



381

Besluit van 31 augustus 2009, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met aanpassingen in de te verzekeren prestaties en in de regels voor het eigen risico per 1 januari 2010

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 31 juli 2009, Z/VU-2942907;

Gelet op de artikelen 11, derde lid, en 20, tweede en derde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 12 augustus 2009, no. 13.09.0316/l);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 augustus 2009, Z/VU-2951114;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1, onderdeel e, wordt gewijzigd als volgt:

1. De komma's worden telkens vervangen door puntkomma's.
2. In subonderdeel 2° wordt «het afnemen van eicellen» vervangen door: de follikelpunctie.
3. Aan het slot van subonderdeel 3° vervalt het woord: en.

B

Artikel 2.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, wordt «artikel 2.5a» vervangen door: artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b.
2. Het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, komt te luiden:

3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

3. Het eerste lid, onderdeel c, komt te luiden:

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

C

Na artikel 2.5a wordt een artikel 2.5b ingevoegd, luidende:

Artikel 2.5b

1. Zorg bij stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat slechts het volgen van het programma een keer per kalenderjaar.

D

Artikel 2.17 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, wordt «indien deze verband houden met» vervangen door: betreffen.

2. Het eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:
a. verloskundige zorg en kraamzorg,.

3. In het tweede lid, onderdeel b, wordt «of overgewicht» vervangen door: , overgewicht of stoppen met roken.

ARTIKEL II

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2010.

2. In afwijking van het eerste lid treden de onderdelen B, C en D van artikel I, voor zover het betreft zorg bij stoppen-met-rokenprogramma, in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

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.

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

's-Gravenhage, 31 augustus 2009

Beatrix

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

Uitgegeven de *tweëntwintigste* september 2009

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

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

Met dit besluit is het Besluit zorgverzekering (Bzv) gewijzigd.

De wijzigingen betreffen:

- a. het wegnemen van onduidelijkheden en aanpassing in verband met medische ontwikkelingen met betrekking tot de op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te verzekeren prestatie in-vitrofertilisatiepoging;
- b. het regelen dat transplantaties buiten de landen van de Europese Unie en van de landen die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte van de te verzekeren prestaties worden uitgesloten, tenzij de verzekerde kan aantonen dat het een donatie betreft van een bloedverwant, echtgenoot of geregistreerde partner;
- c. het regelen van zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als onderdeel van de te verzekeren Zvw-prestaties;
- d. het helder formuleren dat verloskundige zorg en kraamzorg buiten het verplicht eigen risico vallen.

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2010, met uitzondering van het opnemen van het stoppen-met-rokenprogramma in het pakket van te verzekeren Zvw-prestaties. De onderdelen van dit besluit die betrekking hebben op het stoppen-met-rokenprogramma, treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, maar in ieder geval met ingang van 1 januari 2011.

Het ontwerpbesluit is op 11 juni 2009 op grond van artikel 124 van de Zvw aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 265). Het ontwerp zoals dat was overgelegd, bevatte nog een bepaling waarmee een lid aan artikel 2.8 van het Bzv werd toegevoegd. Dat lid strekte ertoe zorgverzekeraars met betrekking tot bepaalde groepen van geneesmiddelen een ruimere aanwijzingsbevoegdheid te geven en voor deze groepen geen vergoedingslimiet meer vast te stellen. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij brief van 2 juli 2009, 2009Z12557/2009D34551, meege-deeld besloten te hebben dit onderdeel van het ontwerpbesluit te stuiten. De vaste commissie heeft dit besluit genomen op grond van mijn toezegging, gedaan in het algemeen overleg van 25 juni 2009 over het geneesmiddelenbeleid (Kamerstukken II 2008/09, 29 477, nr. 101), na het zomerreces een nader standpunt aan de Kamer te doen toekomen. In verband hiermee is dit onderdeel uit het ontwerp verwijderd.

2. Artikelsgewijs

Artikel I

A en B, voor zover het betreft in-vitrofertilisatiepoging

In zijn Pakketadvies 2009, heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geadviseerd de definitie voor «in-vitrofertilisatiepoging» in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van het Bzv alsmede de uitsluiting van de vierde en volgende pogingen per te realiseren zwangerschap in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, van het Bzv aan te passen. Dit advies is overgenomen. Het woord «en» is in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, komen te vervallen om de verwarring weg te nemen dat een «in-vitro-fertilisatiepoging» alleen meetelt voor het aantal van maximaal drie pogingen indien alle in die bepaling genoemde onderdelen door de verzekerde zijn afgenomen.

Artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, van het Bzv, is aangepast teneinde duidelijk te regelen wanneer een poging als een poging telt en wanneer er dus sprake is geweest van drie pogingen. Daarbij is tevens rekening gehouden met de medische ontwikkeling die gericht is op zo laag mogelijke dosering hormonale stimulatie. Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Verder is de tekst aangepast omdat de oude tekst niet duidelijk maakte wanneer er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap. Dat is nu verduidelijkt door aan te geven wanneer er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap in de zin van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Van belang hierbij is dat onderzoek heeft bevestigd dat de uitkomstmaat doorgaande zwangerschap (clinical pregnancy) een valide maat is om het succespercentage van in-vitrofertilisatiebehandeling te bepalen. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levend embryo van ten minste 12 weken zwangerschapsduur vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling voor het begrip doorgaande zwangerschap en daarmee wordt de telperiode enige dagen korter. Indien drie pogingen niet hebben geleid tot een zwangerschap van minimaal 10 weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, dan is er geen recht meer op een vierde of volgende poging. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na in-vitrofertilisatie – geldt als een eerste poging. Omdat conform het advies van het CVZ in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, van het Bzv, gesproken wordt van «follikelpunctie» en niet meer van het afnemen van eicellen, is de in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van het Bzv, gehanteerde definitie daarmee in overeenstemming gebracht.

De macro-meerkosten van mogelijke extra follikelpuncties worden grofweg geschat op € 0,8 mln. De mogelijke besparingen als gevolg van lagere dosering hormonale stimulatie (circa € 5 mln) wegen daar ruimschoots tegenop.

Onderdeel B, C, D, voor zover het betreft zorg bij stoppen-met-rokenprogramma, en Artikel II, tweede lid

Met het wijzigen van artikel 2.4, eerste lid, aanhef, en de toevoeging van een artikel 2.5b aan het Bzv zijn de te verzekeren prestaties uitgebreid met een stoppen-met-rokenprogramma. Daarmee is tevens uitvoering gegeven aan het advies van het CVZ «Stoppen-met-rokenprogramma te verzekeren zorg» van 21 april 2009, volgnummer: 29006531.

Dit programma bestaat uit een combinatie van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) met farmacotherapeutische interventies. Verzekerden kunnen dit programma maximaal één keer per kalenderjaar voor rekening van de zorgverzekering volgen.

In 2008 rookte 26,7% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Ons land telde in 2008 dus ongeveer 3,5 miljoen rokers. Jaarlijks sterven in Nederland circa 19.000 mensen als gevolg van aan roken gerelateerde ziekten. Roken is daarmee de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak. Daarnaast is roken voor de meeste rokers ook een verslavingsziekte: weinig rokers die een stoppoging doen, lukt het ook

echt om met roken te stoppen. In 2008 meldde 74% van de rokers van plan te zijn in de toekomst te stoppen met roken. Iets meer dan 35% van de rokers wil binnen een jaar stoppen. Ondanks dat slechts zo'n 5% van de stoppogingen zonder ondersteuning succesvol is, wordt nog steeds 70% van de stoppogingen ondernomen zonder dat daarbij ondersteuning wordt gebruikt. Het gebruik van ondersteuning bij stoppen met roken kan de slaagkans van een stoppoging verhogen tot circa 20–30%.

Een integraal stoppen-met-rokenprogramma is de meest effectieve manier om rokers te laten stoppen met roken. Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit een combinatie van gedragsmatige begeleiding met farmacotherapeutische ondersteuning. Bij dit programma gaat het om een aanpak voor het stoppen met roken volgens de vigerende richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Door het integrale programma als een afzonderlijke Zvw-prestatie te regelen, kan een roker op het integrale programma aanspraak maken. Een dergelijke afzonderlijke Zvw-prestatie biedt partijen in de markt een herkenbaar en transparant product.

Met het advies van het CVZ is de wetenschappelijk bewezen effectiviteit van een integrale stopondersteuning benadrukt. Een integrale aanpak is sterker dan het aanbieden van diverse therapeutische componenten afzonderlijk. De basis van de integrale aanpak is de gedragsmatige begeleiding. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen farmacotherapie, maar dat farmacotherapie nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kan worden ingezet. Gekochte nicotinepleisters kunnen bijvoorbeeld niet bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden indien er geen gedragsmatige begeleiding wordt ingezet.

De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het stoppen-met-rokenprogramma wordt op de persoon afgestemd en indien nodig geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener (stepped care principe). De richtlijnen en standaarden voor de behandeling van tabaksverslaving hebben dit ook zo verwoord.

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma bedragen per stoppoging gemiddeld € 250. Het CVZ raamt de totale kosten bij landelijke invoering op een bedrag tussen de ongeveer € 20 en € 33 miljoen op jaarbasis. Het CVZ heeft deze cijfers onder meer gebaseerd op enquêtegegevens waarin ondervraagden zelf aan gaven of zij een stoppoging hebben gedaan en of zij daarbij ondersteuning hebben gekregen. In opdracht van mij heeft zorgverzekeraar Agis een «Vergoeding stoppen met rokenondersteuning» uitgevoerd. De proef is onderzocht door Regioplan Beleidsonderzoek. Op basis daarvan becijferen Agis en Regioplan de kosten van stoppen met roken op landelijk niveau tussen de ongeveer € 14 en € 23 miljoen. Gelet op deze becijfering, de voorwaarde dat de verzekerde het programma maximaal één keer per kalenderjaar kan volgen en de verwachting dat zorgverzekeraars efficiënt stoppen-met-rokenprogramma's zullen inkopen, verwacht ik dat een raming van ongeveer € 20 op jaarbasis reëel is.

Voor opname van preventieve interventies in de zorgverzekering zijn in de Rijksbegroting in ieder geval met ingang van 2011 gelden gereserveerd. Daarbij is rekening gehouden met een bedrag van € 20 miljoen per jaar voor het stoppen-met-rokenprogramma. Als de binnenkort te verwachten afronding van de besluitvorming over de begroting 2010 daarvoor de financiële ruimte biedt, wordt het stoppen-met-rokenprogramma met ingang van 1 januari 2010 in de Zvw-prestaties opgenomen. Daarom is ervoor gekozen de inwerkingstredingsdatum van het stoppen-met-rokenprogramma bij koninklijk besluit te bepalen.

De uitgaven voor het stoppen-met-rokenprogramma zullen gemonitord worden. Als in de praktijk blijkt dat de uitgaven hoger zijn dan het beschik-

bare jaarbudget, kan afhankelijk van de situatie en wijze van overschrijding overwogen worden om de te verzekeren prestatie aan te passen.

Om de zorgverzekeraar te ondersteunen dat het programma wordt gevolgd waarover hij goede afspraken heeft gemaakt, is artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, aangepast. Geregeld is dat de zorgverzekeraar kan bepalen dat als een door hem aangewezen stoppen-met-roken-programma wordt gevolgd, kosten van verzekerde zorg die samenhangt met stoppen met roken geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico vallen.

Onderdeel B, voor zover het betreft transplantaties van weefsels en organen

Artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, van het Bzv is om twee redenen gewijzigd.

In de eerste plaats is artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, gewijzigd ter uitvoering van het in de brief van 3 november 2008 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2008/09, 28 140, nr. 62) aangekondigde voornemen om de regelgeving zodanig aan te vullen dat de zorgverzekeraar in die gevallen dat ernstig twijfel bestaat over de ethische aanvaardbaarheid van een transplantatie de vergoeding voor rekening van de zorgverzekering moet weigeren. Aanleiding voor deze toezegging waren de problemen waarmee zorgverzekeraars werden geconfronteerd in geval van declaraties van niertransplantaties buiten Nederland waarbij er sprake was van het afstaan van een nier door een levende donor tegen betaling. Een dergelijke vergoeding verzet zich tegen de ethische en wettelijke normen in Nederland dat een orgaan om niet wordt afgestaan. Zorgverzekeraars Nederland heeft daarom bij brief van 29 september 2008, BDIR 2008/0022, aangegeven het wenselijk te achten dat geregeld zou worden dat transplantaties buiten de landen van de Europese Unie en van de landen die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte van de te verzekeren prestaties zouden worden uitgesloten, tenzij de verzekerde kan aantonen dat het een donatie betreft van een bloedverwant, echtgenoot of geregistreerde partner. In dat geval zal er geen sprake zijn van extra financiële compensatie, zo is de redenering. Deze aanbeveling van Zorgverzekeraars Nederland is gevolgd. Wat betreft de bloedverwantschap is gekozen voor bloedverwanten in de eerste, tweede of derde graad.

Deze regeling laat de bepalingen met betrekking tot de hoogte van de vergoeding, te weten artikel 13 van de Zvw en artikel 2.2, tweede lid, van het Bzv, onverlet.

In de tweede plaats is de limitatieve opsomming van transplantaties van weefsels en organen achterhaald gebleken. Zo worden geïsoleerde pancreastransplantaties voor rekening van de zorgverzekering verricht, terwijl deze niet afzonderlijk in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, zijn genoemd. Deze transplantaties voldoen echter wel aan het criterium van artikel 2.2, de stand van de wetenschap en praktijk, zoals het CVZ mij bij brief van 6 mei 2008, PAK/28038238, heeft laten weten. Het CVZ stelde daarom voor de bepaling op dit punt aan te passen. Aan deze aanbeveling is uitvoering gegeven door de limitatieve opsomming te laten vervallen.

Onderdeel D, voor zover het betreft verloskundige zorg en kraamzorg

De kosten van verloskundige en kraamzorg vallen niet onder het verplichte eigen risico. Dit is dezelfde uitzondering als voorheen bij de no-claimteruggave op grond van de Ziekenfondswet en later op grond van de Zvw gold. Bij de invoering van de Zvw is bij de formulering van de tekst voor deze uitzondering, in plaats van de woorden «verloskundige zorg en kraamzorg» gekozen voor een formulering die aansloot bij de

omschrijvingen van paragraaf 1 van hoofdstuk 2 van het Bzv. De term «kosten in verband met zwangerschap, bevalling en kraamzorg» leidt in de praktijk tot verwarring of daaronder meer zou vallen dan voorheen. Dat is niet het geval. Het gaat om de directe kosten voor verloskundige zorg en voor kraamzorg, zoals ook duidelijk blijkt uit de nota van toelichting op het Bzv. Tot de directe kosten behoren kosten zoals bijvoorbeeld de kosten van echoscopisch onderzoek uitgevoerd door de verloskundige en niet de kosten van zorg die onder andere te verzekerde prestaties vallen zoals bijvoorbeeld de kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokken-testen of ziekenvervoer. Om de verwarring weg te nemen is artikel 2.17 van het Bzv aangepast.

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