



371

Besluit van 28 augustus 2008, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de aanpassing van het verplicht eigen risico en de uitbreiding van de groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten die voor een uitkering als bedoeld in artikel 118a van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt

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 23 juli 2008, Z/VU-2864419;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, 20, eerste en derde lid, en 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 6 augustus 2008, no. W13.08.0349/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 augustus 2008, Z/VU-2872106;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

In de eerste volzin van artikel 2.4, derde lid, vervalt: een zitting psychotherapie of.

B

Artikel 2.17 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het tweede en derde lid tot het derde en vierde lid, wordt aan artikel 2.17 een nieuw lid toegevoegd, luidende:

2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:

- a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of
- b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden of overgewicht en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
- c. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.

2. In het vierde lid (nieuw) wordt «tweede lid» telkens vervangen door: derde lid.

C

Na artikel 2.18 wordt een artikel toegevoegd, luidende:

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 20, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.

D

Artikel 3a.1 komt te luiden:

Verzekerden hebben recht op de uitkering, bedoeld in artikel 118a, eerste lid, van de wet indien zij:

- a. in de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's, of
- b. in twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen DKG's, of
- c. op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2009.

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

's-Gravenhage, 28 augustus 2008

Beatrix

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

Uitgegeven de *drieëntwintigste* september 2008

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid j° vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het zonder meer instemmend luidt.

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

Met ingang van 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico. Met de onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering wordt een aantal bepalingen aangepast die samenhangen met het verplicht eigen risico en de compensatie daarvoor.

Tevens komt de eigen bijdrage per zitting psychotherapie met ingang van 1 januari 2009 te vervallen omdat de uitvoering daarvan onoverkomelijke problemen oplevert. Met het oog daarop vervalt in het Besluit zorgverzekering de basis voor deze eigen bijdrage psychotherapie.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Op dit moment worden de eigen bijdragen voor psychotherapie per zitting door de zorgverleners geïnd. Door het invoeren van diagnose behandelcombinaties (dbc's) in de geestelijke gezondheidszorg, is de eigen bijdrage per zitting psychotherapie moeilijk uit te voeren. De dbc-systematiek gaat namelijk niet uit van het aantal zittingen. Bovendien zijn er geen aparte dbc's voor psychotherapie. De eigen bijdrage psychotherapie komt daarom met ingang van 1 januari 2009 te vervallen. De wegvallende opbrengst van deze eigen bijdrage zal worden gecompenseerd door een tariefmaatregel specifiek gericht op de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Onderdeel B

In artikel 20, derde lid, van de Zvw zoals dat met ingang van 1 januari 2009 zal komen te luiden, is de mogelijkheid opgenomen om bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Doel van deze mogelijkheid is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel waarmee deze mogelijkheid in artikel 20 van de Zvw is opgenomen, is uitgesproken dat dit sturingsinstrument niet eerder dan in 2009 wordt toegepast.

Met de onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering wordt uitvoering gegeven aan deze bepaling van de Zvw.

Van de zijde van de zorgverzekeraars is aangegeven dat de meeste zorgverzekeraars invulling willen geven aan deze sturingsmogelijkheid. Aangezien zorgverzekeraars risicodragend zijn voor het verplicht eigen risico en dus ook voor de situatie dat zij (een deel van de) zorgkosten niet meetellen voor het verplicht eigen risico, zal het naar verwachting gaan om zorgarrangementen waar voldoende inzicht bestaat in de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Het zal naar verwachting dan ook gaan om zorgvormen waarbij de zorgverzekeraars over die aspecten daadwerkelijk en effectief kunnen onderhandelen met zorgaanbieders. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om de medisch-specialistische zorg die in het B-segment van de dbc's valt, of zorgvormen waarvoor prestatie-indicatoren bestaan.

De zorgverzekeraars willen zich richten op afspraken met zorgaanbieders over doelmatige zorgarrangementen. De zorgverzekeraars kunnen dan aangeven met welke zorgaanbieders zij voor welke vormen van zorg dergelijke doelmatige zorgarrangementen zijn overeen gekomen en dat de kosten van die vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Een verzekerde die op de betreffende vorm van zorg is aangewezen, wordt dan gestimuleerd om van een door zijn zorgverzekeraar met een zorgaanbieder overeengekomen doelmatig zorgarrangement gebruik te maken, doordat de kosten van die zorg niet of niet geheel meetellen voor het verplicht eigen risico.

Daarnaast denkt een aantal zorgverzekeraars aan de mogelijkheid verzekerden te stimuleren gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's te volgen. De manier waarop deze zorgverzekeraars dit willen stimuleren is dat zij de kosten van de wettelijk verzekerde zorg die samenhangt met de behandeling van diabetes, depressie, hartfalen, chronisch obstructief longlijden of overgewicht deels of geheel buiten het verplicht eigen risico houden, indien de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma heeft gevolgd dat gericht is op een van deze vijf aandoeningen.

Door het volgen van een dergelijk gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma, zo is de verwachting, zal de verzekerde minder klachten hebben als gevolg van die aandoening en daardoor ook minder daarmee samenhangende Zvw-zorg zal gebruiken. Het kostenvoordeel van die lagere zorgconsumptie kan de zorgverzekeraar dan doorgeven aan de betreffende verzekerde door de kosten van de betreffende Zvw-zorg niet of niet geheel ten laste van het verplicht eigen risico te brengen. Op die wijze worden verzekerden met een van deze aandoeningen financieel gestimuleerd een door de zorgverzekeraar aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma te volgen.

Indien een dergelijk programma niet tot de wettelijke verzekerde zorg behoort, hetgeen bij de meeste van deze programma's het geval is, kunnen de kosten van zo'n programma zelf overigens niet ten laste van de Zvw komen en daarmee kunnen deze kosten ook niet worden uitgesloten van het verplicht eigen risico. Zoals gezegd, kunnen Zvw-kosten voor dezelfde aandoening dan wel uitgesloten worden van het verplicht eigen risico.

Ook willen enkele zorgverzekeraars het sturingsinstrument aanwenden als stimulans voor hun verzekerden om die geneesmiddelen te gaan gebruiken, waarop deze zorgverzekeraars hun preferentiebeleid geneesmiddelen richten. In die situatie kan de zorgverzekeraar bepalen dat de kosten van de door hem aangewezen preferente geneesmiddelen, die weliswaar goedkoper, maar gelijkwaardig zijn aan niet-preferente geneesmiddelen, geheel of voor een deel niet meetellen voor het verplicht eigen risico. Eenzelfde inzet van het sturingsinstrument is mogelijk ten aanzien van door de zorgverzekeraar aangewezen preferente hulpmiddelen.

Het spreekt voor zich dat de zorgverzekeraars de komende tijd ervaring zullen moeten opdoen met dit sturingsinstrument. Dit geldt zowel op het terrein van de selectieve zorginkoop als voor de toepassing ten aanzien van gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte programma's. Voor deze laatste programma's is aangesloten bij de vijf aandoeningen die als speerpunt zijn opgenomen in de brief over het preventiebeleid voor de volksgezondheid van 24 september 2007 (Kamerstukken II, 2007/08, 22 894, nr. 134).

Om de zorgverzekeraars de gelegenheid te bieden deze ervaring op te doen, wordt de mogelijkheid dat zorgverzekeraars kosten van het gebruik van zorg of overige diensten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico houden, niet beperkt tot bepaalde vormen van zorg of tot bepaalde diensten. Daarmee kunnen zorgverzekeraars zelf bepalen op welke terreinen zij invulling geven aan deze mogelijkheid. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de zorgverzekeraar transparant maakt op welke wijze hij rekening heeft gehouden met de kwaliteit van zorgverlening bij de desbetreffende zorgaanbieder.

De wijze waarop de zorgverzekeraars in 2009 en 2010 invulling geven aan deze sturingsmogelijkheid zal nauwlettend worden gevolgd en geëvalueerd. Specifiek aandachtspunt daarbij is of de zorgverzekeraars eventueel een relatie leggen tussen de wettelijke en de aanvullende verzekering, zeker in het geval de aanvullende verzekering vergoeding biedt voor preventieve of gezondheidsbevorderende programma's. Een dergelijke relatie zou voor verzekerden een belemmering kunnen vormen om van zorgverzekeraar te wisselen.

Zo wordt bezien of de zorgverzekeraars dit instrument op de beoogde wijze toepassen en niet enkel gebruiken om het verplicht eigen risico kwijt te schelden zonder dat zij bijvoorbeeld voldoende werk maken van het afsluiten van doelmatige zorgarrangementen met zorgaanbieders. Indien uit deze evaluatie mocht blijken dat zorgverzekeraars dit instrument niet op de beoogde manier inzetten, zal dit sturingsinstrument komen te vervallen.

Er wordt vanuit gegaan dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden duidelijk kenbaar zal maken voor welke zorgarrangementen de kosten van zorg niet (geheel) meetellen voor het verplicht eigen risico. Daarmee kan de zorgverzekeraar zich tenslotte onderscheiden. De verzekerde zal dit in zijn polisaanbod voor 2009 kunnen lezen. Hetzelfde geldt ten aanzien van de gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte programma's.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal in het kader van het toezicht op de uitvoering van de Zvw volgen of de zorgverzekeraars op de beoogde wijze omgaan met deze sturingsmogelijkheid en erop toezien dat de zorgverzekeraars hierover voldoende informatie verstrekken aan hun verzekerden. De transparantie voor verzekerden van de toepassing van dit instrument door de zorgverzekeraars zal dus een belangrijk aspect zijn, zowel in het toezicht door de NZa als in de evaluatie.

Onderdeel C

Tijdens de behandeling van de Wet van 15 november 2007, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (Stb. 490), is het amendement Van der Vlies c.s. (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 34) aangenomen. Dit amendement heeft als gevolg dat artikel 20 van de Zvw met ingang van 1 januari 2009 zodanig wijzigt dat bij algemene maatregel van bestuur een percentage van de zorgkosten dient te worden vastgesteld dat meetelt voor het verplicht eigen risico.

Met de toevoeging van een artikel 2.19 aan het Besluit zorgverzekering wordt uitvoering gegeven aan artikel 20, eerste lid, van de Zvw in de zin dat het percentage is vastgesteld op 100. Hiermee wordt niet tegemoet gekomen aan de bedoeling van het amendement. De redenen hiervoor zijn de volgende.

Indien – zoals met het amendement beoogd – niet de volledige kosten van de zorg meetellen voor het verplicht eigen risico, maar slechts een percentage daarvan, is het gedragseffect per afzonderlijk zorggebruik kleiner; het gaat in de meeste gevallen dan om een kleiner bedrag en dus een minder sterke prikkel. Wel zouden deze gedragseffecten over een

langere periode bij verzekerden optreden, omdat zij het maximum van het verplicht eigen risico later bereiken. De remmende werking is minder sterk dan in de situatie dat de volledige zorgkosten meetellen. Maar de remmende werking houdt wel langer aan. De verwachting van de indieners van het amendement was dat daardoor het gedragseffect van het verplicht eigen risico zou toenemen. Uit berekeningen van het Centraal Planbureau blijkt dat dit niet het geval is.

Een lager percentage dan 100 heeft daarentegen wel een belangrijk nadelig effect. Indien niet de volledige zorgkosten van een behandeling meetellen voor het verplicht eigen risico, maar slechts een percentage van de kosten, zullen verzekerden die incidenteel of relatief weinig zorgkosten maken, minder vaak het maximum van het verplicht eigen risico volmaken. Om toch een gelijke macro-opbrengst te bereiken, zou het maximumbedrag van € 150 van het verplicht eigen risico moeten worden verhoogd. De lasten voor de verhoging van het maximumbedrag van het verplicht eigen risico zullen in dat geval grotendeels worden opgebracht door verzekerden die stelselmatig hoge zorgkosten hebben. Dit was niet de opzet van de indieners van dit amendement. Ook leidt een lager percentage dan 100 voor alle zorgvormen tot aanzienlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten bij de zorgverzekeraars.

Daarom is besloten om het percentage met ingang van 1 januari 2009 op 100 vast te stellen.

Onderdeel D

Tijdens de behandeling van de Wet van 15 november 2007, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (Stb. 490), is toegezegd dat de groep verzekerden die op grond van artikel 118a, eerste lid, van de Zvw voor compensatie in aanmerking komt, zo spoedig mogelijk wordt uitgebreid met verzekerden die hoge kosten voor medisch-specialistische zorg of ziekenhuiszorg hebben.

Met het oog hierop wordt met ingang van 1 januari 2009 de groep te compenseren verzekerden uitgebreid met verzekerden die voorafgaand aan het jaar waarop de compensatie betrekking heeft, twee opeenvolgende jaren in een diagnose kostengroep (DKG) zijn ingedeeld. De DKG's die hierbij relevant zijn worden in de Regeling zorgverzekering aangegeven, evenals dat bij de farmaceutische kostengroepen (FKG's) het geval is.

Voor de compensatie-uitkering over 2009 zal gebruik worden gemaakt van de indeling van verzekerden in DKG's over de jaren 2006 en 2007. Dit zijn de meest recente DKG-gegevens die halverwege 2009 beschikbaar zijn en die – naast de FKG's – gebruikt kunnen worden voor de compensatie-uitkering over 2009 voor de verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. De DKG-gegevens waarvan voor de compensatie-uitkering gebruik wordt gemaakt, betreffen – anders dan de FKG-gegevens – niet de twee opeenvolgende jaren direct voorafgaand aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft. Vanwege dit verschil tussen de beschikbare FKG- en DKG-gegevens kon in artikel 3a.1 niet worden volstaan met het enkel toevoegen van DKG's, maar is de formulering van artikel 3a.1 aangepast.

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