Staatsblad
van het Koninkrijk der Nederlanden

Jaargang 2012

512

Besluit van 13 oktober 2012, houdende wijziging van onder meer het Besluit zorgverzekering en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met maatregelen 2013 in het zorgpakket

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 18 juli 2012, Z-3123021;
Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, 6, tweede lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en 2, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg;
De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 24 augustus 2012, W13.12.0269/III);
Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2012, 10 oktober 2012, Z-3134719;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 2.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, wordt «met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a» vervangen door: dyslexiezorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c.

2. Het eerste lid, onderdeel a, wordt gewijzigd als volgt:

a. de komma aan het slot van onderdeel 1° wordt vervangen door een puntkomma;

b. na onderdeel 3° worden drie onderdelen toegevoegd, luidende:
4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt

teruggeplaatst;
5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;.

3. De punt aan het slot van het eerste lid, onderdeel c, wordt vervangen door een puntkomma.

4. Het derde lid vervalt.

B

Na artikel 2.5a worden twee artikelen 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 het één keer per kalenderjaar volgen van een programma.

Artikel 2.5c

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
a. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
3. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

C

Artikel 2.6, zevende lid, komt te luiden:
7. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

D

Artikel 2.7 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het vierde lid, onderdeel d, vervalt: aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar.

2. Het zesde lid vervalt.

E

In artikel 2.8 vervalt het zesde lid en wordt het zevende lid vernummerd tot zesde lid.

F

Artikel 2.9, derde lid, vervalt.

G

Artikel 2.10, vierde lid, vervalt.

H

In artikel 2.12 vervalt het tweede lid en de aanduiding «1» voor het eerste lid.

I

Artikel 2.16 vervalt.

J

Na artikel 2.15 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:

§ 1a. De eigen bijdragen

Artikel 2.16

De verzekerde betaalt voor eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage per zitting of per internetbehandeltraject.

Artikel 2.16a

De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt een eigen bijdrage voor mondzorg, bedoeld in artikel 2.7, eerste en vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.16b

1. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.
2. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

Artikel 2.16c

De verzekerde betaalt voor een bij ministeriële regeling aan te wijzen hulpmiddel als bedoeld in artikel 2.9, een eigen bijdrage ter grootte van:
a. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten,
b. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort, of
c. een bij die regeling te bepalen percentage van de kosten van het hulpmiddel.

Artikel 2.16d

1. De verzekerde betaalt voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12, een eigen bijdrage per uur, indien het betreft verzorging ten huize van de verzekerde.

2. De verzekerde en haar kind betalen ieder voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12, die verleend wordt in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, een eigen bijdrage per dag, vermeerderd met een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag waarmee het tarief van de instelling per dag te boven gaat.

Artikel 2.16e

1. De verzekerde is voor ziekenvervoer, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd.

2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke situaties de eigen bijdrage niet van toepassing is.

Artikel 2.16f

Bij ministeriële regeling wordt de hoogte van de eigen bijdragen, bedoeld in de artikelen 2.16, 2.16a en 2.16c tot en met 2.16e, vastgesteld.

K

Bijlage 1, eerste lid, onderdeel d, onder 1°, komt te luiden:

1°. Chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor COPD.

ARTIKEL II

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 2, eerste lid, vervalt onderdeel h en worden de onderdelen i tot en met m geletterd tot h tot en met l.

B

Artikel 11 vervalt.

ARTIKEL III

Artikel 3 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid vervalt onderdeel g en worden de onderdelen h tot en met m geletterd g tot en met l.

2. In het tweede lid wordt «onder f, g en i tot en met m» vervangen door: onder f en h tot en met l.

ARTIKEL IV

1. Een verzekerde die op 31 december 2012 drieënveertig jaar of ouder was en bij wie een in-vitrofertilisatiepoging uiterlijk op die datum was aangevangen, heeft recht op afronding van die poging voor rekening van de zorgverzekering.

2. Artikel 11 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, zoals dat artikel luidde op 31 december 2012, blijft van toepassing op vóór 1 januari 2013 door een instelling in bruikleen verstrekte verpleegartikelen tot ten hoogste zesentwintig weken nadat de bruikleen is aangevangen.

ARTIKEL V

In de artikelen 2.4, derde lid, 2.7, zesde lid, 2.9, derde lid, 2.10, vierde lid, 2.12, tweede lid, en 2.16 van het Besluit zorgverzekering wordt «Bij ministeriële regeling kan worden bepaald» vervangen door: Bij ministeriële regeling wordt bepaald.

ARTIKEL VI

Artikel I, onderdeel D, van het Invoeringsbesluit ambulancezorg vervalt.

ARTIKEL VII

1. Met uitzondering van artikel V en artikel VI treedt dit besluit in werking met ingang van 1 januari 2013.

2. Artikel V treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt:

a. wat betreft de wijziging van de artikelen 2.7, zesde lid, 2.9, derde lid, 2.12, tweede lid, en 2.16 van het Besluit zorgverzekering terug tot en met 1 januari 2006;

b. wat betreft de wijziging van artikel 2.4, derde lid, van het Besluit zorgverzekering terug tot en met 1 januari 2008;

c. wat betreft de wijziging van artikel 2.10, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering terug tot en met 1 januari 2012.

3. Artikel VI treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt met de daarbijbehorende stukken openbaar gemaakt door publicatie in de Staatscourant.

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

's-Gravenhage, 13 oktober 2012

Beatrix

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

Uitgegeven de *dertigste* oktober 2012

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I. W. Opstelten

stb-2012-512
ISSN 0920 - 2064
's-Gravenhage 2012

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Met dit besluit zijn het op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vastgestelde Besluit zorgverzekering, het op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vastgestelde Besluit zorgaanspraken AWBZ en het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg gebaseerde Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG per 1 januari 2013 gewijzigd.

Deze besluiten zijn gewijzigd ter uitvoering van maatregelen uit hoofde van het Begrotingsakkoord 2013[1] en de brief van 1 oktober 2012 van de informateurs aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal[2], het Regeerakkoord[3], het Pakketadvies 2012 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)[4] en de heroriëntatie hulpmiddelen.

Op de met dit besluit getroffen maatregelen wordt hierna verder ingegaan.

2. Begrotingsakkoord 2013 en de brief van 1 oktober 2012

Dit besluit omvat de volgende maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 en de hiervoor genoemde brief van 1 oktober 2012.

2.1. Afschaffen eigen bijdragen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en verblijf in verband met die zorg

Met ingang van 1 januari 2012 is voor behandeling in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns-ggz) voor verzekerden van achttien jaar en ouder een eigen bijdrage ingevoerd. Ook is per die datum een eigen bijdrage voor verzekerden van achttien jaar en ouder ingevoerd voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige ggz.

In het Begrotingsakkoord 2013 was afgesproken voor verzekerden van achttien jaar en ouder een eigen bijdrage per verpleegdag in een instelling voor somatische medisch-specialistische zorg in te voeren.

Met de brief van 1 oktober 2012 is voorgesteld de begroting voor 2013 te wijzigen. Onder de voorstellen valt het schrappen van de eigen bijdrage voor behandeling in de tweedelijns-ggz en het schrappen van de eigen bijdrage voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige ggz, alsmede het afzien van het invoeren van een eigen bijdrage per verpleegdag in een instelling voor somatische medisch-specialistische zorg.

Voor zorg waarop een dbc-tarief van toepassing is, geldt als tijdstip waarop de zorg is genoten, de datum waarop de dbc wordt geopend[5]. Gelet daarop gold voor de tweedelijns-ggz bijdrage dat deze verschuldigd was op het moment dat de dbc werd geopend. Dit betekent dat als een dbc voor tweedelijns-ggz in 2012 is geopend, maar op of na 1 januari 2013 nog niet is gesloten, de verzekerde toch nog de eigen bijdrage verschuldigd is.

De eigen bijdrage voor verblijf is een eigen bijdrage per maand die los staat van het openen van een dbc. Een verzekerde die op 1 januari 2013 nog in een instelling voor geneeskundige ggz verblijft, is vanaf die datum geen eigen bijdrage meer verschuldigd.

[1] Kamerstukken II 2011/12, 33 280, nr. 1.
[2] Kenmerk: 201200123.
[3] Kamerstukken II 2010/11, 32 417, nr. 15.
[4] Uitgave CVZ 2012, 307.
[5] Artikel 23, eerste lid, van de Zvw.

2.2. Procentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen

De hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie worden per 1 januari 2013 functiegericht omschreven en voor de hoortoestellen wordt dan de maximum vergoeding vervangen door een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Dit wordt geregeld in de Regeling zorgverzekering. De basis voor de nieuwe bijdrage is met dit besluit geregeld in het nieuwe artikel 2.16c, onderdeel c, van het Besluit zorgverzekering.

De functiegerichte omschrijving is conform de ingezette beleidslijn voor de hulpmiddelen. Door de huidige maximumvergoeding voor een hoortoestel te schrappen, heeft de zorgverzekeraar er direct financieel belang bij om scherp te onderhandelen over de prijs van een hoortoestel ten behoeve van zijn verzekerden. Door de functiegerichte omschrijving heeft een zorgverzekeraar ook betere mogelijkheden om selectief in te kopen voor zijn verzekerden. Een procentuele eigen bijdrage stimuleert bovendien ook de verzekerde tot een meer kostenbewuste keuze. Immers, hoe lager de prijs van het hoortoestel hoe lager de eigen bijdrage.

2.3. Opneming stoppen-met-rokenprogramma en opheffing beperking dieetadvisering

Met ingang van 1 januari 2012 is het stoppen-met-rokenprogramma uit het Zvw-pakket verwijderd en is de aanspraak op vergoeding van extramurale dieetadvisering beperkt tot de dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft. Met dit besluit is het stoppen-met-roken-programma weer in het pakket opgenomen en is geregeld dat aanspraak bestaat op maximaal drie uren dieetadvisering per kalenderjaar ten laste van de zorgverzekering.

3. Het Regeerakkoord

Dit besluit omvat de volgende maatregelen uit het Regeerakkoord.

3.1 Beperking ivf-pogingen

In het Regeerakkoord[1] is aangegeven dat thans drie ivf-behandelingen collectief worden vergoed en dat dit wordt beperkt tot één behandeling. Deze beperking moet een besparing opleveren van € 30 miljoen op jaarbasis. Omdat in het Besluit zorgverzekering wordt gesproken van een ivf-poging, wordt deze term hier verder gehanteerd.

Alternatieven

Tijdens de behandeling van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de Tweede Kamer der Staten-Generaal in november 2010 is een motie van de leden Dijkstra en Voortman[2] aangenomen waarin de regering wordt verzocht voor deze maatregel alternatieven te ontwikkelen die ertoe strekken op doelmatiger en patiëntvriendelijker wijze te besparen op de kosten van ivf.

Ter uitvoering van die motie is met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Freya, een patiëntenvereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblematiek, verkend of en op welke wijze er op een andere manier invulling kan worden gegeven aan de Regeerakkoordmaatregel. Uit de verkenning is gebleken dat doelmatigheidswinst te halen valt op een drietal terreinen:

1. Indicatiestelling: op basis van de kans op zwangerschap nauwkeuriger bepalen of en wanneer het starten van ivf zinvol is.

[1] Kamerstukken II 2011/12, 33 204, nr. 3.
[2] Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 46.

2. Medicatiebeleid: het meer op maat, dus doelmatiger, voorschrijven van medicatie.
3. Behandel- en kwaliteitsbeleid: het implementeren van nieuwe technieken en inzichten waardoor de fertiliteitbehandelingen verbeteren bij gelijkblijvende zwangerschapskans.

In de brief van 8 november 2011 aan de Tweede Kamer is aangegeven dat de voorstellen kansrijk lijken in termen van doelmatigheidswinst[1], maar dat eerst duidelijk moet zijn of de geïnventariseerde alternatieven de beoogde besparing halen en of deze zo implementeerbaar zijn dat de besparing een adequate vervanging is voor de in het Regeerakkoord opgenomen maatregel. Aan de Tweede Kamer is toegezegd het CVZ te vragen de voorstellen daarop te laten toetsen. Ook is meegedeeld dat indien het niet lukt tot een adequate invulling van de alternatieve maatregelen te komen, de maatregel uit het Regeerakkoord per 2013 zal worden ingevoerd.

Advies CVZ

Aan het CVZ is gevraagd over de volgende alternatieven een oordeel uit te spreken:
a. terugplaatsing van één embryo in plaats van twee embryo's (eSET);
b. inschatting prognose en afwachten (afwachtend beleid);
c. doelmatig medicijngebruik;
d. gebruik kort in plaats van lang stimulatieprotocol;
e. introductie leeftijdsgrens van eenenveertig jaar;
f. gebruik biosimilars;
g. afzien van karyogram;
h. laparoscopische electrocoagulatie;
i. gelijkwaardigheid verschillende types gonadotrofines (urinaire en recombinant preparaten).

Het CVZ heeft op 12 juni 2012 het gevraagde rapport[2] uitgebracht. De onder a, b, c en i genoemde alternatieven ziet het CVZ als reële alternatieven. Wat betreft a adviseert het CVZ de terugplaatsing van één embryo te beperken tot verzekerden tot achtendertig jaar voor zover het gaat om de eerste twee ivf-pogingen. Plaatsing van één embryo leidt tot een vermindering van het aantal meerlingzwangerschappen en de daarmee samenhangende morbiditeit, mortaliteit en kosten. In alle andere gevallen kan het terugplaatsen van twee embryo's aangewezen zijn.

Het CVZ oordeelt dat, in vergelijking met de oorspronkelijke maatregel (vergoeden van drie naar één ivf-poging) de alternatieve voorstellen uit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid de voorkeur verdienen. Zoals gevraagd in de motie, worden de patiënten met de alternatieve voorstellen veel meer ontzien. Invulling van de bezuiniging wordt immers niet uitsluitend gerealiseerd door verzekeringsrechten te beperken, maar vooral ook door substantiële doelmatigheidswinst (voorstel c en i). Daarnaast wordt door toepassing van de alternatieve voorstellen kwaliteitswinst geboekt (voorstel a en b),
De geselecteerde alternatieven vergen dat de achterban van de NVOG conform de voorstellen gaat handelen. Ook zorgverzekeraars zullen zich extra moeten inspannen bij de inkoop en controle.

Voorts heeft het CVZ op 12 juni 2012 het rapport «Een leeftijdsgrens voor vruchtbaarheidsbehandelingen»[3] uitgebracht. In dat rapport adviseert het CVZ een leeftijdsgrens van drieënveertig jaar in te voeren voor het vergoeden ten laste van de zorgverzekering van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg aan vrouwen. Het bereiken van de leeftijd van drieënveertig jaar betekent bij vrouwen in het algemeen het einde van de fertiele

[1] Kamerstukken II 2011/12, 33 000 XVI, nr. 24.
[2] Uitgave CVZ 2012, volgnummer 2012070955.
[3] Uitgave CVZ 2012, volgnummer 2011028902.

levensfase. In het licht van de Zvw acht het CVZ daarom deze grens verdedigbaar.

Het totale besparingspotentieel van deze alternatieven wordt geschat op maximaal € 38,1 miljoen, maar het CVZ geeft daarbij wel aan dat er sprake is van enige onzekerheden.

Gekozen alternatief

Ik heb besloten om de aanbevelingen van het CVZ over te nemen. Dit houdt in dat met dit besluit voor verzekerden tot achtendertig jaar voor zover het gaat om de eerste twee ivf-pogingen slechts één embryo mag worden teruggeplaatst. Alleen in dat geval komen de ivf-pogingen voor rekening van de zorgverzekering. In alle andere gevallen kan het terugplaatsen van twee embryo's voor rekening van de zorgverzekering komen indien dat aangewezen is. Daarenboven heb ik besloten, conform het advies van het CVZ, een leeftijdsgrens van drieënveertig jaar voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg aan vrouwen in te voeren. Ook hiervoor is het Besluit zorgverzekering aangepast.

De overige aanbevelingen van het CVZ vergen geen wijziging van het Besluit zorgverzekering.

In onderzoek is aangetoond dat door uitstel van behandelingen (bij een goede prognose) in de wachttijd spontane zwangerschappen ontstaan en minder vruchtbaarheidsbehandelingen nodig zijn. Het afwachtende beleid bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunalt score) is in de richtlijn «Onverklaarbare subfertiliteit» vastgelegd. Dit beleid is evidence based (conform de stand van de wetenschap en praktijk). Als dat beleid niet is toegepast, is de verzekerde niet aangewezen op een ivf en heeft zij geen recht (artikel 2.1, tweede en derde lid, van het Besluit zorgverzekering) op een ivf-poging ten laste van de zorgverzekering.

De effecten van de ivf-maatregel zullen eind 2013 worden gemonitord.

Vrouwen die een ivf-poging ondergaan, houden medicatie (gonadotrofines) over ter waarde van gemiddeld € 400 á € 425. Door het meer doelmatig voorschrijven van medicatie kunnen overbodige kosten worden beperkt. De gynaecologen, verenigd in de NVOG, hebben toegezegd daadwerkelijk doelmatiger te gaan voorschrijven. Ook de andere partijen ZN en Freya, staan achter deze maatregel. Voor zorgverzekeraars houdt de maatregel in dat zij bij de inkoop van interventies met hormonale follikelstimulatie rekening moeten houden met het doelmatig voorschrijven van gonadotrofines. Met het CVZ ben ik dus van mening dat het hier gaat om een reëel besparingsvoorstel. Ook ben ik met het CVZ van mening dat naast het doelmatig voorschrijven ten aanzien van de grootte van de verpakkingen relevant is dat recombinantmiddelen, indien mogelijk, vervangen worden door urinaire recombinantpreparaten. Ik wil hierover duidelijke afspraken maken met partijen.

Het doelmatig voorschrijven zou kunnen worden versterkt door overheveling van gonadotrofines naar het ziekenhuiskader, waardoor ziekenhuizen verantwoordelijk worden voor de inkoop van deze middelen. Dat is evenwel niet voor 1 januari 2014 te realiseren. Dit hoeft echter het behalen van de beoogde besparingen niet in de weg te staan. Als daadwerkelijk overgegaan wordt tot het voorschrijven van een kleinere dosis, conform de afspraak, en vervanging van recombinantvarianten door urinaire preparaten, wordt de beoogde besparing bereikt. Dit zal uit de monitor blijken.

3.2. Overheveling geriatrische revalidatie

Met dit besluit is de geriatrische revalidatie onder de te verzekeren prestaties Zvw gebracht en uit de aanspraken op grond van de AWBZ verwijderd. Het gaat hier om een maatregel die door vorige kabinetten in gang is gezet[1] en waartoe ook dit kabinet in het Regeerakkoord heeft besloten. Ook het CVZ heeft in zijn pakketadvies 2007[2] geadviseerd de geriatrische revalidatie uit de AWBZ over te hevelen naar de Zvw.

Achtergrond

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven participeren. Deze zorg wordt thans vrijwel uitsluitend intramuraal geleverd door instellingen die zorg verlenen op het terrein van de verpleging en persoonlijke verzorging, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Geriatrische revalidatie onderscheidt zich in zorginhoud en cliëntgroep van de medisch-specialistische revalidatie, die al onderdeel uitmaakt van de Zvw-prestaties. Die revalidatie vindt plaats onder leiding van een revalidatiearts in gespecialiseerde centra en ziekenhuizen.

In 2011 omvatte het AWBZ-budget voor de geriatrische revalidatie ongeveer € 740 miljoen (inclusief kapitaallasten in prijzen 2011). Per jaar vangen circa 45 000 geriatrische revalidatietrajecten aan. De gemiddelde duur van een geriatrische revalidatiebehandeling was in 2011 42 dagen.

Doel overheveling

Doel van de overheveling naar de Zvw is het verbeteren van de geriatrische revalidatie door een betere aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en geriatrische revalidatie. Hoewel patiënten direct na de ziekenhuisingreep gebaat zijn bij een snelle start van de revalidatiebehandeling, blijven zij nog regelmatig te lang in het ziekenhuis liggen of worden niet goed doorverwezen. In veel regio's weten instellingen elkaar steeds beter te vinden, maar de samenwerking kan in het algemeen beter.

Daarnaast is het doel om mogelijk te maken dat er korte, intensieve revalidatieprogramma's komen. De financieringsystematiek van de AWBZ is namelijk niet geënt op variabele behandelintensiteit terwijl een kort intensief revalidatieprogramma voor patiënten die dit fysiek en mentaal aan kunnen veelal beter werkt dan een langdurige, laagintensieve revalidatiebehandeling van een paar uur per week. Voor bijvoorbeeld cliënten met een Cerebro Vasculair Accident is snel en intensief revalideren bewezen effectief. De zorgzwaartepakketfinanciering ontmoedigt een kortere ligduur in combinatie met intensieve behandeling.

Voorts geeft de AWBZ nauwelijks mogelijkheden voor extramurale behandelarrangementen, terwijl hier in de revalidatie na klinische opname wel behoefte aan is. In het algemeen zal een cliënt voor wie dat mogelijk is, na verloop van tijd thuis beter en sneller revalideren dan in een intramurale verblijfssituatie, uiteraard onder de voorwaarde dat passende poliklinische revalidatiezorg kan worden aangeboden.

Tot slot kan voor de geriatrische revalidatie een kwaliteitsslag worden gemaakt als de zorg meer geconcentreerd in gespecialiseerde instellingen wordt aangeboden. Verenso, de beroepsvereniging van de specialisten ouderengeneeskunde, heeft in 2010 een norm gepubliceerd voor het

[1] Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nrs. 15, 49, 66 en 72, 2009/10, 29 248, nr. 109, 2010/12, nr. 305 97, nr. 184.
[2] Uitgave CVZ 2007, 248.

minimum aantal behandelingen per locatie om optimale kwaliteit te kunnen bieden.

Effecten

Door overheveling van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw wint de geriatrische revalidatiezorg aan kwaliteit en doelmatigheid. De verwachting is dat zich een meer gespecialiseerd aanbod van revalidatiezorg ontwikkelt, de overgangen binnen de keten van ziekenhuis naar huis soepeler verlopen en meer variabele zorgarrangementen worden aangeboden (zorg op maat).

Zorgverzekeraars voeren na de overheveling naar de Zvw de regie over de hele keten van geriatrische revalidatiezorg en hebben belang bij een kosteneffectieve inrichting van deze ketenzorg. Zij zullen via hun inkoopbeleid de betrokken zorgaanbieders prikkelen tot meer kwaliteit en doelmatigheid. Zorgverzekeraars moeten geprikkeld worden om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Per 1 januari 2015 zullen zorgverzekeraars daarom volledig risicodragend zijn voor deze zorg.

Daarnaast zal het aanbod diverser worden, omdat de Zvw-financiering een meer gevarieerd zorgaanbod mogelijk maakt. Er komen meer dbc-zorgproducten dan er thans revalidatiezorgproducten zijn onder de AWBZ. De betrokken beroepsgroepen zullen in hun kwaliteitsleidraden ook meer gaan sturen op aanbod op maat voor de cliënt.

In het zicht van de voorgenomen overheveling heeft de zorgsector op het terrein van verpleging en verzorging met andere betrokken veldpartijen verschillende initiatieven genomen gericht op kwaliteitsverbetering van de geriatrische revalidatie, zoals een efficiëntere inrichting van de zorgketen, het ontwikkelen van nieuwe behandelarrangementen en de inzet op een kortere en intensievere behandeling van revalidatiecliënten. Voor de cliënten is winst dat zij met een hoog renderende revalidatiebehandeling langer zelfstandig kunnen functioneren. Met de overheveling ontstaat een meer gevarieerd aanbod waardoor zij zorg op maat kunnen krijgen en bijvoorbeeld ook thuis kunnen revalideren.

Uiteindelijk dient de doelmatigheidswinst die met deze zorg geboekt kan worden zich ook in een besparing vertalen. In het Regeerakkoord is per 2015 structureel € 50 miljoen voor doelmatigheidswinst op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) ingeboekt.

De voorbereidingen met betrekking tot het overhevelen van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw zijn reeds bij de aankondiging van dit voornemen in de brief van 13 juni 2008 over de toekomst AWBZ[1] van start gegaan. Om tot een goede uitvoering per 1 januari 2013 te komen, zijn de afgelopen periode de volgende zaken voorbereid:

- Er is voor deze zorg een dbc-systematiek ontwikkeld door DBC-Onderhoud en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Er is een triage instrument door Verenso ontwikkeld, waarbij relevante professionals betrokken waren. In dit instrument wordt beschreven op welke wijze patiënten worden doorverwezen naar de verschillende vormen van zorg (AWBZ-zorg, medisch-specialistische zorg en geriatrische revalidatie) en welke patiëntkenmerken hieraan ten grondslag liggen. Deze kenmerken zijn essentieel voor de afbakening van de verschillende vormen van zorg. Tevens is dit instrument richtinggevend voor de zwaarte van het te declareren product.
- Er zijn experimenten uitgevoerd met innoverende zorg in zestien proeftuinen. De effecten van de proeftuinen op de kwaliteit van zorg worden gemonitord en beschreven in een «Leidraad goede zorg».

[1] Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nr. 15.

• Er is een start gemaakt met de ontwikkeling van indicatoren om de kwaliteit van zorg te kunnen meten.
• Er is zorggedragen voor de ondersteuning van instellingen bij de invoering van dbc's, zowel organisatorisch als op ICT-gebied.

4. Pakketadvies 2012 van het CVZ

Het CVZ brengt elk jaar een pakketadvies uit waarin het college adviseert over het pakket voor het komende jaar. In zijn pakketadvies 2012 heeft het CVZ geadviseerd over het pakket 2013.

Onderdeel van het pakketadvies is een samenvatting van de adviezen die het CVZ sinds het pakketadvies van het jaar daarvoor heeft uitgebracht. Twee van die adviezen leiden tot wijziging van het Besluit zorgverzekering. Deze betreffen fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden en de formulering van de aandoening COPD op de lijst van chronische aandoeningen ter behandeling waarvan langdurige fysio- of oefentherapie voor rekening van de zorgverzekering komen (verder te noemen: chronische lijst).

4.1 Fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden

In het rapport «Fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden» van 22 november 2011[1] stelt het CVZ voor de leeftijd van zes jaar bij fluorideapplicaties te laten vervallen. De ten laste van de zorgverzekering komende mondzorg voor verzekerden tot achttien jaar omvatte tot nu toe fluorideapplicaties vanaf de leeftijd van zes jaar. Aan de leeftijd van zes jaar lag ten grondslag dat pas vanaf het zesde jaar blijvende gebitselementen doorbreken. Er blijkt echter een tendens te zijn dat blijvende gebitselementen al op jongere leeftijd doorbreken. Daardoor komt het steeds vaker voor dat verzekerden die wel al blijvende gebitselementen hebben, maar nog geen zes jaar zijn, geen fluorideapplicaties ontvangen. Het CVZ adviseert daarom dat fluorideapplicaties voor verzekerden onder de zes jaar voortaan ter beschikking staan vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen. Vanwege het belang dat het kabinet hecht aan een tijdige en effectieve inzet van preventieve maatregelen om de gebitsgezondheid van de jeugd op een hoog peil te brengen, is voornoemd advies overgenomen en is met dit besluit de leeftijd van zes jaar vervallen.

4.2 Actualisering vermelding aandoening COPD op chronische lijst

In het rapport «Fysio- en oefentherapie bij chronic obstructieve pulmonary disease (COPD)» van 2 april 2012[2] adviseert het CVZ de aandoening COPD te handhaven op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (de chronische lijst) omdat fysio- en oefentherapie bij deze indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder adviseert het CVZ de verouderde maat waarin de aandoening COPD op de chronische lijst wordt uitgedrukt (FEVI/VC kleiner dan 60%) aan te passen.

Dit advies van het CVZ is overgenomen. De aandoening COPD is op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering gehandhaafd, maar de verouderde aanduiding daarvan is vervangen door een verwijzing naar stadium II of hoger van de Gold Classificatie voor COPD.

5. Heroriëntatie hulpmiddelen

Bij de behandeling van de begroting van het Ministerie van VWS voor het jaar 2005 heeft de Tweede Kamer verzocht de hulpmiddelenverstrekking te vereenvoudigen[3]. Dit verzoek heeft geleid tot het besluit de verstrekking van hulpmiddelen op grond van de AWBZ op te heffen en deze hulpmiddelen te herverdelen over de Zvw en Wmo. In verband met

[1] Uitgave CVZ 2011, 2011083070.
[2] Uitgave CVZ 2012, volgnummer 2012005854.
[3] Handelingen II 28 oktober 2004, TK 15.

de beoogde herverdeling is aan het CVZ in september 2008 een uitvoeringstoets gevraagd over de praktische gevolgen daarvan.

Het CVZ heeft op 16 juli 2009 het rapport «Heroriëntatie Hulpmiddelen»[1] uitgebracht. In dat rapport stelde het CVZ voor alle hulpmiddelen die gericht zijn op de zelfredzaamheid in en om de woning onder de Wmo te brengen en de hulpmiddelen die betrekking hebben op het compenseren van een specifieke aandoening in de Zvw onder te brengen. De hulpmiddelen in de AWBZ zouden op basis van dat onderscheid worden verdeeld in hulpmiddelen die onder de Wmo en hulpmiddelen die onder de Zvw zouden vallen. Het gaat bij de hulpmiddelenverstrekking in de AWBZ om het in bruikleen verstrekken gedurende een termijn van ten hoogste zesentwintig weken van onder meer inrichtingselementen voor de woning, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen zoals anti-decubitusmatrassen, douche- of toiletstoelen en toiletverhogers.

Als reactie op het CVZ-voorstel heeft ZN samen met de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad (CG-Raad) en de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisatie (CSO) een alternatieve indeling voorgesteld. In de ZN-variant worden alle hulpmiddelen, met uitzondering van de woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen, waaronder de scootmobiel, in de Zvw ondergebracht.

Het CVZ heeft vervolgens de ZN-variant en de CVZ-variant met elkaar vergeleken. Op 30 november 2009 heeft het CVZ het rapport «Heroriëntatie Hulpmiddelen 2, vergoeding hulpmiddelen beter geregeld»[2] uitgebracht. Het CVZ handhaaft in dat rapport zijn advies om de hulpmiddelen themagewijs te herschikken naar de Zvw en Wmo.

De Tweede Kamer is vervolgens op 11 juni 2011 geïnformeerd dat dit advies van het CVZ zal worden gevolgd omdat de indeling van het CVZ het meest logisch is[3].

Tijdens de behandeling van de begroting voor het jaar 2012 van het Ministerie van VWS is de motie Gerbrands c.s.[4] ingediend waarin de regering wordt verzocht geen Zvw-hulpmiddelen en geen AWBZ-hulpmiddelen over te hevelen naar de Wmo maar deze onder de Zvw te laten vallen en verder niets te veranderen aan de hulpmiddelen die nu onder de Wmo vallen. Deze motie is door een brede meerderheid van de Tweede Kamer aanvaard[5]. Ter uitvoering van de motie is zijn de hulpmiddelen met dit besluit uit het AWBZ-pakket geschrapt en zullen deze onderdeel uit gaan maken van het Zvw-pakket. Hiervoor zal de Regeling zorgverzekering per 1 januari 2013 zijn aangepast.

6. Financiële gevolgen 2013

De maatregelen waar dit besluit betrekking op heeft, hebben over het jaar 2013 de volgende financiële gevolgen voor het Budgettair Kader Zorg:

1. Het schrappen van de eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz en het schrappen van de eigen bijdrage voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige ggz wordt geraamd op een opbrengstverlies van € 90 miljoen.
2. De geraamde opbrengst als gevolg van invoering van een eigen bijdrage voor hoortoestellen van 25% van de kosten in plaats van de maximumvergoeding die tot nu toe geregeld is, bedraagt € 27 miljoen.
3. De geraamde meerkosten als gevolg van het opnemen in het Zvw-pakket van zorg bij stoppen-met-rokenprogramma bedragen € 20 miljoen.
4. De geraamde meerkosten als gevolg van het opnemen van drie uren dieetadvisering per kalenderjaar in het pakket bedragen € 44 miljoen.
5. De geraamde opbrengst van de beperking van de aanspraak op vergoeding van ivf-pogingen en de daarbij behorende maatregelen bedraagt voor de Zvw € 30 miljoen.

[1] Uitgave CVZ 2009, nr. 279.
[2] Uitgave CVZ 2011, volgnummer: 29101224.
[3] Kamerstukken II 2010/11, 32 805, nr. 1.
[4] Kamerstukken II 2011/12, 33 000 XVI, nr. 52.
[5] Handelingen II, 15 november 2011, TK 23.

6. Naar raming betekent het opnemen van de geriatrische revalidatie in het Zvw-pakket meerkosten voor de Zvw van ongeveer € 740 miljoen (prijsniveau 2011) en een besparing voor de AWBZ met hetzelfde bedrag.

7. Naar raming betekent de overheveling van de hulpmiddelen van de AWBZ naar de Zvw een besparing op de kosten voor de AWBZ van € 79 miljoen. De extra kosten voor de Zvw zijn eveneens geraamd op € 79 miljoen.

7. Administratieve lasten en regeldruk

De maatregelen in dit besluit leiden niet tot extra administratieve lasten en nalevingskosten. De maatregelen sluiten aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen (zorg)instellingen, verzekeraars en cliënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wisselen namelijk in de huidige situatie al gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten, zodat dat in de praktijk geen gevolgen heeft.

II. Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A, voor zover het artikel 2.4, aanhef, betreft

Met het wijzigen van de aanhef van artikel 2.4 is geregeld dat de in dat artikel omschreven geneeskundige zorg ook zorg bij stoppen-met-rokenprogramma en geriatrische revalidatie bevat. Deze zorg is verder omschreven in de artikelen 2.5b en 2.5c. Om misverstanden te voorkomen is de uitsluiting van geneeskundige zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden van de aanhef naar onderdeel a, onder 6°, verplaatst. Voor zover deze zorg verzekerd is, heeft artikel 2.7 (mondzorg) daarop betrekking.

Onderdeel A, voor zover het ivf-pogingen betreft

In artikel 1, onderdeel e, van het Besluit zorgverzekering is het begrip ivf-poging gedefinieerd zoals dat relevant is voor de te verzekeren Zvw-prestaties. Onderdeel van een ivf-poging is het terugplaatsen van een of twee embryo's. Teneinde te regelen dat bij de eerste twee ivf-pogingen als een vrouw jonger is dan achtendertig maar één embryo wordt teruggeplaatst, is aan artikel 2.4, eerste lid, onder a, een nieuw onderdeel 4° toegevoegd. In alle andere gevallen geldt dat er twee embryo's kunnen worden teruggeplaatst als dat is aangewezen.

Met toevoeging van het nieuwe onderdeel 5° is geregeld dat een verzekerde vrouw van drieënveertig jaar en ouder geen recht heeft op vergoeding van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, inclusief ivf-pogingen. Daarbij gaat het om alle diagnostiek en behandeling van vruchtbaarheidsproblemen die geboden wordt vanaf het moment dat een vrouw zich tot een arts wendt voor ongewilde kinderloosheid en onderzoek gedaan wordt naar een eventuele oorzaak van het vruchtbaarheidsprobleem.

Voor zorg waarop de tarifering op basis van een dbc van toepassing is, geldt als tijdstip waarop de zorg is genoten, de datum waarop de dbc wordt geopend. Dit betekent dat als de verzekerde de leeftijd van drieënveertig jaar bereikt en vruchtbaarheidsgerelateerde zorg ontvangt, zij recht heeft op die zorg ten laste van de zorgverzekering die valt onder de dbc die geopend is voordat zij die leeftijd heeft bereikt. Dat geldt ook voor een ivf-poging die valt onder de dbc die geopend is voordat de verzekerde de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt. Op een ivf-poging kunnen echter ook later geopende dbc's van toepassing zijn. Immers, ingevolge de in artikel 1, onderdeel e, van het Besluit zorgverzekering geregelde definitie van een ivf-poging kunnen er binnen een

poging verschillende keren een embryo of, indien van toepassing, twee embryo's worden teruggeplaatst. Gelet hierop is, conform het advies van het CVZ, een uitzondering gemaakt voor zover het een ivf-poging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt.

Een ivf-poging kan tevens een intracytoplasmatische sperma-injectie omvatten.

Onderdeel B

Artikel 2.5b (zorg bij stoppen-met-rokenprogramma)

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, gaat het om de zorg die per 1 januari 2012 uit het pakket is verwijderd. Het 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.

Artikel 2.5c (geriatrische revalidatie)

In het eerste lid van artikel 2.5c is omschreven wat de geriatrische revalidatie omvat.

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, richt de geriatrische revalidatie zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven participeren.

In het eerste lid zijn deze elementen van de geriatrische revalidatiezorg omschreven.

Net als in de andere in het Besluit zorgverzekering omschreven zorg is de formulering «plegen te bieden» gebruikt. Bij de geriatrische revalidatie gaat het om integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. Zoals in de nota van toelichting op het Besluit zorgverzekering is aangegeven, betekent het noemen van deze beroepsbeoefenaren niet dat deze zorg ook door hen geleverd moet worden. Het opnemen van een beroepsgroep kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Wie de zorg voor rekening van de zorgverzekering levert, is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en verzekerde. Zij maken daar samen afspraken over in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere, ook niet in het Besluit zorgverzekering genoemde beroepsbeoefenaren zijn. Dat zijn ook vaak instellingen.

Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Overigens bestaat dit specialisme pas sinds 1 januari 2009 en is dit specialisme in de plaats gekomen van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialisten ouderengeneeskunde genoemd.

In het eerste lid zijn de termen kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit gebruikt. Er is sprake van kwetsbaarheid indien er een gelijktijdige afname is op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk[1]. Er is sprake van complexe multimorbiditeit indien de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps leidt tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht[2].

Voorts regelt het eerste lid dat de zorg gericht moet zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Onder de thuissituatie valt ook wonen in een verzorgingshuis, maar niet in een instelling zoals een verpleeghuis. Dat volgt uit het tweede lid, onderdeel a.

In het tweede lid zijn de cumulatieve voorwaarden voor de geriatrische revalidatie geregeld. Deze zijn dat de geriatrische zorg moet aansluiten op het verblijf in het ziekenhuis en dat de verzekerde vóór de ziekenhuisopname niet in een verpleeghuis verbleef (onderdeel a). Bovendien moet de geriatrische revalidatie bij aanvang gepaard gaan met verblijf (onderdeel b). Deze laatste voorwaarde kan mogelijk op termijn komen te vervallen indien de zorg op basis van cliëntenkenmerken en zorgpaden geleverd kan worden.

Voor de terminologie met betrekking tot het ziekenhuisverblijf is aangesloten bij hetgeen in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering is geregeld. Voor de terminologie met betrekking tot het verblijven in een verpleeghuis is aangesloten bij artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, namelijk dat er sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling.

Als de geriatrische revalidatie start, is er geen indicatie meer voor het verblijf in een ziekenhuis. De cliënt kan nog wel onder controle van de medisch-specialist zijn en de dbc voor de ziekenhuiszorg hoeft dus nog niet te zijn afgesloten. Wel is de behandeling voor de aandoening waarvoor geriatrische revalidatie is aangewezen aan de specialist ouderengeneeskunde overgedragen.

In het derde lid is geregeld dat de duur van de zorg beperkt is tot maximaal zes maanden. Het kan daarbij gaan om een klinische of poliklinische behandeling of een dagbehandeling. Bij uitzondering kan de geriatrische revalidatie meer tijd in beslag nemen. In dat geval kan de zorgverzekeraar een periode langer dan zes maanden toestaan.

De geriatrische revalidatie is in het Besluit zorgaanspraken AWBZ niet als aparte zorgvorm omschreven. Met het regelen van geriatrische revalidatie in het Besluit zorgverzekering is deze zorg automatisch uit het AWBZ-pakket geschrapt. Immers, ingevolge artikel 2, eerste lid, aanhef, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ valt zorg die kan worden bekostigd op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw, niet onder de AWBZ-aanspraken.

Voor cliënten die op 1 januari 2013 geriatrische revalidatie ontvangen die al in 2012 gestart was, geldt eveneens dat de geriatrische revalidatie met ingang van 1 januari 2013 voor rekening van de zorgverzekering komt. De maatregel heeft dus onmiddellijke werking.

[1] Bron: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.
[2] Bron: Rapport van de Gezondheidsraad van 22 januari 2008 «Ouderdom komt het gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit», publicatienummer 2008/01.

Onderdeel C

Tot 1 januari 2012 bestond, ten laste van de zorgverzekering, aanspraak op dieetadvisering, zijnde voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonte tot een maximum van vier behandeluren per kalenderjaar. Met ingang van 1 januari 2012 is de aanspraak op dieetadvisering beperkt tot de dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft. Gezien de in het Begrotingsakkoord 2013 beschikbaar gestelde middelen is het Zvw-pakket met dit besluit uitgebreid met maximaal drie behandeluren dieetadvisering. Deze maximering geldt met ingang van 1 januari 2013 ook voor dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte, of aan diabetes of die een cardiovasculair risico heeft.

Onderdeel D, voor zover het fluorideapplicatie betreft

Zoals in het algemene deel van de toelichting is uiteengezet, is artikel 2.7, vierde lid, onderdeel d, gewijzigd teneinde verzekerden onder de zes jaar voortaan recht te geven op fluorideapplicaties voor rekening van de zorgverzekering vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.

Het CVZ heeft literatuuronderzoek gedaan naar de vraag of professionele fluorideapplicatie bij kinderen die nog geen blijvende gebitselementen hebben, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat niet kan worden aangetoond dat fluorideapplicatie bij kinderen met een melkgebit ter preventie van tandcariës, behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg behoort dus niet tot het pakket en dit hoeft dus niet expliciet geregeld te worden.

Verzekerden zijn slechts redelijkerwijs aangewezen op professionele fluorideapplicatie ter preventie van tandcariës vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit.

Onderdelen A, voor zover het de eigen bijdrage betreft, D, voor zover het de eigen bijdrage betreft, en E tot en met J

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om alle bepalingen over de eigen bijdragen, ook de al in 2012 en eerder geregelde eigen bijdragen, in een aparte paragraaf van het Besluit zorgverzekering op te nemen. Hierdoor is het overzichtelijker voor welke zorg eigen bijdragen gelden. Daarbij is er tevens voor gekozen zoveel mogelijk in het Besluit zorgverzekering te regelen en de nadere regeling in de Regeling zorgverzekering zoveel mogelijk te beperken tot de bedragen.

Artikel 2.16

Deze bepaling regelt de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg.

Artikel 2.16a

In deze bepaling is de eigen bijdrage voor bijzondere tandheelkunde en voor de uitneembare volledige prothetische voorziening geregeld.

Artikel 2.16b

Deze bepaling regelt de eigen bijdrage in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem en de bevoegdheid om bij ministeriële regeling te regelen hoe die bijdrage berekend wordt.

Artikel 2.16c

Deze bepaling regelt de eigen bijdrage voor hulpmiddelen. Zoals hiervoor is aangegeven geldt per 1 januari 2013 dat voor hoortoestellen een eigen bijdrage van 25% van de kosten wordt geheven in plaats van de eigen bijdrage die tot nu toe geregeld is. De bevoegdheid dat bij ministeriële regeling, in casu de Regeling zorgverzekering, te bepalen, is geregeld in onderdeel c.

Artikel 2.16d

In deze bepaling is de eigen bijdrage voor kraamzorg geregeld. Het eerste lid betreft de eigen bijdrage ingeval de kraamzorg thuis wordt verleend. Het tweede lid betreft de eigen bijdrage indien de verzekerde en haar kind voor de kraamzorg in een instelling verblijven. Het gaat hier om een verblijf zonder indicatie voor medisch-specialistische zorg.

Artikel 2.16e

De bepaling regelt dat er een eigen bijdrage voor vervoer, niet zijnde ambulancevervoer moet worden betaald, met uitzondering van de situaties die op grond van het tweede lid in de Regeling zorgverzekering worden genoemd.

Artikel 2.16f

Deze bepaling geeft de bevoegdheid om bij ministeriële regeling, in casu de Regeling zorgverzekering, de hoogte van de eigen bijdragen te regelen.

Onderdeel K

Met deze wijziging is de verouderde omschrijving op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering van de aandoening COPD vervangen door een verwijzing naar stadium II of hoger van de Gold Classificatie.

Artikel II, III en IV, tweede lid

Artikel 2, eerste lid, onderdeel h, en artikel 11 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ vervallen vanwege het verwijderen van de hulpmiddelen (in deze bepalingen verpleegartikelen genoemd) uit het AWBZ-pakket. Hierdoor vervalt ook de verwijzing naar artikel 11 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG.

De verzekerde die uiterlijk op 31 december 2012 een verpleegartikel in bruikleen heeft gekregen, behoudt recht op bruikleen van dat verpleegartikel ten laste van de AWBZ gedurende zes maanden nadat de bruikleen is aangevangen.

Artikel IV, eerste lid

Dit lid bevat overgangsrecht voor verzekerden die op 31 december 2012 al drieënveertig jaar of ouder waren en ingevolge dit besluit geen recht meer hebben op ivf-pogingen. Voor hen is geregeld dat zij recht houden op afronding van die poging voor rekening van de zorgverzekering. Zoals uit de uiteenzetting in de toelichting op artikel I, onderdeel A, blijkt, geldt dit zonder deze bepaling al voor voor een ivf-poging die valt onder de dbc die geopend is voor de inwerkingtreding van dit besluit. Hetzelfde geldt voor overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die valt onder een dbc die in 2012 geopend is.

Artikel V en VII, tweede lid

Naar aanleiding van een juridische procedure over de eigen bijdragen voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, is de vraag gerezen of, gezien artikel 11, derde en vierde lid, onderdeel a, van de Zvw, in het Besluit zorgverzekering zoals dat tot 1 januari 2013 luidt niet zou moeten worden opgenomen dat bij ministeriële regeling (in casu: in de Regeling zorgverzekering) eigen bijdragen *worden* geregeld in plaats van *kunnen worden* geregeld. Dit is nu alsnog met terugwerkende kracht tot en met de datum waarin de desbetreffende eigen bijdragen voor het eerst konden worden opgelegd, geregeld. Met deze louter technische aanpassing wordt geen materiële wijziging beoogd.

Vanaf 1 januari 2013 zijn, in de nieuwe paragraaf 1a van het Besluit zorgverzekering, de eigen bijdragen voor de curatieve zorg meer op het niveau van dat Besluit zelf, in plaats van in de Regeling zorgverzekering geregeld (zie artikel I, onderdeel J). De bepalingen die met artikel V op grond van artikel VII, tweede lid, met terugwerkende kracht gewijzigd zijn, zijn met ingang van die datum vervallen (zie artikel I, onderdelen A, subonderdeel 4, D, E, F, G, H en I, juncto artikel VII, eerste lid).

Artikel VI en VII, derde lid

Met artikel I, onderdeel D, van het Invoeringsbesluit ambulancezorg is artikel 2.16, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering gewijzigd, zoals dat artikel luidde tot de inwerkingtreding van het onderhavige besluit. De inwerkingtreding van het Invoeringsbesluit ambulancezorg hangt af van de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet ambulancezorg. Om te voorkomen dat het Invoeringsbesluit ambulancezorg een artikel wijzigt dat met voorliggend besluit vervalt (artikel 2.16) is artikel I, onderdeel D, van het Invoeringsbesluit ambulancezorg geschrapt.

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