



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 oktober 2016, kenmerk 1015955-154934-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2017

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 42, eerste lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 2.4, tweede lid, 2.16f en 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering;

BESLUIT:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel a wordt 'anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening' vervangen door: anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

2. Aan onderdeel c wordt toegevoegd: of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit.

3. Aan onderdeel g wordt toegevoegd: , anders dan medisch noodzakelijk.

B

Artikel 2.31 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede en derde lid komen te luiden:

2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
- b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.

2. Na het derde lid (nieuw) wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

C

In artikel 2.36 wordt 'verzorging' telkens vervangen door: kraamzorg.

D

Hoofdstuk 2, paragraaf 1, wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:



§ 1. De prestaties, de eigen bijdragen en het eigen risico

2. Er wordt een paragraaf toegevoegd, luidende:

§ 1.6 Het eigen risico

Artikel 2.38

Als gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma, bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, worden aangewezen programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.

E

In artikel 5.1, tweede lid, vervalt onderdeel c, onder verlettering van de onderdelen d tot en met h tot c tot en met g.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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



TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Met deze regeling is de Regeling zorgverzekering (Rzv) per 1 januari 2017 gewijzigd. Het gaat om wijzigingen die nodig zijn in verband met de aanpassing van de aanspraak op plastische chirurgie in het kader van het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen en bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie indien sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van de bovenoogleden. Ook zal het uitvoeren van een medisch noodzakelijke circumcisie deel uitmaken van het te verzekeren basispakket in 2017. Deze pakketuitbreidingen zijn aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 20 mei 2016 (Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 713).

Er vindt ook een wijziging plaats op het gebied van de eigen bijdragen op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) welke samenhangt met de verruiming van de aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen. In de brief aan de Tweede Kamer van 15 juni 2015 (Kamerstukken II 2014/15, 32 805, nr. 41) is aangekondigd dat de aangepaste eigen bijdragen per 1 januari 2017 zullen worden ingevoerd.

2. Plastische chirurgie en medisch noodzakelijke circumcisie

Aanleiding

De aanspraak op plastische chirurgie in het basispakket is beperkt. Dit komt omdat in het verleden in veel gevallen geen onderscheid werd gemaakt tussen ingrepen die wel en ingrepen die niet medisch noodzakelijk waren. Een groot deel van de plastisch-chirurgische ingrepen was niet medisch noodzakelijk maar cosmetisch en werd toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd. Kortom, er werd niet de hand gehouden aan de geldende indicatiecriteria. Daarom is, nog in de periode van de Ziekenfondswet, de vergoeding van plastische chirurgie zoveel mogelijk beperkt tot ingrepen die uitsluitend medisch noodzakelijk zijn. Ingrepen die soms wel maar vaak niet medisch noodzakelijk zijn, waren uit het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet verwijderd om te voorkomen dat ze toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd zouden worden. Ditzelfde gold bij de uitsluiting van de aanspraak op vergoeding van circumcisie. Bij de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 zijn deze pakketbeperkingen ongewijzigd in het uit hoofde van de Zvw te verzekeren basispakket overgenomen.

In het kader van het Hoofdlijnenakkoord is met de medisch specialisten afgesproken dat zij meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik en dus beter gaan letten op welke ingrepen wel en welk niet medisch noodzakelijk zijn. Als de beroepsgroepen op een zorgvuldige wijze invulling geven aan gepast gebruik, wordt bereikt dat uitsluitend behandelingen die echt medisch noodzakelijk zijn ten laste van de zorgverzekering worden gedeclareerd. Met het oog op gepast gebruik heb ik de plastisch chirurgen opgeroepen om met voorstellen te komen voor plastisch-chirurgische ingrepen die in het basispakket zouden kunnen worden opgenomen. Voorwaarde is dat uitsluitend medisch noodzakelijke zorg van plastisch-chirurgische aard gedeclareerd kan worden.

In reactie op mijn oproep hebben een aantal wetenschappelijke verenigingen en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) zich gebogen over de vraag welke ingrepen zowel inhoudelijk goed zijn af te bakenen, als verzekeringstechnisch zodanig uitvoerbaar zijn dat opname in het basispakket mogelijk is. Betrokken partijen hebben in het najaar van 2015 aangegeven dat zij van mening zijn dat de volgende ingrepen zich mogelijk lenen voor pakketopname: borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst, met inbegrip van de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen, ooglidcorrectie bij ernstige en objectiveerbare gezichtsveldbeperking, en circumcisie om medische redenen.

Ik heb het Zorginstituut Nederland (hierna: ZIN) op 5 november 2015 gevraagd te adviseren over de mogelijke opname van deze genoemde ingrepen in het basispakket en daarbij aan te geven wat hiervan de budgettaire gevolgen zijn. In reactie op dit verzoek heeft het ZIN op 31 maart 2016 geadviseerd om per 1 januari 2017 aan het basispakket toe te voegen:

- het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (mensen die als man zijn geboren, maar zich vrouw voelen, ook wel 'man-vrouw transgenders' genoemd);
- het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie indien sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van de bovenoogleden;
- het uitvoeren van een medisch noodzakelijke circumcisie.



Pakketuitbreiding per 1 januari 2017

Gelet op het positieve advies van het ZIN en het commitment van beroepsgroepen en ZN voor een correcte uitvoering van deze pakketverruiming (zie onder 'gepast gebruik / medisch noodzakelijkheid'), zijn bovengenoemde ingrepen per 1 januari 2017 aan het basispakket toegevoegd. De aanpassing voor wat betreft de bovenooglidcorrecties wordt geregeld met een wijziging van artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) en artikel 2.1, onderdeel a, van deze regeling.

Het operatief plaatsen van een borstprothese bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen, alsmede het uitvoeren van medisch noodzakelijke circumcisies, zijn uitgesloten van de aanspraak op geneeskundige zorg in artikel 2.1. van de Rzv. Door de onderhavige wijziging van de Rvz maken deze ingrepen met ingang van 1 januari 2017 wel onderdeel uit van de prestatie geneeskundige zorg.

Gepast gebruik / medisch noodzakelijkheid

In zijn advies heeft het ZIN ook aandacht besteed aan de vraag of er een risico is op uitbreiding van de indicatie naar niet-medisch noodzakelijke indicaties. De reden voor de pakketuitsluitingen van deze behandelingen was in 2004 immers dat behandelingen vaak als medisch noodzakelijke ingreep werden gedeclareerd, terwijl het eigenlijk ging om ingrepen vanuit cosmetisch respectievelijk religieus/cultureel oogpunt. Het zou kunnen zijn dat een dergelijke oprekking van indicaties (op termijn) weer gaat plaatsvinden. Het risico op onbedoelde uitbreiding van de indicaties voor deze ingrepen is echter laag, omdat tussen de relevante wetenschappelijke verenigingen en ZN overeenstemming bestaat over duidelijk afgebakende en nauw omschreven medische indicaties. Dit geldt ook voor de nauw omschreven indicaties voor de bovenooglidcorrecties, voor de implantaten bij agenesie/aplasie van de borst, respectievelijk voor medisch noodzakelijke circumcisies. Bovendien hebben de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken beroepsgroepen toegezegd dat uitsluitend op basis van de hier bedoelde indicaties, de medisch noodzakelijke behandelingen ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd. Voorts heeft het ZIN in zijn rapport uitgesproken dat toepassing van deze indicaties ook voor zorgverzekeraars goed uitvoerbaar is.

Bij de indicatie ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verworven verslapping of verlamming van het bovenooglid is (in maat en getal) gedefinieerd en daarmee afbakenbaar ten opzichte van ander indicaties. Over deze medische indicatie zijn de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) en ZN het eens en zij zijn van oordeel dat deze indicatie een objectieve afgrenzingsmogelijkheid vormt. De zorgverzekeraars hanteren voor bovenooglidcorrecties een machtigingensysteem. Dit systeem biedt waarborgen voor adequate controle vooraf. Zorgaanbieders moeten echter ook hun verantwoordelijkheid nemen en eraan meewerken dat uitsluitend de medisch noodzakelijke behandelingen ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd.

3. Eigen bijdragen implantaatgedragen gebitsprothesen

Het ZIN heeft in zijn op 30 juni 2014 uitgebrachte rapport over implantaatgedragen gebitsprothesen een aantal aanbevelingen gedaan om de kostenstijging als gevolg van oneigenlijk gebruik van deze vorm van verzekerde zorg terug te dringen. Een groot deel van de maatregelen ligt bij de sector (centralisering indicatiestelling, opstellen behandelrichtlijnen, betere regie en coördinatie van het behandeltraject). Een van de aanbevelingen betreft het aanpassen van de eigen bijdragestructuur voor implantaatgedragen gebitsprothesen. Met wijziging van deze eigen bijdragestructuur heb ik gewacht tot de sector zelf serieuze stappen (zoals bovengenoemd) heeft doorgevoerd. Ik heb de Tweede Kamer in mijn brief van 15 juni 2015 (Kamerstukken II 2014/15, 32 805, nr. 41) meegedeeld dat ik per 1 januari 2017 de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese – net als bij de normale gebitsprothese – zal regelen als een percentage van de werkelijk gemaakte kosten.

Voor de implantaatgedragen prothese gold reeds een vaste eigen bijdrage van € 125 voor de prothese voor de onder- of bovenkaak, terwijl voor de normale gebitsprothese een eigen bijdrage geldt van 25% van de kosten. Daardoor kwam het in de praktijk regelmatig voor dat een normale prothese voor de patiënt duurder uitvalt dan een (hoogwaardiger) implantaatgedragen prothese. Die situatie is ongewenst.

In mijn brief van 15 juni 2015 heb ik bericht dat het uitgangspunt voor mij is dat de uiteindelijke kosten – in de vorm van de verschuldigde eigen bijdrage – voor de patiënt in verhouding zijn met het verschil in complexiteit en kosten tussen beide prothesevormen. Het is daarbij niet perse noodzakelijk dat dit een en hetzelfde percentage is voor beide typen prothesen.

Uitgaand van de gemiddelde prijzen voor uitneembare tandheelkundige prothetische voorzieningen, waarvoor geen maximumtarief geldt, zijn de effecten in overleg met het ZIN doorgerekend. Aan de



hand daarvan stel ik met deze wijziging van de Rzv de eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2017 als volgt vast:

- voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak wordt de vaste eigen bijdrage van € 125 vervangen door een eigen bijdrage van 10% van de kosten;
- voor implantaatgedragen prothesen voor de bovenkaak wordt de vaste eigen bijdrage van € 125 vervangen door een eigen bijdrage van 8% van de kosten;
- voor de normale gebitsprothese blijft de eigen bijdrage van 25% van de kosten ongewijzigd.

Met deze nieuwe eigen bijdragen voor de implantaatgedragen gebitsprothesen verdwijnt de huidige averechtse prikkel en wordt de eigen bijdrage voor de patiënt in verhouding gebracht met de complexiteit van de voor hem aangewezen prothetische voorziening.

Ook wordt uitvoering gegeven aan het voorstel van het ZIN om voor reparaties en overzetting/rebasing van gebitsprothesen een eigen bijdrage van 10% van de kosten in te voeren. Ik volg dit advies omdat het gaat om de normale onderhoudskosten waar de verzekerde zelf ook een verantwoordelijkheid heeft. Bovendien gaat het om relatief lage kosten van maximaal circa € 45, waardoor de eigen bijdrage beperkt zal zijn. Deze eigen bijdrage voor reparaties en overzettingen (ook wel *rebasing* genoemd) wordt met ingang van 1 januari 2017 eveneens geregeld in de onderhavige wijziging van de Rzv.

4. Verruiming mogelijke vrijstelling eigen risico bij gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgprogramma's

In de brief aan de Tweede Kamer van 20 mei 2016 (Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 713) en bij de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2017 is aangegeven dat meer ruimte aan zorgverzekeraars geboden zal worden zorg vrij te stellen van het eigen risico. Artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Bzv is per 1 januari 2017 zo aangepast dat het vrijstellen van eigen risico ten aanzien van door de zorgverzekeraar aangewezen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgprogramma's in meer gevallen mogelijk wordt. In onderdeel b van artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv worden niet langer limitatief enkele zorgprogramma's genoemd, maar wordt meer in het algemeen bepaald dat uitsluiting van toepassing van het eigen risico kan plaatsvinden bij in de Rzv genoemde programma's die zijn gericht op gezondheidsbevordering of preventie. Met deze wijzigingsregeling wordt de Rzv in die lijn aangepast en worden meer gebieden en chronische aandoeningen genoemd waarvoor programma's worden opgezet en vervolgens door de zorgverzekeraar kunnen worden aangewezen als uitgesloten van toepassing van het eigen risico. Hierdoor is de uitzondering van het eigen risico niet alleen mogelijk als het gaat om zorgprogramma's op het gebied van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken, maar ook voor zorgprogramma's op het gebied van dementiezorg, trombosezorg en incontinentiezorg.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Artikel 2.4 van het Bzv bepaalt welke zorg onder de prestatie 'geneeskundige zorg' valt. Het gaat volgens de aanhef van het eerste lid van dat artikel om zorg zoals onder meer medisch-specialisten die plegen te bieden. Er wordt echter ook zorg uitgezonderd of beperkt in de onderdelen a tot en met c van artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv. Met betrekking tot de plastische chirurgie is relevant dat in onderdeel b van dat artikellid wordt bepaald dat onder de verzekerde zorg valt:

- 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Op grond van het tweede lid van artikel 2.4 van het Bzv zijn in artikel 2.1 van de Rzv echter de behandelingen van bovenoogleden die verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening alsmede het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, uitgezonderd van de prestatie plastische chirurgie. Met onderdeel A wordt artikel 2.1 van de Rzv zo verruimd dat ook de borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst en de ooglidcorrectie bij ernstige gezichtsveldbeperking verzekerde zorg zijn. Het ZIN geeft in zijn advies aan dat in de literatuur voor de begrippen agenesie en aplasie van de borst verschillende definities terug te vinden zijn, maar dat onder die aanduidingen moet worden verstaan het ontbreken van borstvor-



ming bij de vrouw (unilateraal en bilateraal) dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. De onderdelen a en c van artikel 2.1 van de Rzv zijn in bovenstaande lijn gewijzigd.

Met onderdeel g van artikel 2.1 van de Rzv was ook de behandeling gericht op circumcisie geheel uitgesloten van de te verzekeren geneeskundige zorg. Dat onderdeel g is zo gewijzigd dat de medische noodzakelijke circumcisie verzekerde zorg is geworden.

Onderdeel B

De eigen bijdragen voor uitneembare volledige prothetische voorzieningen worden opnieuw vastgesteld. Zoals in het algemene deel van deze toelichting reeds is aangegeven gelden de volgende bijdragen:

- een eigen bijdrage van 10% van de kosten voor implantaatgedragen prothesen voor de onderkaak;
- een eigen bijdrage van 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak;
- de eigen bijdrage van 25% van de kosten voor de normale gebitsprothesen. Deze eigen bijdrage is niet gewijzigd ten opzichte van de situatie in 2016;
- een eigen bijdrage van 10% van de kosten voor reparaties en overzetting (rebasing) van gebitsprothesen.

Met de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2017 is verduidelijkt dat het recht op plaatsing van de gebitsprothesen op implantaten niet langer volgt uit het tweede lid van artikel 2.7, maar uit het vijfde lid, onderdeel b, van dat artikel. Met onderdeel B van artikel I van deze regeling zijn het tweede en derde lid daarom zo gewijzigd dat eerst de eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Bzv, is vastgesteld op vijftientig procent van de kosten van die voorziening, maar het derde lid in afwijking van het tweede lid vervolgens een andere bijdrage regelt voor uitneembare volledige prothetische voorzieningen die geplaatst worden op tandheelkundige implantaten. Indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak geldt een eigen bijdrage van tien procent (onderdeel a) terwijl een bijdrage geldt van acht procent van de kosten van die voorziening indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak (onderdeel b).

Met het nieuwe vierde lid wordt geregeld dat een eigen bijdrage geldt voor reparaties en overzetting (ook wel *rebasing* genoemd) van de gebitsprothese. Bij een overzetting/rebasing wordt niet alleen de ontstane ruimte tussen de mucosa en de prothesebasis opgevuld met een laag kunststof, maar wordt ook het contact tussen de de mucosa en de prothesebasis verbeterd door de volledige prothesebasis te vernieuwen. De term 'overzetting' wordt gebruikt omdat de prothese-elementen als het ware worden overgezet naar een nieuwe prothesebasis met een betere pasvorm.

Onderdeel C

In artikel 2.36, eerste lid, van de Rzv wordt geregeld welke eigen bijdrage geldt voor de kraamzorg die in de eigen woonomgeving (extramuraal) wordt verleend. In het artikel werd naar die kraamzorg verwezen met de zinsnede 'verzorging ten huize van de verzekerde'. Het gaat om een bijdrage voor zorg die in artikel 2.11, eerste lid, van het Bzv 'kraamzorg' wordt genoemd. Bij kraamzorg gaat het om zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Met de wijziging van artikel 2.36 van de Rzv wordt aangesloten bij deze terminologie. Ook artikel 2.16d van het Bzv, dat de grondslag biedt voor een eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.11 van dat besluit, is in deze lijn aangepast.

Onderdeel D

Per 1 januari 2017 is artikel 2.17, tweede lid, van het Bzv zo gewijzigd dat daarin niet langer een limitatieve opsomming van enkele zorgprogramma's is opgenomen, maar meer in het algemeen wordt bepaald dat uitsluiting van toepassing van het eigen risico kan plaatsvinden bij in de Rzv genoemde programma's die zijn gericht op gezondheidsbevordering of preventie, voor zover die door de zorgverzekeraar zijn aangewezen. Met het nieuw ingevoegde artikel 2.38 van de Rzv wordt deze mogelijkheid uitgewerkt. In dat artikel zijn niet alleen de programma's genoemd die samenhangen met de chronische aandoeningen zoals die waren opgenomen in artikel 2.17, tweede lid, onder b, van het Bzv, maar wordt in aanvulling daarop bepaald dat ook programma's in het kader van dementiezorg, trombosezorg en incontinentiezorg door de zorgverzekeraar kunnen worden vrijgesteld van het eigen risico.



Onderdeel E

Artikel 5.1, tweede lid, onderdeel c, van de Rzv kan vervallen omdat daarin wordt verwezen naar het sinds 1 januari 2014 vervallen artikel 11, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de loonbelasting 1964. De in dat onderdeel genoemde 'stamrechtvrijstelling' is vervallen met het Belastingplan 2014 (Stb. 2013, 565).

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