
467

Besluit van 30 september 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zorgverzekeringswet per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer en wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juli 2011, Z/VU-3072473;

Gelet op artikel 11, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, artikel 6, tweede lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en artikel 2, eerste lid, van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 19 augustus 2011, no. W13.11.0304/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2011, Z/VU-3078441;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Aan artikel 2.1 wordt een lid toegevoegd, luidende:

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

B

Artikel 2.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, vervalt: , zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b.

2. In het eerste lid, onderdeel d, wordt «acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar» vervangen door: vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar.

3. In het tweede lid vervalt: zoals medisch-specialisten plegen te bieden.

4. In het derde lid wordt «voor een zitting eerstelijnspsychologische zorg» vervangen door: voor zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

C

Artikel 2.5b vervalt.

D

Artikel 2.6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt «twaalf» vervangen door: twintig.

2. In het vierde en zesde lid wordt «per jaar» vervangen door: per kalenderjaar.

3. Het zevende lid komt te luiden:

7. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandelingen per kalenderjaar, indien de dieetadvisering onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft.

E

Aan artikel 2.10 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor zorg als bedoeld in het eerste lid.

F

In het eerste lid van bijlage 1 vervallen onderdeel b, subonderdelen 5°, 8° tot en met 12°, en onderdeel c.

ARTIKEL II

Na artikel 2 van het Besluit zorgaanpak AWBZ wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3

De inhoud en de omvang van de zorg, bedoeld in artikel 2, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

ARTIKEL III

In artikel 2, eerste lid, onderdeel f, subonderdelen 2° en 3°, van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten wordt «voor negen behandelingen» telkens vervangen door: voor een bij die regeling te bepalen aantal behandelingen.

ARTIKEL IV

Op een verzekerde als bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, tweede volzin, van het Besluit zorgverzekering die uiterlijk op 31 december 2011 twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie heeft ontvangen, blijft artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, zoals dat artikel op 31 december 2011 luidde, van toepassing voor zover het behandeling van de aandoening betreft waarop de twaalf behandelingen betrekking hadden en de aandoening ook na deze datum aanleiding kan zijn voor voor rekening van de zorgverzekering komende fysiotherapie of oefentherapie.

ARTIKEL V

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2012 en werkt met betrekking tot artikel III terug tot en met 1 januari 2011.

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt met de daarbij behorende stukken openbaar gemaakt door publicatie in de Staatscourant.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 30 september 2011

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

Uitgegeven de *achtentwintigste* oktober 2011

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I. W. Opstelten

NOTA VAN TOELICHTING

1.1. Algemeen

Met dit besluit is het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2012 gewijzigd en met betrekking tot de hierna onder 1 genoemde maatregel ook het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De wijzigingen betreffen uitvoering van in het Regeer- en Gedoogakkoord aangekondigde maatregelen alsmede maatregelen die noodzakelijk zijn in verband met overschrijdingen in de kosten van zorg. Het gaat om de volgende maatregelen.

1. Het regelen van een instrument voor stringent pakketbeheer, te weten voorwaardelijke toelating. Dit instrument wordt in 2012 gestart als een pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatietechnieken bij chronische specifieke lage rugklachten in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De toepassing hiervan op deze zorgvormen wordt bij ministeriële regeling vastgelegd. Continuering en bredere toepassing van voorwaardelijke toelating zal worden gezien in samenhang met de uitwerking van de in het Regeerakkoord opgenomen maatregel stringent pakketbeheer alsmede in samenhang met de uitvoeringstoets over stringent pakketbeheer die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) eind 2011 zal uitbrengen.

Over de inpassing van de voorwaardelijke toelating in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt in 2012 besloten. Wel wordt met dit besluit in het Besluit zorgaanspraken AWBZ het criterium «stand van de wetenschap en praktijk» ingevoerd. Daarmee wordt ook in de AWBZ een beheersinstrument ingevoerd dat mogelijk maakt de zorg op effectiviteit te toetsen.

2. Het verlagen van het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg (elp-zorg) van acht naar vijf per kalenderjaar.

3. Het verruimen van de bevoegdheid om geneeskundige zorg van het Zvw-pakket uit te sluiten teneinde behandelingen van aanpassingsstoornissen van het pakket uit te sluiten.

4. Het creëren van een bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns-ggz) te regelen teneinde een eigen bijdrage voor verzekerden van achttien jaar en ouder in te voeren.

5. Het regelen dat (voor zover het gaat om verzekerden van achttien jaar of ouder) de eerste twintig behandelingen fysiotherapie en oefentherapie ter behandeling van een chronische aandoening als bedoeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering niet meer in het pakket van de zorgverzekering zitten.

6. In het kader van stringent pakketbeheer, het schrappen van aandoeningen van de in bijlage 1 opgenomen lijst van aandoeningen fysio- of oefentherapie.

7. Het beperken van de te verzekeren prestatie dieetadvisering tot dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte of aan diabetes, of die een cardiovasculair risico heeft.

8. Het verwijderen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het Zvw-pakket, zoals dat programma in 2011 was geregeld in artikel 2.5b van het Besluit zorgverzekering.

9. Het invoeren van een bevoegdheid om voor verblijf een eigen bijdrage in te voeren teneinde voor verzekerden van achttien jaar en ouder een eigen bijdrage te kunnen heffen voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz.

De Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal zijn over de diverse maatregelen geïnformeerd¹.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 780-XVI, nr. 3, 29 689, nrs. 326 en 327, 25 424, nr. 129, en Kamerstukken I, 2010/11, 29 668, nrs. D en E.

1.2. Achtergrond maatregelen

De zorgkosten stijgen veel sneller dan gedacht en ook sneller dan kan worden opgebracht. De zorg dreigt daardoor onbetaalbaar te worden. De financiële houdbaarheid van het verzekeringsstelsel is daardoor in het geding. Die houdbaarheid is van belang om kwalitatief goede zorg voor elke ingezetene van Nederland, nu en in de toekomst, beschikbaar en betaalbaar te houden. Daarom, en mede gezien de economische situatie, is het noodzakelijk om te kijken naar de samenstelling van het verzekeringspakket. Belangrijk is ook dat in de sector zelf meer aandacht komt voor gepast gebruik van zorg.

Een solidair zorgstelsel betekent solidariteit met degenen die door ziekte van zorg gebruik maken, maar betekent ook dat ervoor moet worden gewaakt dat voor degenen die meebetalen aan het zorgstelsel zonder daarvan gebruik te maken, de lasten niet te hoog worden. Indien de lasten voor die groep te hoog zouden worden, zou dit het draagvlak voor de solidariteit kunnen aantasten.

Er zijn dus maatregelen nodig om de financiële houdbaarheid te borgen. Zoals ook in de brief van 10 juni 2011 over de ombuigingsmaatregelen 2012¹ aan de Tweede Kamer is aangegeven, is uitgangspunt dat overschrijdingen zoveel mogelijk zullen worden teruggehaald daar waar zij zich voordoen en dat de regels van de budgetdiscipline worden nageleefd. De maatregelen die voortvloeien uit het Regeer- en Gedoogakkoord en de Voorjaarsbesluitvorming gaan van dit uitgangspunt uit.

Het kabinet heeft besloten op drie manieren maatregelen te treffen om de financiële houdbaarheid te versterken.

Ten eerste is binnen het Budgettair Kader Zorg gekeken waar «het minder kan». Hierdoor zijn subsidies verminderd en is het leefstijlbeleid aangepast, zodat begrotingsgeld gericht wordt besteed. Ten tweede is het van belang dat zorgaanbieders doelmatiger gaan werken en dat zij meer zorg leveren voor elke premie-euro. In dat licht vinden tariefkortingen plaats in die delen van de zorg, waar zich overschrijdingen voordoen. Ten derde rekent het kabinet op meer verantwoordelijkheid bij de consument bij bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg en fysiotherapie, om zo de groei te remmen.

Alles op alles moet worden gezet om het stelsel beter te laten werken. Naast de pakketmaatregelen waartoe het kabinet op 10 juni 2011 heeft besloten, gebeurt dat ook op andere manieren. De invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg is daarvan een voorbeeld. Het verder risicodragend maken van zorgverzekeraars is een ander voorbeeld. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars hun risico bij het inkopen van zorg voor hun verzekerden niet afwentelen op alle andere zorgverzekeraars.

Het onderhavige besluit bevat bezuinigingsmaatregelen met betrekking tot het pakket en de eigen bijdragen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg (elp, tweedelijns-ggz, en verblijf met tweedelijns-ggz), fysiotherapie en oefentherapie, dieetadvisering en stoppen-met-rokenprogramma. Hierover het volgende.

De maatregelen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn ingrijpend, maar in het kader van een houdbare en betaalbare ggz noodzakelijk. De groei in de ggz in de afgelopen jaren is fors: in minder dan negen jaar zijn de uitgaven verdubbeld en ieder jaar zijn er circa 10% meer patiënten.

Er bestaat een perverse prikkel in de ggz. Doordat in de eerste lijn tot nu toe wel en in de tweedelijns geen eigen bijdragen zijn, is de stimulans er op gericht om de zorg te zoeken in de tweedelijns. Naast maatregelen om te komen tot een efficiëntere behandeling, is het vereist dat ook patiënten een meer bewuste keuze maken of zij daadwerkelijk hulp nodig hebben en of ze hulp in de eerste lijn of in de tweede lijn nodig hebben. Daarbij

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 780-XVI, nr. 3.

moeten ze zich bewust zijn van de kosten. In de tweede lijn wordt een aanzienlijk aantal mensen behandeld met een milde problematiek. Het tot nu toe ontbreken van een eigen bijdrage voor de tweede lijn vormt een onjuiste prikkel om juist voor die duurdere zorg te kiezen. Het herstellen van deze weeffout acht het kabinet een alleszins gerechtvaardigde motivering voor de invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz.

Om die reden heeft het kabinet ervoor gekozen in de tweedelijns een eigen bijdrage te introduceren die bovendien hoger is dan de eigen bijdrage in de eerstelijnszorg. Voor de eerstelijns-ggz was een eigen bijdrage van € 155 in het Regeer- en Gedoogakkoord opgenomen. Omdat het kabinet de zorg meer wil verplaatsen naar de eerste lijn is gekozen voor een lagere eigen bijdrage van maximaal € 100, te weten € 20 per zitting. Dit bedrag is wel een verhoging ten opzichte van 2011 (was in 2011 € 10).

Voor de tweedelijnszorg is besloten tot invoering van een eigen bijdrage van € 100 voor een dbc tot honderd minuten en € 200 voor een dbc vanaf honderd minuten, waarbij een patiënt niet meer dan € 200 per jaar hoeft te betalen. In het Regeer- en Gedoogakkoord was een eigen bijdrage opgenomen van € 175 euro voor behandelingen tot 1800 minuten, en € 425 voor behandelingen vanaf 1800 minuten. Hierbij bestond de mogelijkheid dat mensen met multi-morbiditeit meer keren de eigen bijdrage moesten betalen. Bij zo'n 120 000 ggz-gebruikers zou de eigen bijdrage dan fors kunnen oplopen. De uiteindelijk getroffen maatregel is daarom minder ingrijpend dan de maatregelen over de eigen bijdrage die in het Regeer- en Gedoogakkoord zijn vastgelegd.

Het kabinet acht een eigen bijdrage in de ggz van belang omdat patiënten zich bewust moeten zijn van de kosten van zorg voordat ze aan een behandeling beginnen. Een eigen bijdrage bevordert bovendien de therapietrouw van patiënten, hetgeen juist binnen de ggz van groot belang is.

Voor een eigen bijdrage voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz, is gekozen omdat verzekeren in geval van verblijf kosten van onder meer eten en drinken uitsparen. Daarom is gekozen voor een nominaal bedrag van € 145 per maand. Dit geldt niet voor kortdurend verblijf, maar pas vanaf de tweede maand van verblijf. Het bedrag van € 145 komt overeen met de eigen bijdrage die de laagste inkomensgroep bij verblijf in een AWBZ-instelling moet betalen indien er sprake is van één van de voorwaarden genoemd in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg.

De hiervoor genoemde eigen bijdragen zijn per 1 januari 2012 in de Regeling zorgverzekering geregeld.

Naast de invoering en verhoging van de eigen bijdrage heeft dit besluit tevens betrekking op twee pakketmaatregelen op het terrein van de ggz. In de eerste plaats is het aantal zittingen elp beperkt, omdat ook op dit terrein een bijdrage geleverd moet worden in verband met de kostenoverschrijdingen. Deze maatregel is verder bedoeld als stimulans om efficiënter te gaan behandelen. De elp kan efficiënter worden ingericht, bijvoorbeeld door een gecombineerd hulpaanbod van e-health en face to face behandelingen. Hierdoor kan de behandelduur ingekort worden. Op dit moment is het gebruik van internetbehandeling nog relatief beperkt. In verband met het bevorderen van e-health is daarom besloten in de Regeling zorgverzekering te regelen dat de eigen bijdrage voor een internetbehandeltraject € 50 bedraagt.

In de tweede plaats is de bevoegdheid ingevoerd om bij ministeriële regeling de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen.

Een aanpassingsstoornis is een psychische aandoening. Deze treedt op als reactie op de emotionele en psychische stress die ontstaat bij

belangrijke veranderingen in het leven. Aanpassingsstoornissen komen in acute en chronische vorm voor. Patiënten ervaren bij een aanpassingsstoornis psychische klachten die lijken op een depressie of angststoornis, maar dan als gevolg van een specifieke gebeurtenis in hun dagelijks leven, zoals een scheiding.

De klachten zijn niet zodanig dat de diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd is. Daarom wordt een aanpassingsstoornis gezien als een relatief lichte aandoening en is het vanaf 2012 niet langer onderdeel van het basispakket. Op basis van onderzoek zijn er aanwijzingen dat de diagnose aanpassingsstoornis relatief mild is. Daar komt bij dat aanpassingsstoornissen over het algemeen kortdurend zijn. Dit geldt dan voor de «gemiddelde patiënt». Dat er in de praktijk sprake kan zijn van een behoorlijke spreiding van klachten doet hier weinig aan af. Vooral daar waar er sprake is van ernstiger vormen van een aanpassingsstoornis, kan de alternatieve diagnose depressie of angststoornis gerechtvaardigd zijn. Wellicht treden als gevolg van deze maatregel verschuivingen in indicatiestelling op. Het is evenwel aan de professionals in de praktijk om op basis van een adequate inschatting van ernst van klachten in individuele gevallen steeds een zorgvuldige diagnose te stellen. Wanneer een ggz-professional de diagnose aanpassingsstoornis stelt, kan een patiënt ervoor kiezen om op eigen kosten een behandeling te ondergaan. Mogelijk zijn de kosten ook gedekt door een eventuele aanvullende verzekering. Met de verwijdering van de behandeling voor een aanpassingsstoornis uit het pakket heeft het kabinet er voor gekozen om deze behandeling niet meer collectief te vergoeden.

De bezuinigingen op het terrein van de fysiotherapie en oefentherapie zijn tweeledig. Ten eerste is het aantal behandelingen dat verzekerden van 18 jaar en ouder voor eigen rekening moeten nemen, verhoogd van twaalf naar twintig. In het Regeer- en Gedoogakkoord was al afgesproken per 2012 het aantal behandelingen fysiotherapie voor eigen rekening te verhogen van twaalf naar vijftien. De extra vijf behandelingen voor eigen rekening zijn nodig ter dekking van de uitgaven voor fysiotherapie en oefentherapie, die aanzienlijk hoger blijken dan voorzien. Het kabinet vindt deze maatregel verantwoord. Ten tweede is een aantal aandoeningen van de chronische lijst geschrapt omdat het CVZ heeft geconstateerd dat fysiotherapie en oefentherapie ingeval van deze aandoeningen niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.

De tot nu toe geldende aanspraak op dieetadvisering was beperkt tot vier uren op jaarbasis. Met het schrappen van deze te verzekeren prestatie zullen de kosten hiervan voor eigen rekening komen of eventueel ten laste van een aanvullende verzekering. Omdat de te verzekerde prestatie al beperkt was, acht het kabinet deze maatregel acceptabel. Overigens blijft dieetadvisering onderdeel van de te verzekeren prestaties als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg ingeval van een chronische obstructieve longziekte, diabetes of een cardiovasculair risico. Verder is het zo dat als onderdeel van de behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening de behandelaar advies kan geven over het bij de aandoening gewenste eetpatroon, met bijvoorbeeld het advies bepaalde voeding te vermijden, niet te vet te eten, enzovoort. Dan is er geen sprake van dieetadvisering zoals diëtisten plegen te bieden, maar van meer algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten. Die valt onder zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten plegen te bieden en blijft ook vanaf 1 januari 2012 verzekerde zorg¹.

Wat betreft het ondersteunen bij het stoppen met roken is het kabinet van mening dat dit geen zaak is die collectief gefinancierd moet worden. Dit is een zaak die tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 347.

behoort. Er is ook geen financiële drempel om te stoppen; rokers die stoppen met roken sparen geld uit en kunnen van het bespaarde geld zelf het stoppen met roken betalen. Daar hoeven andere verzekerden niet aan mee te betalen. Rokers die stoppen met roken sparen niet alleen geld uit, maar gaan er ook in gezondheid op vooruit. Deze beide voordelen zijn naar de mening van het kabinet voldoende prikkel voor de eigen verantwoordelijkheid. Overigens wordt na het schrappen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket de situatie hersteld zoals het CVZ die op 30 juni 2008 heeft «geduid»¹. Dat betekent dat nog wel voor vergoeding in aanmerking komen:

- korte stopadviezen die huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen geven als onderdeel van hun gebruikelijke zorgcontacten;
- intensievere vormen van begeleiding door bovengenoemde zorgverleners, die gericht zijn op gedragsverandering.

Naar de mening van het kabinet zijn de hiervoor genoemde bezuinigingen, maatregelen die niet leiden tot onverantwoorde neveneffecten.

De maatregelen worden hierna in de artikelsgewijze toelichting verder toegelicht.

1.3. Financiële gevolgen

De maatregelen hebben in 2012 de volgende financiële gevolgen.

1. De voorwaardelijke toelating heeft geen financiële gevolgen omdat deze in 2012 alleen gericht is op behandeling met dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen alsmede op injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten die al ten laste van de Zvw komen.

2. De geraamde opbrengst van het verlagen van het aantal zittingen elp-zorg van acht naar vijf per jaar bedraagt: € 10 miljoen.

3. De geraamde opbrengst van het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen bedraagt € 83 miljoen.

4. De geraamde opbrengst van de in te voeren eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz bedraagt: € 143 miljoen.

5. De geraamde opbrengst van het pas vergoeden van fysiotherapie- en oefentherapiebehandelingen bij meer dan twintig behandelingen per aandoening bedraagt: € 80 miljoen.

6. De geraamde opbrengst van het schrappen van aandoeningen van de lijst fysio- en oefentherapie bedraagt: € 44 miljoen.

7. De geraamde opbrengst van het verwijderen van dieetadvisering uit het pakket bedraagt: € 42 miljoen.

8. De geraamde opbrengst van het verwijderen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket bedraagt: € 20 miljoen.

9. De geraamde opbrengst van de in te voeren eigen bijdrage voor verblijf die noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz bedraagt: € 11 miljoen.

Het gaat hier om netto-opbrengsten waarbij rekening is gehouden met eventuele uitvoeringskosten.

Er zijn overigens meer maatregelen per 1 januari 2012 voorzien die betrekking hebben op het pakket. Omdat deze maatregelen niet leiden tot wijziging van het Besluit zorgverzekering zijn de besparingen als gevolg hiervan niet in deze paragraaf genoemd.

1.4. Inkomensgevolgen

De invoering van of verhoging van eigen bijdragen leidt tot een daling van het besteedbaar inkomen voor verzekerden die gebruik maken van deze typen zorg. Een enkeling zal hierin reden zien geen gebruik meer te

¹ Uitgave CVZ, publicatienummer: 262.

maken van dit type zorg met als gevolg dat het inkomenseffect bij zo'n persoon niet optreedt.

Ook bij de beperkingen van het basispakket zullen inkomenseffecten optreden. Bij beperking van het basispakket geldt enerzijds dat de door een verzekerde gemaakte kosten voor de zorg leiden tot een daling van het besteedbaar inkomen. Dit effect treedt ook op als de verzekerde daarvoor een aanvullende verzekering sluit. Anderzijds zullen de eigen betalingen in het kader van het eigen risico voor sommige verzekerden afnemen bij bepaalde typen zorg. Ten slotte zal een deel van de verzekerden afzien van de zorg.

Pakketbeperkingen en het invoeren van eigen bijdragen leiden er toe dat minder zorgkosten hoeven te worden gedekt door premies voor de zorgverzekering. Dit heeft een positief effect op het besteedbaar inkomen van alle verzekerden. Het saldo-effect is afhankelijk van het daadwerkelijke zorggebruik.

1.5. Administratieve lasten

Het bij ministeriële regeling regelen van een eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz kan leiden tot extra administratieve lasten voor de burger en de zorgverzekeraar.

Afhankelijk van de vraag of de aanbieder de kosten bij de verzekerde in rekening brengt of rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gaat de inning als volgt.

Bij een restitutiepolis kan het zijn dat de zorgaanbieder de kosten van zorg in rekening brengt bij de verzekerde. De verzekerde declareert de rekening bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar restitueert de kosten volgens de polisvoorwaarden, verminderd met de eigen bijdrage. In deze situatie komen de extra administratieve lasten bij de zorgverzekeraar te liggen.

Bij een naturapolis declareert de zorgaanbieder de kosten van zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. In dat geval betaalt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder en brengt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage in rekening bij de verzekerde. In deze situatie zijn er extra lasten voor zowel de verzekerde als de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar kan met de zorgaanbieder afspreken dat de zorgaanbieder de eigen bijdrage int en de overige kosten bij de zorgverzekeraar in rekening brengt. In dat geval zijn er ook lasten voor de zorgaanbieder, maar volgen die uit de afspraak met de zorgverzekeraar en niet uit dit besluit.

Ongeveer 550 000 volwassen verzekerden maken gebruik van de tweedelijns-ggz. Als er sprake is van een restitutiepolis zijn er geen extra administratieve lasten voor de verzekerde. Als er sprake is van een naturapolis, krijgt de verzekerde een rekening voor de eigen bijdrage. Ongeveer 60% van de verzekerden heeft een naturapolis. Of hij extra administratieve lasten krijgt en welke, hangt af hoe hij het (privaatrechtelijk) afgesproken heeft met zijn zorgverzekeraar. Soms zal de betaling samenlopen met de premiebetaling, soms met het eigen risico, soms gaat het via automatische incasso, soms met een acceptgiro en soms maakt hij het zelf over, veelal via elektronisch bankieren. In het algemeen bieden zorgverzekeraars een systeem aan dat verzekerden weinig moeite kost en dat bij verzekerden tot de minste lasten leidt. Er vanuit gaande dat ongeveer 10% van de verzekerden extra handelingen moet verrichten van gemiddeld vijf minuten, gaat het in totaal om 4600 uur extra lasten.

Voor het overige volgen uit dit besluit geen administratieve lasten voor burgers.

2. Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A, en artikel II

Het kabinet acht het stringenter beheer van het verzekerde pakket van essentieel belang. Dit stringenter pakketbeheer heeft zowel betrekking op behandelmethoden die al tot het verzekerde pakket behoren maar waarvan de werkzaamheid en effectiviteit ter discussie zijn komen te staan, als op de toelating van innovatieve behandelmethoden. Met het oog op dit stringenter pakketbeheer is in het Regeer- en Gedoogakkoord afgesproken dat verouderde behandelmethoden, die niet voldoen of niet langer voldoen aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid, uit het basispakket worden verwijderd. Daarnaast zal over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden besloten op basis van de hiervoor genoemde pakketcriteria. Bij het uiteindelijk verwijderen, respectievelijk toelaten van behandelmethoden zal toetsing aan de stand van wetenschap en praktijk en aan de vier pakketcriteria een doorslaggevende rol spelen. Hiertoe is het CVZ bezig met een uitvoeringstoets stringent pakketbeheer die eind dit jaar zal worden opgeleverd¹.

Voorwaardelijke toelating kan een goed instrument zijn om duidelijkheid te verkrijgen over het al dan niet effectief zijn van mogelijk verouderde behandelmethoden, maar ook om te kunnen beslissen over de toelating van nieuwe behandelmethoden. Voorwaardelijke toelating wordt in 2012 gestart als pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatie technieken bij chronische specifieke lage rugklachten. De verdere inbedding van het instrument voorwaardelijke toelating in latere jaren hangt af van het totaalpakket aan maatregelen, dat genomen wordt inzake het stringent pakketbeheer, de conclusies die getrokken worden uit de pilot en aan randvoorwaarden, zoals passend binnen het financieel kader.

Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009², het Pakketadvies 2010³ en het Pakketadvies 2011⁴ geadviseerd om jaarlijks vast te stellen of zorg in aanmerking komt voor voorwaardelijke toelating. Het gaat daarbij om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Deze zorg voldoet dan niet meer of nog niet aan het criterium «stand van de wetenschap en praktijk».

Voorwaardelijke toelating kan niet alleen ingezet worden voor nieuwe behandelmethoden die nog geen deel uitmaken van het pakket, ook voor bestaande zorg die in het pakket zit maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan, kan voorwaardelijke toelating worden gebruikt.

Voorwaardelijke toelating dient er toe de zorg ten laste van de zorgverzekering te laten komen gedurende een periode van maximaal vier jaar. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen. Voorwaardelijke toelating kan ook leiden tot een beslissing om een bepaalde behandelmethode in zijn geheel uit het verzekerde pakket te verwijderen, dan wel tot aanscherping in de aanspraken van de indicatievoorwaarden voor een behandelmethode. Bij volledige uitstroom uit het verzekerde pakket of aanscherping van indicatievoorwaarden hebben de zorgverzekeraars als taak er op toe te zien dat dit in de praktijk ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit past in het kabinetsbeleid dat zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) meer aandacht moeten besteden aan de toetsing op rechtmatigheid van de vergoeding voor verleende zorg.

Over de inpassing van dit instrument in de AWBZ wordt in 2012 besloten.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 318.

² Uitgave CVZ, publicatienummer: 283.

³ Uitgave CVZ, publicatienummer: 285.

⁴ Uitgave CVZ, publicatienummer: 296.

Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009 verschillende opties genoemd, te weten voorwaardelijke toelating vanuit de basisverzekering, subsidie vanuit de Zvw/AWBZ of subsidie vanuit de Rijksbegroting. Het CVZ spreekt in dat rapport de voorkeur uit voor subsidie vanuit Zvw/AWBZ. Daarvoor is echter niet gekozen.

Subsidieregelingen op het terrein van zorg worden in de praktijk als belastend en complex in de uitvoering ervaren. Bovendien sluiten ze niet aan op de gebruikelijke wijze van financiering. Daarbij hebben subsidieregelingen veelal als (neven)effect dat ze vooral als verantwoordelijkheid van de overheid worden gezien, waardoor de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf minder wordt.

Vernieuwing van zorg en uitvoering van het verzekerde pakket zijn niet alleen de verantwoordelijkheid van de minister en het CVZ. Naast de minister en het CVZ ligt hier ook een duidelijke verantwoordelijkheid bij het veld. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn samen met patiëntenorganisaties in staat, door het maken van gerichte afspraken, te bereiken dat de juiste gegevens beschikbaar komen zodat een oordeel over de effectiviteit van de zorg op een goede wijze kan worden gevormd.

Met voorwaardelijke toelating worden veldpartijen ertoe aangezet om mee te werken aan het noodzakelijk onderzoek ten einde bewijs voor werkzaamheid en effectiviteit te verzamelen. Indien veldpartijen hun verantwoordelijkheid niet oppakken en niet in staat zijn om tot afspraken te komen voor het verkrijgen van voldoende gegevens om de werkzaamheid en effectiviteit van een bepaalde zorgvorm te kunnen beoordelen, kan er geen sprake van zijn dat die betreffende zorgvorm voor voorwaardelijke toelating tot het pakket in aanmerking komt. Dit moet de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende prikkel geven hun verantwoordelijkheid op dit punt te nemen.

Indien besloten wordt tot continuering en bredere toepassing van het instrument voorwaardelijke toelating zal het kabinet op basis van het pakketadvies van het CVZ jaarlijks bezien of, en zo ja, voor welke interventies het komende verzekeringsjaar met voorwaardelijke toelating zal worden gestart. Het CVZ zal bij zijn voorstellen voor voorwaardelijke toelating per afzonderlijk voorstel een raming van het financieel beslag geven. Aan de hand daarvan kan bezien worden of een voorstel voor voorwaardelijke toelating in het Budgettair Kader Zorg is in te passen. Dit betekent dat er een hoofdbesluitmoment is waarbij tegelijkertijd de financiële ruimte wordt getoetst. Dit gebeurt jaarlijks bij de voorjaarsbesluitvorming over de financiële ruimte voor het komende jaar.

Het CVZ zal een belangrijke rol vervullen bij het onderzoeksvoorstel en het opzetten daarvan. Van belang is immers dat het uit te voeren onderzoek relevante gegevens oplevert, namelijk gegevens op basis waarvan het CVZ tot een beoordeling of een herbeoordeling kan komen en de minister daarover kan adviseren. De minister moet expliciet besluiten over de voorwaardelijke toelating en over de uiteindelijke uit- en instroom van zorg uit respectievelijk in het pakket. Er is dus geen sprake van een openeindregeling.

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

- de interventie is het experimentele stadium ontstegen;
- er bestaat duidelijkheid over de ontbrekende gegevens, bijvoorbeeld blijkend uit een systematische review;
- er is een conceptonderzoeksvoorstel op hoofdlijnen dat erop gericht is om binnen een termijn van maximaal vier jaar de vraag te kunnen beantwoorden of voldaan wordt aan het criterium «de stand van de wetenschap en praktijk»;
- er is een tarief of er zal worden voorzien in een tarief waarmee de

voorwaardelijk toe te laten zorg kan worden afgerekend;

- andere mogelijkheden om de zorg waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen, zijn niet mogelijk gebleken;
- er moet ruimte zijn binnen het Budgettaire kader zorg voor de voorwaardelijke toelating van de interventie.

Door wijziging van artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering is met ingang van 1 januari 2012 de mogelijkheid van voorwaardelijke toelating opgenomen. Daarmee is de bevoegdheid geregeld dat bij ministeriële regeling zorg of diensten kunnen worden aangewezen die niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Anders dan het Besluit zorgverzekering kende het Besluit zorgaanspraken AWBZ het criterium «stand van de wetenschap en praktijk» niet. Bij de pakketbeoordeling door het CVZ wordt dit criterium in feite wel gehanteerd. Daarom is dit criterium ook in het Besluit zorgaanspraken AWBZ opgenomen. Zoals hiervoor is aangegeven, wordt de voorwaardelijke toelating in de AWBZ niet per 1 januari 2012 geïntroduceerd.

In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ de volgende vier onderwerpen aangegeven om als pilot te dienen voor voorwaardelijke toelating per 2012:

- injectie- en denervatie technieken bij chronische specifieke lage rugklachten;
- renale denervatie bij therapieresistente hypertensie;
- bilateraal cochleair implantaat bij jonge kinderen met congenitale doofheid, en
- dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen.

Het voorstel van het CVZ om de injectie- en denervatietechnieken bij chronische specifieke lage rugklachten en dure en weesgeneesmiddelen per 2012 voorwaardelijk toe te laten, wordt overgenomen. Het gaat bij deze twee onderdelen om behandelingen en geneesmiddelen die al ten laste van de Zvw komen. Voorwaardelijke toelating hiervan legt daarom geen extra beslag op de beschikbare financiële ruimte en kan daarom zonder meerkosten plaatsvinden.

Die meerkosten zouden wel optreden bij voorwaardelijke toelating van de renale denervatie en bij het bilateraal cochleair implantaat. Gelet op de budgettaire krapte in de zorg is er voor deze twee voorstellen met ingang van 2012 geen financiële dekking.

Bij behandeling met dure geneesmiddelen gaat het om geneeskundige behandelingen als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. In dat geval betreft het geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Op dit moment vindt extra bekostiging van behandeling met dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen plaats op basis van een beleidsregel van de NZa. Het CVZ beoordeelt of behandeling met zo'n middel voor aanvullende bekostiging in aanmerking komt. Voorwaarde daarbij is dat er onderzoek plaatsvindt naar kosteneffectiviteit. De beleidsregel van de NZa vervalt. Voorwaardelijke toelating zal worden ingezet teneinde te bewerkstelligen dat de gewenste kosteneffectiviteitsgegevens gegenereerd worden. In een aantal gevallen is bij deze behandeling al sprake van reeds voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling zit dan automatisch in het pakket. Is dat het geval en is onderzoek naar kosteneffectiviteit gewenst om te beoordelen of definitieve handhaving in het pakket aangewezen is, dan kan gebruik gemaakt worden van de bevoegdheid in artikel 2.4, tweede lid, om vormen van geneeskundige zorg uit te sluiten. De desbetreffende zorg zou dan kunnen worden uitgesloten voor zover er geen sprake is van adequate voorwaarden en waarborgen voor onderzoek. Overigens kan het instrument ook ingezet worden voor andere medisch-specialistische zorg dan behandeling met geneesmiddelen. Het kan zich bijvoorbeeld voordoen dat er een duidelijke connectie bestaat tussen behandeling met

een duur geneesmiddel of weesgeneesmiddel en bepaalde diagnostiek, waardoor het in de rede ligt om zowel de behandeling met het geneesmiddel en de desbetreffende diagnostiek onder de voorwaardelijke toelating te brengen.

Over de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen is de Tweede Kamer geïnformeerd bij brief van 19 mei 2011¹.

Artikel I, onderdelen B en C

Met het wijzigen van artikel 2.4, eerste lid, aanhef en het laten vervallen van artikel 2.5b van het Besluit zorgverzekering is het stoppen-met-rokenprogramma, zoals dat in artikel 2.5b omschreven was, uit het basispakket geschrapt.

Voorts is het aantal zittingen elp-zorg per jaar gemaximeerd op vijf in plaats van acht.

Daarnaast is de bevoegdheid om bij ministeriële regeling geneeskundige zorg uit te sluiten uitgebreid. Deze bevoegdheid was beperkt tot zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Gezien de knellende financiële problematiek in de zorg is het aangewezen deze bevoegdheid uit te breiden tot alle geneeskundige zorg in artikel 2.4. Per 1 januari 2012 zal in ieder geval van deze bevoegdheid gebruik gemaakt worden door de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. De diagnose aanpassingsstoornis is een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijvoorbeeld ontslag of echtscheiding.

Verder is een bevoegdheid ingevoerd om, naast de eigen bijdrage voor elp-zorg, bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz in te voeren.

Voor de invulling van de maatregel zoals die in het Regeer- en Gedoogakkoord met betrekking tot de eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz is afgesproken, is gekozen voor invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Bij ministeriële regeling (Regeling zorgverzekering) zal de verschuldigde eigen bijdrage nader worden geregeld.

Artikel I, onderdeel D

Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening. Voor de duidelijkheid, het gaat niet om de eerste twintig per kalenderjaar maar om de eerste twintig behandelingen voor een aandoening die vermeld is op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat om twintig behandelingen per kalenderjaar.

Waar in artikel 2.6 het woord jaar stond, werd kalenderjaar bedoeld. Voor de duidelijkheid is het woord «jaar» daarom vervangen door het woord «kalenderjaar».

Met het wijzigen van het zevende lid van artikel 2.6 is de te verzekeren prestatie dieetadvisering beperkt tot dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte of diabetes of die een cardiovasculair risico heeft.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, 209.

Artikel I, onderdeel E

Met het toevoegen van een vierde lid aan artikel 2.10 is een bevoegdheid geregeld om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor verblijf in te voeren. Per 1 januari 2012 zal van deze bevoegdheid gebruik gemaakt worden voor het invoeren van een eigen bijdrage voor verzekeren van achttien jaar en ouder voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz. Het zal gaan om een nominaal bedrag van € 145 per maand vanaf de tweede maand van verblijf. Het bedrag van € 145 komt overeen met de eigen bijdrage die de laagste inkomensgroep bij verblijf in een AWBZ-instelling moet betalen indien er sprake is van één van de voorwaarden genoemd in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg. Anders dan de eigen bijdrage op grond van de AWBZ, is de eigen bijdrage onder de Zvw niet inkomensafhankelijk.

Een ggz-DBC bij behandeling met verblijf bestaat uit een behandelcomponent en een verblijfscomponent. Deze eigen bijdrage is voor de verblijfscomponent en komt bovenop de bijdrage voor de behandelcomponent.

Artikel I, onderdeel F

Het schrappen van aandoeningen van de lijst van aandoeningen ter behandeling waarvan langdurige fysio- of oefentherapie voor rekening van de zorgverzekering kan komen, strekt ter uitvoering van de afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord om in het kader van stringent pakketbeheer in 2012 een besparing van € 30 miljoen te realiseren. Het gaat om de lijst die is opgenomen in bijlage 1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.

Over de maatregelen die nodig zijn om de besparing van € 30 miljoen te halen, heeft het CVZ op 30 mei 2011, ZA/2011038756, geadviseerd. De onderhavige maatregel is één van die geadviseerde maatregelen¹.

Het beoordelen van de lijst van aandoeningen had het CVZ al in voorbereiding vanwege signalen over knelpunten in de toepassing van de lijst. Op de lange termijn zou mogelijk een ander systeem de voorkeur verdienen. Voor de korte termijn heeft het CVZ onderzoek laten verrichten naar de effectiviteit van langdurige fysio- en oefentherapie bij een aantal aandoeningen. Dit heeft geleid tot de aanbeveling de volgende aandoeningen van bijlage 1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering te schrappen:

Van onderdeel b de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:

- wervelfractuur als gevolg van osteoporose (subonderdeel 5°);
- reumatoïde artritis of chronische reuma (subonderdeel 8°);
- chronische artriden (subonderdeel 9°);
- spondylitis ankylopoëtica (morbus Bechterew) (subonderdeel 10°);
- reactieve artritis (subonderdeel 11°);
- juveniele idiopathische artritis (subonderdeel 12°),

Heel onderdeel c met cardinale aandoeningen, te weten:

- myocard-infarct (AMI);
- status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
- status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- status na hartklepoperatie;
- status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

¹ Uitgave CVZ, publicatienummer: 299.

Artikel III en artikel V

Het aantal van negen behandelingen in artikel 2, eerste lid, onderdeel f, subonderdelen 2° en 3°, van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten is gerelateerd aan het aantal, dat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het gaat om die verzekerden, die fysiotherapie of oefentherapie krijgen vanwege een aandoening die vermeld is op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Met ingang van 1 januari 2011 is het aantal niet vergoede behandelingen gewijzigd in twaalf en per 1 januari 2012 is dat gewijzigd in twintig. Dit betekent dat het criterium voor de tegemoetkoming hierop moet worden aangepast. Gekozen is voor een meer flexibele bepaling door dit aantal niet meer in artikel 2, eerste lid, onderdeel f, subonderdelen 2° en 3° te noemen, maar te bepalen dat dat aantal bij ministeriële regeling wordt genoemd.

De onderhavige wijziging werkt terug tot en met 1 januari 2011. De uitkering over het jaar 2011 vindt in het laatste kwartaal van 2012 plaats.

Artikel IV

In deze bepaling is overgangsrecht geregeld voor verzekerden die uiterlijk op 31 december 2011 voldoen aan de op dat moment geldende voorwaarde om in aanmerking te komen voor fysiotherapie of oefentherapie voor rekening van de zorgverzekering. Het gaat dan om mensen die uiterlijk op die datum twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering hebben gekregen. Zij hoeven vervolgens niet eerst nog acht behandelingen voor eigen rekening te nemen of ten laste van de aanvullende verzekering te laten komen. Eenzelfde overgangssituatie is door zorgverzekeraars gehanteerd toen het aantal behandelingen dat niet meer voor rekening van de zorgverzekering kwam per 1 januari 2011 verhoogd werd van negen naar twaalf. Er is voor gekozen dit nu expliciet te regelen.

De overgangsbepaling heeft geen betrekking op behandeling van een aandoening die van bijlage 1 is geschrapt. In dat geval is er geen recht meer, ook niet als de verzekerde al twaalf behandelingen heeft ontvangen. Met de zinsnede «en de aandoening ook na deze datum aanleiding kan zijn voor rekening van de zorgverzekering komende fysiotherapie of oefentherapie» is dat geregeld.

Ook voor het overige heeft het besluit onmiddellijke werking.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers