
355

Besluit van 5 september 2013, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van het zorgpakket Zwv 2014

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden,
Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport van 9 juli 2013, 130379-106514-Z;

Gelet op artikel 11, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;
De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van
31 juli 2013, no. W13.13.0248/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van 2 september 2013, 140797-108318-Z;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 2.4, eerste lid, vervalt, onder vervanging van de puntkomma
aan het slot van onderdeel c door een punt, onderdeel d.

B

Artikel 2.16 vervalt.

C

In artikel 2.16f wordt «artikelen 2.16, 2.16a» vervangen door: artikelen
2.16a.

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 26, zesde lid j° vijfde lid van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2014.

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

Wassenaar, 5 september 2013

Willem-Alexander

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

Uitgegeven de *zesentwintigste* september 2013

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

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

Met dit besluit is de in het Besluit zorgverzekering geregelde te verzekeren prestatie geestelijke gezondheidszorg (ggz) per 1 januari 2014 gewijzigd. De wijziging houdt in dat de beperking van het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg en de eigen bijdrage die voor die zorg per zitting en per internetbehandeltraject gold, zijn vervallen. De reden voor deze maatregel is de volgende.

Op 18 juni 2012 hebben vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties en de overheid het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014¹ ondertekend. In het bestuurlijk akkoord zijn onder meer afspraken gemaakt over het anders organiseren van de keten van de ggz. Doel daarvan is dat de zorg aan de patiënt adequaat en op de juiste plaats in de keten plaatsvindt. Dit wordt bereikt door het versterken van de huisartsenzorg, het onderverdelen van de ggz in een generalistische basis ggz en een gespecialiseerde ggz en het vervolgens verschuiven van patiëntenstromen van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz.

Onder de generalistische basis ggz valt onder meer wat voorheen als eerstelijnspsychologische zorg geregeld was.

De bedoeling van het versterken van de huisartsenzorg is dat een huisarts patiënten met psychische problematiek beter gaat herkennen, meer patiënten zelf gaat behandelen of patiënten gericht gaat verwijzen naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz.

Gebleken is dat 20% van de patiënten die momenteel binnen de specialistische ggz worden behandeld lichte en milde problematiek hebben. Behandeling van lichte en milde problematiek hoort echter thuis in de generalistische basis ggz.

Uit innovaties in de zorg is voorts gebleken dat het mogelijk is om meer patiënten met zwaardere psychische problematiek in de generalistische basis ggz te behandelen dan – gemiddeld gezien – tot nu toe gebeurt in de eerstelijnspsychologische zorg. Meer patiënten dan nu kunnen dus in de generalistische basis ggz behandeld worden. Om de behandeling in de generalistische basis ggz van patiënten bij wie de psychische problematiek in zwaarte verschilt, te bekostigen worden er vier zorgvraagzwaarteproducten ingevoerd. Met deze zorgvraagzwaarteproducten wordt het bieden van zorg binnen de generalistische basis ggz aan patiënten met zwaardere psychische problematiek dan gemiddeld genomen in de eerstelijnspsychologische zorg ondersteund.

In het bestuurlijk akkoord is verder afgesproken dat de ambulantisering van mensen die, al dan niet langdurig, in een kliniek zijn opgenomen, wordt voortgezet. In stabiele situaties kan een patiënt worden overgedragen aan de huisarts of de generalistische basis ggz.

Op 17 mei 2013 is aan de Eerste en de Tweede Kamer der Staten-Generaal op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg meegedeeld dat het voornemen bestaat aan de Nederlandse Zorgautoriteit een aanwijzing te geven om een prestatiebeschrijving op te stellen voor de vier zorgvraagzwaarteproducten in de generalistische basis ggz². In die brief is het parlement ook verder geïnformeerd over de stappen die aan de hand van de afspraken uit het bestuurlijk akkoord gezet zullen gaan worden.

¹ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 183.

² Kamerstukken II 2012/13, 25 424, nr. 211.

Voor de onderverdeling van de ggz in generalistische basis ggz en specialistische ggz hoeft het Besluit zorgverzekering niet aangepast te worden, omdat beide vormen van ggz vallen onder de in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omschreven «geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten (in casu psychiaters/zenuwartsen) die plegen te bieden».

Met het invoeren van de generalistische basis ggz is de eerstelijnspsychologische zorg zoals die tot de inwerkingtreding van dit besluit in het Besluit zorgverzekering was geregeld, niet langer een afzonderlijk te onderscheiden zorgprestatie binnen de ggz. Daarom zijn de bepalingen in het Besluit zorgverzekering die betrekking hebben op de eerstelijnspsychologische zorg met dit besluit vervallen. Het gaat hierbij om de beperking tot vijf zittingen per kalenderjaar en de eigen bijdrage per zitting. Los van deze meer juridisch technische argumentatie, zou handhaving van een beperking tot vijf zittingen en het moeten betalen van een eigen bijdrage daarvoor, de gewenste verschuiving van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz niet bevorderen. De gespecialiseerde ggz kent een dergelijke beperking in de omvang van de zorg en het verschuldigd zijn van een eigen bijdrage immers niet.

Met het vervallen van de eigen bijdrage is naar schatting € 30 miljoen gemoeid.

Deze derving van inkomsten zullen zorgverzekeraars in hun onderhandelingen met zorgaanbieders betrekken zodat dit per saldo vanaf 2014 ingepast wordt in het ggz-kader, zoals dat voor 2014 is afgesproken in het bestuurlijk akkoord. Deze inpassing in het ggz-kader per 1 januari 2014 betekent dat daarmee de dekking voor het afschaffen van de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologische zorg is geregeld. De Tweede Kamer is op 24 april 2013 over het vervallen van deze eigen bijdrage en de dekking daarvan geïnformeerd³.

In voornoemde brief van 17 mei 2013 is aangegeven welke maatregelen voorzien zijn indien partijen hun rol met betrekking tot de macrobudgettaire beheersing niet adequaat oppakken.

Ter uitvoering van de voorhangprocedure die is opgenomen in artikel 124 van de Zorgverzekeringswet, is het ontwerpbesluit op 7 juni 2013 aan beide Kamers der Staten-Generaal gezonden⁴.

2. Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

In artikel 2.4, eerste lid, onderdeel d, was de beperking van de eerstelijnspsychologische zorg tot vijf zittingen geregeld. Dit onderdeel is om de reden zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, komen te vervallen.

Onderdelen B en C

In artikel 2.16 was de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologische zorg per zitting en per internetbehandeltraject geregeld. Deze bepaling is om de reden zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, komen te vervallen.

³ Kamerstukken II 2012/13, 25 424, nr. 205.

⁴ Kamerstukken II 2012/13, 25 424, nr. 212.

Artikel II

Deze bepaling regelt dat dit besluit per 1 januari 2014 in werking treedt.

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