

Wijziging Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet en Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 december 2004, nr. Z/VU-2545226, tot wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet en van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden in verband met het beperken van de aanspraak op medisch-specialistische zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op de artikelen 12, vierde lid, en 13, vijfde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en de artikelen 8, tweede lid, en 9a, tweede lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden;

Besluit:

Artikel 1

De Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet¹ wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2 komt te luiden:

Artikel 2

1. Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

2. De in het eerste lid bedoelde behandelingen omvatten niet:

- behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan bedoeld in het eerste lid, onderdeel c;
- abdominoplastiek en liposuctie van de buik;

- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onderdeel c bedoelde behandeling.

B

Artikel 5 komt te luiden:

Artikel 5

Medisch-specialistische zorg omvat niet:

- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde;
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de onder b bedoelde behandeling;
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde.

Artikel II

Artikel 10, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden² wordt gewijzigd als volgt:

- De punt aan het slot van onderdeel c wordt vervangen door een puntkomma.
- Na onderdeel c worden drie onderdelen toegevoegd, luidende:
- de kosten van behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde;
- de kosten van behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- de kosten van behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde.

Artikel III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2005.

Deze regeling wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst.*

¹ Stcrt. 1999, 235; laatstelijk gewijzigd bij ministeriële regeling van 2 april 2004, Z/VU-2471382 (Stcrt. 73).

² Stcrt. 1986, 61; laatstelijk gewijzigd bij ministeriële regeling van 24 mei 2004, Z/VU-2484169 (Stcrt. 100).

Toelichting

1. Algemeen

Bij het aanbieden van de rijksbegroting voor 2005 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft de regering de voorgenomen beleidsmaatregelen voor 2005 gepresenteerd. Ook de begroting

2005 staat voor een belangrijk deel in het licht van de budgettaire problematiek. De zorgsector zal in 2005 zonder ombuigingsmaatregelen meer kosten dan de beschikbare financiële kaders toestaan. Het feit dat de zorg een van de sectoren is waar de overschrijdingen omvangrijk zijn, heeft ook een belangrijke rol gespeeld bij het besluit tot ombuigingen. Ombuigingsmaatregelen zijn eveneens noodzakelijk om op langere termijn een betaalbaar systeem van gezondheidszorg in stand te kunnen houden.

Tot de ombuigingsmaatregelen waar toe bij de begroting 2005 is besloten, behoren een aantal pakketbeperkingen op het terrein van de curatieve zorg die per 1 januari 2005 in het ziekenfondspakket en het vergoedingenpakket op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering 1998 (Wtz 1998) worden doorgevoerd.

De pakketmaatregelen in de curatieve zorg zijn gericht op behandelingen die voldoen aan de volgende criteria:

- behandelingen die niet tot geneeskundige behandeling strekken en die ook geen erkend preventief doel dienen;
- behandelingen die een onverklaarbare grote variatiebreedte hebben;
- behandelingen die in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk zijn;
- behandelingen die voorzienbaar noodzakelijk zijn om een behandeling behorende tot categorie c ongedaan te maken of die voorzienbaar voortvloeien uit een eerdere behandeling behorende tot categorie c.

Met toepassing van deze criteria is besloten per 1 januari 2005 de volgende behandelingen uit het pakket te verwijderen:

- uvuloplastiek als behandeling bij snurken. Deze behandeling voldoet aan criterium a.
- behandeling voor correctie van verslapte of verlamde bovenoogleden. Deze behandeling voldoet aan criterium b.
- behandeling voor correctie van de oorstand. Deze behandeling voldoet aan criterium b.
- behandeling voor correctie van de buikwand (vetschortoperatie). Deze behandeling valt onder criterium c.
- behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het gaat hierbij ook om operaties ter vervanging van borstprothesen anders dan na een het implanteren van dergelijke prothesen na een gedeeltelijk

ke borstamputatie. Deze behandelingen vallen onder criterium c. – hersteloperaties na sterilisatie van man of vrouw. Deze behandelingen vallen onder criterium d.

Door deze pakketopschoning wordt de betaalbaarheid van de medisch noodzakelijke zorg bevorderd. Ook los van de huidige budgettaire problematiek acht ik een geregelde opschoning van het verzekerde pakket aangewezen. Door medisch-technologische ontwikkelingen komen er steeds nieuwe behandelingen beschikbaar. Zo'n geregelde pakketopschoning draagt ertoe bij dat deze nieuwe behandelingen in het verzekerde pakket kunnen worden opgenomen en het verzekerde pakket aan zorg bij de tijd blijft.

Met deze pakketmaatregelen worden, behalve de behandelingen met een primair cosmetisch doel die al van het pakket waren uitgesloten, in een aantal gevallen ook behandelingen van vergoeding uitgesloten die een geneeskundig doel hebben. In het bijzonder de toepassing van de criteria b en c heeft deze consequentie. Desondanks heb ik hiervoor gekozen omdat het hanteren van een onderscheid medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk, aanleiding zou kunnen zijn voor oneigenlijke of niet-aannemelijke argumentaties om te bereiken dat de behandeling toch door de verzekering vergoed wordt. Dat zou in de praktijk tot toename van het aantal bezwaar- en beroepsprocedures leiden en tot veel extra werk. Om diezelfde reden heb ik dit onderscheid medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk ook niet gemaakt bij het schrappen van de sterilisaties uit het verzekerde pakket per 1 juni 2004.

Over de voorgenomen maatregelen heb ik op 11 oktober 2004 aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een uitvoeringstoets gevraagd. In zijn toets van 2 december 2004 geeft het CVZ aan het een goede zaak te vinden dat de hersteloperaties na sterilisaties uit het pakket worden verwijderd. Omdat de sterilisaties per 1 juni 2004 uit het pakket zijn gehaald, is het onlogisch de hersteloperaties nog wel te vergoeden. Belangrijker is echter dat het CVZ, net als ik, geen verband ziet tussen medisch noodzakelijke zorg en een hersteloperatie na een sterilisatie en deze ingreep daarmee volledig tot de eigen verantwoordelijkheid van burgers rekent.

Het CVZ wijst in zijn toets voorts op enkele uitvoeringstechnische aspecten van de maatregelen.

Het CVZ stelt om bestuurlijke en juridische redenen een beperkte overgangsregeling voor. Dit voorstel houdt in dat verzekerden die tot en met 21 september 2004 – de officiële bekendmaking van de maatregelen met de begroting 2005 – een schriftelijke aanvraag voor de behandeling bij hun ziekenfonds hebben ingediend en toestemming van hun zie-

kenfonds ontvangen, de behandeling vergoed krijgen ook al vindt de ingreep na 31 december 2004 plaats. Het CVZ wijst er in dit verband ook op dat zo'n overgangsregeling het aantal bezwaaren beroepsprocedures beperkt.

Daar staat tegenover dat een overgangsregeling in 2005 incidenteel tot een lagere opbrengst leidt. Daarvoor is geen financiële ruimte voorzien. Bij de pakketmaatregelen 2004 heb ik uitsluitend een overgangsmaatregel getroffen voor die situaties dat een reeds gestarte reeks behandelingen na 1 januari 2004 mocht worden afgerond. Voor eenmalige behandelingen heb ik toen geen overgangsregeling getroffen. Het gaat bij de onderhavige pakkettingrepen om eenmalige behandelingen.

Voor de behandelingen die vallen onder de nu aan de orde zijnde pakkettingrepen is geen aanvraag- en toestemmingsprocedure voorgeschreven. Op grond van artikel 2a van het Verstekingenbesluit ziekenfondsverzekering kunnen de ziekenfondsen bij reglement de voorwaarden vaststellen waaronder de aanspraken tot gelding worden gebracht. Deze voorwaarden betreffen bijvoorbeeld de aanvraag- en eventuele toestemmingsvereisten. Deze bevoegdheid van ziekenfondsen kan dus inhouden dat het ene ziekenfonds wel de eis stelt van een schriftelijke aanvraag en een ander ziekenfonds niet. Hierdoor kan de door het CVZ voorgestelde overgangsregeling voor verzekerden die overigens in dezelfde situatie verkeren, verschillend uitpakken.

Alles afwegend heb ik besloten voor deze pakkettingrepen geen overgangsregeling te treffen.

Verder merkt het CVZ op dat met het schrappen van de aanspraak op de behandeling van afstaande oorschelpen vooral kinderen worden getroffen. Het moment waarop afstaande oorschelpen een probleem gaan vormen, veelal aan het begin van de puberteit, is tevens vaak een kwetsbare fase in het leven van kinderen. Het CVZ geeft aan dat om die reden overwogen zou kunnen worden om deze behandeling tot de leeftijd van 10 jaar in het pakket te handhaven.

Voor het verwijderen van de behandeling voor correctie van de oorstand is juist gekozen omdat de toepassing van deze behandeling een onverklaarbare grote variatiebreedte kent. Bij het hanteren van een leeftijdsgrens, zoals het CVZ suggereert, zou deze grote variatiebreedte bij toepassing van deze behandeling in stand blijven terwijl die niet objectief verklaarbaar is. Dat past niet in het door mij voorgestane beleid. Bovendien zou door het hanteren van de door het CVZ genoemde leeftijdsgrens een groot deel van de opbrengst van deze pakketmaatregel wegvallen. De financiële ruimte daarvoor ontbreekt.

Om deze redenen heb ik deze suggestie van het CVZ niet overgenomen.

Tevens heb ik met de onderhavige regeling de besnijdenis van jongens en mannen (circumcisie) uit het pakket van de ziekenfondsverzekering en van de Wtz 1998 verwijderd. Aanleiding hiervoor was een artikel van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Urologie dat het ziekenhuis waar hij werkzaam is alle jongensbesnijdenissen bij de zorgverzekeraars declareren, ongeacht of deze op medische indicatie of vanwege religieuze dan wel culturele gronden worden uitgevoerd. Dit was volgens bedoelde voorzitter ook elders in het land de gangbare praktijk. Besnijdenissen mogen uitsluitend worden vergoed indien voor die ingreep een medische noodzaak aanwezig is.

Medisch niet-noodzakelijke behandelingen dienen geen deel uit te maken van het ziekenfondspakket of het vergoedingspakket van de Wtz 1998. Besnijdenissen vanwege religieuze of culturele gronden moeten niet uit bedoelde verzekeringen worden vergoed.

Voor medisch geïndiceerde besnijdenissen bestaat een goed alternatief, het zogenaamde verwijdingsplastiek. Daarbij wordt de voorhuid niet verwijderd maar verwijderd. Het is net als de besnijdenis een zeer eenvoudige ingreep.

Door alle besnijdenissen uit te sluiten van vergoeding en alleen nog het verwijdingsplastiek te vergoeden, wordt de onterechte declaratie van besnijdenissen vanwege religieuze of culturele gronden onmogelijk gemaakt. Voor de echte medische indicaties blijft met het verwijdingsplastiek adequate medische zorg in het pakket.

2. Artikelsgewijs

Artikel 1

A
Het eerste lid van artikel 2 somt limitatief op in welke situaties aanspraak bestaat op behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Wat betreft de systematiek komt het eerste lid daarmee overeen met het oude artikel 2 van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet.

Ten opzichte van het tot 1 januari 2005 geldende artikel 2 zijn in het eerste lid twee wijzigingen aangebracht. In onderdeel c is geregeld dat uitsluitend behandeling van verlamde of verslapt bovenoogleden voor rekening van de ziekenfondsverzekering kan plaatsvinden indien deze bovenoogleden verslapt of verlamd zijn als gevolg van een aangeboren afwijking of chronische aandoening. Voorbeeld van een dergelijke aangeboren afwijking is het BPES-syndroom, die een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg kan hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat

moment nog niet in alle gevallen een gezichtbeperking maar krijgen die wel door de afwijking. Om te voorkomen dat met behandeling gewacht wordt tot het gezichtsveld beperkt wordt, is de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een aantoonbare beperking van het gezichtsveld vervallen. Hierdoor kan in de hier bedoelde situaties worden ingegrepen voordat een beperking van het gezichtsveld is opgetreden. Dit bevordert een zo ongestoord mogelijke ontwikkeling van deze kinderen.

Anders dan het CVZ heeft voorgesteld heb ik er niet voor gekozen onderdeel c te combineren met het onderdeel d waarin de aangeboren misvormingen staan vermeld. De bedoelde afwijking aan de bovenoogleden is namelijk niet in alle gevallen reeds bij de geboorte aanwezig maar doet zich eerst na verloop van enkele jaren voor. Er is daarmee geen sprake van een aangeboren misvorming.

In onderdeel d is de correctie van uitstaande oorschelpen vervallen waardoor behandeling hiervan niet langer voor rekening van de ziekenfondsverzekering mogelijk is.

In het nieuwe tweede lid van artikel 2 zijn de behandelingen van plastisch-chirurgische aard vermeld welke met ingang van 1 januari 2005 niet meer worden vergoed. Ik heb tot deze uitdrukkelijke vermelding besloten omdat anders op grond van het eerste lid een aantal van de behandelingen die uit het pakket worden verwijderd, alsnog voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan behandeling van bovenoogleden die op grond van het eerste lid, onderdeel a, vergoed zou kunnen worden omdat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, namelijk een beperking van het gezichtsveld. Om onbedoelde vergoeding te voorkomen zijn deze in onderdeel a van het tweede lid expliciet van vergoeding uitgesloten.

Hetzelfde geldt voor de buikwandcorrectie in verband met het verwijderen van een vetschort en de liposuctie van de buikwand die in onderdeel b zijn uitgesloten.

In het tweede lid, onderdeel c, is geregeld dat het operatief aanbrengen van een borstprothese in andere gevallen dan een gehele of gedeeltelijke borstamputatie niet langer wordt vergoed. Het gaat hierbij om behandelingen waarbij de nadruk vooral op cosmetisch vlak ligt.

Het implanteren van borstprothesen in geval van een borstamputatie, bijvoorbeeld als gevolg van borstkanker, blijft wel voor rekening van de ziekenfondsverzekering mogelijk. Deze beperking heeft als gevolg dat het plaatsen van borstimplantaten in het kader van een behandeling van transsexualiteit met ingang van 1 januari 2005 niet meer ten laste van de ziekenfondsverzekering wordt verstrekt.

In het tweede lid, onderdeel d, is bepaald dat het vervangen van een borstprothese uitsluitend wordt vergoed indien de eerdere borstprothese operatief was geplaatst na een (gedeeltelijke) borstamputatie. In andere gevallen wordt vervanging niet meer vergoed omdat het daarbij gaat om een behandeling die voortkomt uit een behandeling die niet strikt medisch noodzakelijk was maar veelal primair een cosmetisch doel had.

B

In artikel 5 zijn de medisch-specialistische behandelingen vermeld die niet van plastisch-chirurgische aard zijn en welke zijn uitgesloten van het verstrekkingenpakket.

In onderdeel a is bepaald dat behandeling tegen snurken met uvuloplastiek niet wordt vergoed. Hierbij teken ik aan dat deze beperking niet dat de behandeling van slaapapneu betreft. De behandeling van slaapapneu, waarvoor uvuloplastiek overigens niet de aangewezen behandelingsmethode is, blijft in het verstrekkingenpakket.

Onderdeel b betreft de sterilisaties die al met ingang van 1 juni 2004 van het pakket waren uitgesloten. Het gaat hier zowel om sterilisaties bij mannen (vasectomie) als bij vrouwen. Met onderdeel c is geregeld dat ook de hersteloperaties na een sterilisatie niet meer voor rekening van de ziekenfondsverzekering worden verstrekt.

In onderdeel d is geregeld dat de besnijdenissen van jongens en mannen (circumcisie) niet langer worden vergoed. Met de verwijdingsplastiek is voorzien in adequate medische zorg in geval van echte medische indicaties.

Artikel II

In artikel 10, eerste lid, onderdeel b, van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden is geregeld dat alleen vergoeding mogelijk is voor de kosten van medisch-specialistische

behandelingen van plastisch-chirurgische aard indien deze dienen ter correctie of opheffing van een vermindering ten gevolge van een ongeval of een ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige ernstige ziekte. Door deze omschrijving is het vergoedingenpakket uit hoofde van de Wtz 1998 op dit terrein al aanzienlijk beperkter dan het ziekenfondspakket. Dit betekent dat de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard die met deze regeling met ingang van 1 januari 2005 uit het ziekenfondspakket worden verwijderd, op grond van de Wtz 1998 ook voor 1 januari 2005 niet vergoed worden. Met de bestaande formulering van dit onderdeel sluiten de vergoedingsmogelijkheden voor de zorg van plastisch-chirurgische aard in grote lijnen aan bij het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. Om die reden is aanpassing van dit onderdeel is niet noodzakelijk.

Met de toevoeging van drie nieuwe onderdelen d, e en f aan artikel 10, eerste lid, worden de kosten van respectievelijk hersteloperaties na sterilisaties, van behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek en van besnijdenissen van jongens en mannen van vergoeding uitgesloten.

De met het eerste lid, onderdeel d, van vergoeding uitgesloten hersteloperaties na sterilisaties behoren niet tot de medisch noodzakelijke zorg en reken ik daarmee volledig tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Evenals bij de beperking van het ziekenfondspakket, geldt dat het uitsluiten van de vergoeding van de behandeling tegen snurken met uvuloplastiek (onderdeel e) niet de behandeling van slaapapneu betreft. Behandeling van slaapapneu blijft voor vergoeding in aanmerking komen. Aangetekend zij dat uvuloplastiek niet de aangewezen behandeling is in geval van slaapapneu.

Met het toegevoegde onderdeel f worden de kosten van circumcisies van vergoeding uitgesloten. Voor de echte medische indicaties voor een besnijdenis wordt met de verwijdingsplastiek een adequate medische oplossing geboden die voor vergoeding in aanmerking komt.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst.*