietransplantatie in het buitenland

Dit wordt in belronde 1 en 2 door alle verzekeraars vergoed. Wel geldt in veel gevallen dat er contracten met bepaalde ziekenhuizen in het buitenland zijn en dat er toestemming van de verzekeraar nodig is. In ronde drie geven drie verzekeraars aan dit niet te vergoeden, omdat ze geen contract met ziekenhuizen in het buitenland hebben (CZ, Zorgverzekeraar Cares Gouda, Amersfoortse Zorgverzekering).

Gewichtsreductie

Het terugbrengen van het gewicht onder medische begeleiding wordt door achttien verzekeraars in ronde 1 niet vergoed. Twee vergoeden het eventueel, ter beoordeling door de medisch adviseur. In ronde twee vergoeden alle verzekeraars het wel, één eventueel, en van vijf is het niet bekend of ze dit vergoeden. In de derde ronde geven negen verzekeraars geen vergoeding te bieden, bij vier is het niet bekend wat ze doen. De negen die geen vergoeding zeggen te bieden zijn: FBTO, Azivo, Avéro Achmea, AGIS, Zorgverzekeraar DSW, VGZ, De Friesland Zorgverzekeraar, Interpolis, UNIVE. Indien wel tot vergoeding wordt overgegaan, dan is dat op voorschrijven van de nefroloog die met het oog op een te verwachten transplantatie meent dat het gewicht van de betrokken persoon moet worden teruggebracht.

Gebitssanering vanwege transplantatie (op komst)

Twee verzekeraars vergoeden gebitssanering met het oog op een niertransplantatie wel in het basispakket. De overige verzekeraars bieden dit alleen in de aanvullende tandartsverzekering. Van twee is het onbekend. In ronde twee geven acht verzekeraars aan dat het vergoed wordt, en drie eventueel mits het medisch noodzakelijk is met het oog op de transplantatie. In ronde drie geven negen verzekeraars aan gebitssanering te vergoeden, mits het medisch noodzakelijk is vanwege de transplantatie.

Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor normale controle

In belronde 1 is er in twee gevallen geen vergoeding van het taxivervoer van huis naar het dialysecentrum (Avéro Achmea, PNO Ziektekosten). De andere verzekeraars bieden wel vergoeding van taxikosten mits er een machtiging wordt aangevraagd. In ronde twee wordt door alle verzekeraars een vergoeding gegeven, van twee verzekeraars is het niet bekend. In de derde ronde geven achttien verzeke-

raars aan geen vergoeding voor een normale controle te bieden. Twee verzekeraars kunnen op aanvraag eventueel een vergoeding geven.

Taxivervoer van huis naar dialysecentrum voor noodzakelijke controle

Slechts één verzekeraar vergoedt deze kosten niet (PNO Ziektekosten), zes verzekeraars vergoeden het eventueel, maar dat is pas na de aanvraag bij de verzekeraar te beoordelen.

In ronde twee geven vier verzekeraars aan geen vergoeding te bieden (Avéro Achmea, CZ, Zorgverzekeraar DSW, Zorg en Zekerheid), van drie verzekeraars is het onbekend.

In ronde drie zijn er twee verzekeraars die deze taxikosten niet vergoeden (Delta Lloyd, Zorgverzekeraar DSW), bij twee is het aan te vragen en moet er in elk geval een medische indicatie zijn. Van twee verzekeraars is het niet bekend.

7.1 Best scorende verzekeraars

Op basis van drie belrondes komende voor de casus CCPD de volgende verzekeraars het beste naar voren: Delta Lloyd, PNO Ziektekosten, Salland Verzekeringen, OZF en ONVZ.