

Vergaderjaar 2009–2010

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 303**

Ontvangen ter Griffie van de Tweede kamer op 21 juni 2010.

De voordracht voor de vast te stellen algemene maatregel van bestuur kan niet eerder worden gedaan dan op 19 juli 2010.

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 juni 2010

Hierbij zend ik u een ontwerpbesluit, houdende wijziging van Besluit zorgverzekering, het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG, het Besluit zorgaanspaken AWBZ, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg in verband met diverse maatregelen 2011.<sup>1</sup>

De voorlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure (artikel 124 van de Zorgverzekeringswet), en biedt uw Kamer de mogelijkheid zich uit te spreken over artikel I van het ontwerpbesluit voordat het aan de Raad van State zal worden voorgelegd en vervolgens zal worden vastgesteld.

Op grond van de aangehaalde bepaling geschiedt de voordracht aan de Koningin ter verkrijging van het advies van de Raad van State over het ontwerpbesluit niet eerder dan vier weken nadat het ontwerpbesluit aan beide Kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

De financiële overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg bleken over 2009 en 2010 aanzienlijk groter dan verwacht. De maatregelen die genomen moeten worden om deze overschrijdingen de komende jaren te compenseren, zijn ingrijpend. Juist vanwege dit ingrijpende karakter van de compenserende maatregelen, is de voorbereiding voor de besluitvorming over de maatregelen complex geweest.

Om deze reden was het niet mogelijk het onderhavige ontwerpbesluit op een eerder tijdstip aan uw Kamer over te leggen en is het niet mogelijk om driekwart van de voorhangtermijn buiten het reces van de Tweede Kamer te laten vallen. Daarom wordt gebruik gemaakt van de bevoegdheid om van deze driekwartregel af te wijken. Begin juli moet aan zorgverzekeraars duidelijkheid gegeven kunnen worden over de wijzigingen in de zorgverzekeringen voor het komende jaar. Dat is bij de invoering van de Zorgverzekeringswet met zorgverzekeraars afgesproken. Zij moeten de aangepaste modelovereenkomsten voor 2011 uiterlijk op

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1 augustus 2010 ter toetsing aan de Nederlandse Zorgautoriteit voorleggen.

Het ontwerpbesluit strekt ertoe het Besluit zorgverzekering te wijzigen. Daarnaast wijzigt het ontwerpbesluit nog een aantal andere besluiten waarop de wettelijke voorhangprocedure van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet geen betrekking heeft.

De wijzigingen van het Besluit zorgverzekering houden het volgende in.

1. Het invoeren van de bevoegdheid om eigen bijdragen te regelen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.
2. Het regelen dat de eerste twaalf behandelingen fysiotherapie en oefentherapie ter behandeling van een chronische aandoening als bedoeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (voor zover het gaat om verzekerden van achttien jaar of ouder) niet in het pakket van de zorgverzekering (verder te noemen: basispakket) zitten. Tot de inwerkingtreding van dit besluit zijn dat de eerste negen behandelingen per aandoening.
3. Het invoeren van de bevoegdheid om per 1 januari 2011 eigen bijdragen in te voeren voor logopedie, ergotherapie en dieetadviesring.
4. Het expliciet regelen dat farmaceutische zorg die ten laste van het basispakket komt, ook omvat het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.
5. Het, in verband met «stepped care», uitbreiden van de fysiotherapie die in het basispakket zit, met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
6. Het verlagen van de leeftijdsgrens voor de in het basispakket opgenomen mondzorg voor jeugdigen naar achttien jaar (was tweeëntwintig jaar).
7. Het van het basispakket uitsluiten van de extracties als onderdeel van de tandheelkundige chirurgische hulp van specialistische aard, tenzij deze extracties deel uitmaken van een tandheelkundig specialistisch behandelplan.
8. Het om technische redenen aanpassen van de artikelen 2.8, eerste lid, aanhef, artikel 2.17, eerste lid, aanhef, artikel 2.19 en 3a.3, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.
9. Het onder het verplicht eigen risico brengen van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, indien deze zorg deel uitmaakt van ketenzorg voor chronische aandoeningen.
10. Het van het verplicht eigen risico uitsluiten van de nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen.
11. Het om technische redenen aanpassen van de voorwaarden voor de compensatie van het verplicht eigen risico.
12. Het regelen dat voor gewezen militairen de relevante zorgkosten voor de compensatie eigen risico die werden vergoed op grond van de ziektekostenregeling voor militairen, meetellen voor het recht op compensatie.

De maatregelen gericht op de eigen bijdragen en op het verkleinen van het basispakket zijn nodig vanwege overschrijdingen in het Budgettair Kader Zorg.

Met de onder de punten 5 en 6 genoemde maatregelen is tevens uitvoering gegeven aan onderdelen van het Pakketadvies 2010 van College voor zorgverzekeringen (CVZ) die leiden tot wijziging van het Besluit zorgverzekering.

Het Pakketadvies 2010 en het daarbij behorende deelrapport Hulpmidde-

lenzorg 2010 treft u bijgaand aan.<sup>1</sup>

In de bijlage bij deze brief ga ik nader in op het Pakketadvies en het deelrapport.

Er wordt gestreefd naar inwerkingtreding van het ontwerpbesluit met ingang van 1 januari 2011.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## **Bijlage**

### **1. Inleiding**

Het CVZ heeft met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 de wettelijke taak van het pakketbeheer gekregen. Uit dien hoofde adviseert het CVZ jaarlijks in het voorjaar over het pakket van verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Het Pakketadvies 2010 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg heeft het CVZ op 2 april 2010 aan mij aangeboden.

Het Pakketadvies 2010 van het CVZ is een bundeling van nieuwe en al uitgebrachte adviezen en standpunten op het terrein van de Zvw en de AWBZ. In deze bijlage wordt niet ingegaan op de al geïmplementeerde adviezen en standpunten.

In 2010 besteedt het CVZ expliciet aandacht aan het bevorderen van gepast gebruik (stepped care) en de rol die de verschillende partijen daarbij (kunnen) vervullen. Aan de hand van een aantal voorbeelden maakt het CVZ duidelijk dat met gepast gebruik aanzienlijke efficiency-winst is te bereiken.

Met het innemen van een standpunt bepaalt het CVZ of een zorgvorm voldoet aan de wettelijke criteria zoals «stand van de wetenschap en praktijk» en «plegen te bieden». Omdat een standpunt niet leidt tot aanpassing van regelgeving op grond van de Zvw of AWBZ is geen verdere besluitvorming nodig over de vraag of de desbetreffende zorgvorm wel of niet in het pakket zit.

Bij adviezen ligt dit anders. Het CVZ kan gevraagd en ongevraagd adviseren over de aard, inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Het besluit om deze adviezen al dan niet te volgen, is voorbehouden aan het kabinet.

Naast de hiervoor bedoelde adviezen en standpunten heeft het CVZ ook dit jaar adviezen uitgebracht om de zorgverzekeringen te kunnen laten functioneren zoals beoogd, de zogenoemde systeemadviezen.

### **2. Stepped care**

Stepped care, zo stelt het CVZ, is een goed voorbeeld van gepast gebruik. Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie. Het CVZ merkt op dat niet alle zorgvragen zich lenen voor een stepped care benadering. Zorg die geleverd wordt, varieert, afhankelijk van de ernst of het stadium van de aandoening, van beperkt tot ingrijpend. Voor veel aandoeningen is stepped care goed mogelijk en is dit principe ook uitgewerkt in richtlijnen.

Het CVZ beschrijft in het pakketadvies in een aantal casussen hoe op diverse terreinen stepped care al toegepast wordt, of waar verbetering mogelijk is. Door het hele spectrum van de zorg heen zijn talloze verbeteringen denkbaar op het gebied van stepped care en doelmatig handelen. Iedere verbetering leidt op zich tot een wellicht slechts beperkte winst, maar alles tezamen kan een aanzienlijke doelmatigheidswinst opleveren, zo geeft het CVZ aan.

Een van de vermelde casussen betreft bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Het CVZ stelt dat in de richtlijn urine-incontinentie (2004) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) bekkenbodetraining door een gespecialiseerde fysiotherapeut

wordt aanbevolen als primaire behandeling. Deze stepped care behandeling wordt niet ondersteund vanuit het basispakket, omdat deze fysiotherapie geen deel uitmaakt van het basispakket.

In 2006 heeft het CVZ geadviseerd om de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie op te nemen in het basispakket. Het CVZ concludeerde dat andere interventies (geneesmiddelen, operaties en opvangmateriaal) wel in het basispakket zitten, maar bekkenfysiotherapie als de eerst aangewezen behandeling niet. Toevoeging van de eerste negen fysiotherapie behandelingen aan het basispakket, gecombineerd met de daaropvolgende afname van gebruik van incontinentiemateriaal gedurende vijf jaar, leidt tot een netto besparing van € 2 miljoen per jaar. Daarnaast neemt ook de kwaliteit van leven van de patiënten toe.

Het kabinet heeft besloten het advies van het CVZ over te nemen en het basispakket uit te breiden met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

### **3. Uit- en instroomadviezen**

#### *3.1 Uitstroomadviezen*

In het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ geadviseerd de volgende zorgvormen niet langer aan te merken als een te verzekeren prestatie, dan wel alleen onder bepaalde voorwaarden te vergoeden:

- zorg voor het voorbehoeden van zwangerschap en anticonceptieve middelen;
- eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen;
- mondzorg 18–22 jarigen.

#### *Voorbehoeden van zwangerschap en anticonceptieve middelen*

Het CVZ adviseert voor alle leeftijdsgroepen uitstroom van de zorg en middelen voor voorbehoeding van zwangerschap en tevens uitstroom van alle anticonceptiva voorgeschreven op medische indicatie. Het CVZ is van mening dat deze zorg en middelen niet ten laste van de zorgverzekering moeten komen.

Vanwege de overschrijdingen in het Budgettair Kader Zorg heeft het kabinet besloten de vergoeding van anticonceptiva te beperken. Alleen verzekerden tot de leeftijd van eenentwintig jaar hebben straks recht op deze middelen ten laste van het basispakket.

#### *Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen*

Het CVZ heeft geadviseerd om de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, met uitzondering van de blindentaststokken en loopwagens, uit te laten stromen als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. Tevens adviseert het CVZ de vierpootwandelstokken, looprekken, rollators en krukken uit te sluiten van het recht op zorg in het kader van de AWBZ (uitleen).

Dit advies neemt het kabinet over.

#### *Mondzorg 18–22 jarigen*

Het CVZ heeft beoordeeld of het recht op mondzorg voor verzekerden van achttien- tot tweeëntwintigjarigen past binnen de uitgangspunten van het pakketbeheer en de gewenste eigen verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid. Uit onderzoeken die het CVZ heeft laten uitvoeren, is gebleken dat er geen aanleiding is tot bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van achttien tot tweeëntwintig jaar en dat er niet gesproken kan worden van een ziektelast die een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt. Het CVZ komt tot de

conclusie dat er op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid geen aanleiding is mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarigen te rekenen tot de te verzekeren prestaties. Om die reden adviseert het CVZ het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar.

Dit advies neemt het kabinet over.

### *3.2 Instroomadviezen*

Het CVZ heeft geen adviezen tot instroom gedaan. Wel leidt het overnemen van het advies over bekkenfysiotherapie tot instroom in het basispakket. Op deze uitbreiding ben ik hiervoor ingegaan.

## **4. Systeemadviezen**

Het CVZ heeft met het Pakketadvies 2010 en het daarbij behorende deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 systeemadviezen uitgebracht die betrekking hebben op het functiegericht omschrijven van een aantal hulpmiddelen. Het functiegericht omschrijven van hulpmiddelenzorg houdt dat in plaats van een limitatieve opsomming van hulpmiddelen die in het basispakket zitten, tot een globalere omschrijving van de hulpmiddelenzorg wordt overgegaan met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap. Het overgaan op het functiegericht omschrijven van hulpmiddelenzorg gebeurt stapsgewijs. Per 1 januari 2009 zijn de orthesen, oogprothesen en gezichtshulpmiddelen functiegericht omschreven en per 1 januari 2010 de prothesen en de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel.

Het CVZ adviseert per 1 januari 2011 invoering van:

- het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie;
- het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van urinelozing en defecatie;
- het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem;
- het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel.

Het CVZ adviseert tegelijkertijd met het invoeren van de functiegericht omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, de maximum vergoedingslimieten voor hoortoestellen af te schaffen en de indicatiecriteria hiervoor te wijzigen zodat ook bij eenzijdige slechthorendheid aanspraak op een hoortoestel bestaat. Het CVZ berekent de meerkosten van de verruiming van de indicatiecriteria op € 2,3 miljoen per jaar. De afschaffing van de vergoedingslimieten leidt naar verwachting tot een bedrag van € 28 tot € 77 miljoen aan meerkosten op jaarbasis. Gelet op deze meerkosten, heeft het kabinet besloten deze aanbevelingen van het CVZ niet over te nemen omdat daarvoor geen financiële ruimte is. Dit houdt ook in dat het kabinet niet de aanbeveling overneemt om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven. Wel neemt het kabinet de aanbeveling over om per 1 januari 2011 de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van urinelozing en defecatie, de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in het hematologisch systeem en de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de bloedsuikerspiegel functiegericht te omschrijven.

Met betrekking tot de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zal ik het CVZ vragen de financiële effecten van een afschaffing van de vergoedingslimieten nader in kaart te brengen. Dit betekent nader onderzoek naar prijsontwikkelingen en het beter in kaart brengen van de batenkant. Op basis van deze gegevens kan bezien

worden of het wenselijk is in een later jaar over te gaan op het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, onder afschaffing van de vergoedingslimieten en verruiming van de indicatiecriteria. Ik acht dit zinvol omdat nader onderzoek duidelijk kan maken of een meer flexibele omschrijving van deze hulpmiddelen ook kan bijdragen aan een doelmatiger gebruik daarvan en zo kan leiden tot besparingen.