

Wijziging Regeling hulpmiddelen 1996 en enkele andere regelingen

VWS

Regeling tot wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 en enige andere regelingen in verband met het regelen van aanspraak op de gebitsprothese dan wel vergoeding van de kosten daarvan in het ziekenfonds- en standaardpakket

19 maart 1997/nr. VPZ/IVU-971059

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op de artikelen 7 en 15 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en artikel 5 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekeren;

Besluit:

Artikel I

De Regeling hulpmiddelen 1996¹ wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 2, eerste lid, wordt de punt aan het slot van onderdeel t vervangen door een puntkomma en wordt een onderdeel u toegevoegd, luidende:

u. prothetische voorzieningen voor de onder- of bovenkaak als aangegeven in artikel 26a.

B. Artikel 6 vervalt.

C. Na artikel 26 wordt een artikel 26a ingevoegd, luidende:

Artikel 26a

1. De in artikel 2, eerste lid, onder u, bedoelde middelen zijn uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of de onderkaak.
2. Op het in het eerste lid bedoelde middel bestaat geen aanspraak indien de verzekerde voor de verstrekking daarvan aanspraak heeft op grond van artikel 4 of 8 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering dan wel aanspraak heeft op vergoeding van de kosten daarvan op grond van artikel 3, 5 of 7 van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekeren.

3. De aanvraag voor toestemming voor verschaffing, wijziging of herstel van het in het eerste lid, bedoelde middel, gaat vergezeld van een schriftelijke toe-

lichting van de leverancier van het middel.

4. De verzekerde is voor het middel, bedoeld in het eerste lid, een bijdrage in de kosten verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bedrag dat 75% van de aanschaffingskosten bedraagt.

Artikel II

Artikel 10 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering² wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst wordt het cijfer '1' geplaatst.

2. Er wordt een tweede lid toegevoegd, luidende:

2. In afwijking van het eerste lid is de verzekerde voor een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- onderscheidenlijk de onderkaak een bijdrage in de kosten verschuldigd ter hoogte van een bedrag van f 200.

Artikel III

Artikel 7 van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekeren³ wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid vervalt: en de overkappingsprothese.

2. Er wordt een derde lid toegevoegd, luidende:

3. De vergoeding van de kosten, bedoeld in het tweede lid, omvat de vergoeding van de kosten van de overkappingsprothese voor de boven- onderscheidenlijk onderkaak, met dien verstande dat een bedrag van f 200 niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Artikel IV

Artikel 3, eerste lid, van de Regeling hulpmiddelen 1996 is niet van toepassing op een hulpmiddel als bedoeld in artikel 26a, dat is geleverd vóór 1 april 1997.

Artikel V

1. De artikelen I, II en IV treden in werking met ingang van 1 april 1997 en werken terug tot en met 1 januari 1997.
2. Artikel III treedt in werking met

ingang van 16 mei 1997 en werkt terug tot en met 1 januari 1997.

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

*De Minister voornoemd,
E. Borst-Eilers.*

¹ Stcrt. 1995, 229, laatstelijk gewijzigd bij Regeling van 12 december 1996, nr. VPZ/IVU-963202, Stcrt. 243.

² Stcrt. 1994, 208, laatstelijk gewijzigd bij Regeling van 24 november 1995, nr. VMP/VA-953719, Stcrt. 233.

³ Stcrt. 1986, 61, laatstelijk gewijzigd bij Regeling van 20 februari 1997, nr. VPZ/IVU-97621, Stcrt. 42.

Toelichting

1. Algemeen

Met ingang van 1 januari 1995 is de aanspraak op tandheelkundige hulp dan wel op vergoeding van de kosten daarvan voor volwassen verzekerden in het kader van het ziekenfonds- en standaardpakket beperkt. Een van de onderdelen van die maatregel was het uit het ziekenfonds- en standaardpakket verwijderen van de verstrekking onderscheidenlijk vergoeding van uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en onderkaak, de zogenoemde gebitsprothese.

De Ziekenfondsraad is gevraagd te evalueren hoe ziekenfondsverzekerden invulling hebben gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid voor de tandheelkundige zorg na de beperking van de aanspraken per 1 januari 1995.

De Ziekenfondsraad heeft op 22 juni 1995 zijn eerste en op 23 mei 1996 zijn tweede evaluatierapport uitgebracht (uitgaven Ziekenfondsraad, nrs. 671 en 707). Het kabinet heeft zich vervolgens uitvoerig over de conclusies in de rapporten beraden en zijn bevindingen onder meer in de brieven van 12 juni 1996 en 27 augustus 1996 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal bekend gemaakt (kamerstukken II 1996/97, 24 124, nrs. 37 en 40). Kort samengevat is het kabinet op grond van de evaluatierapporten tot de conclusie

gekomen dat, mede door de totstandkoming van de aanvullende verzekeringen, de financiële toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg voor de verzekerden in het algemeen niet in gedrang is gekomen. Wel zag het kabinet een knelpunt met betrekking tot de personen met volledige gebitsprothesen die zich niet voor deze voorziening aanvullend hadden verzekerd. In eerste instantie was het kabinet van oordeel dat voor dit knelpunt een oplossing gevonden zou moeten worden door middel van het meer aantrekkelijk maken van de aanvullende verzekeringen voor mensen met een volledige gebitsprothese. Ten behoeve hiervan heb ik alle ziekenfondsen benaderd (kamerstukken II 1996/97 25 004, nr. 29). Tijdens de behandeling van de VWS-begroting is echter gebleken dat de Tweede Kamer een wijziging van de aanvullende verzekeringen niet als een geëigende oplossing zag. In verband daarmee heeft het kabinet besloten een onderzoek te laten instellen om inzicht te krijgen in het aantal en de achtergronden van de ziekenfondsverzekerden die financiële problemen hebben als gevolg van het niet meer verplicht verzekerd zijn voor de kosten van de volledige gebitsprothese. Ik heb daartoe het onderzoeksbureau Research voor Beleid bv, te Leiden, een opdracht gegeven.

Op 19 december 1996 is door de Tweede Kamer de motie aanvaard van de leden Oudkerk en van Boxtel waarin de regering wordt uitgenodigd om, indien de resultaten van het onderzoek eerdere gegevens bevestigen, de volledige gebitsprothese zo snel mogelijk weer in het pakket op te nemen (kamerstukken II 1996/97, 24 124, nr. 53). Met het aanvaarden van de motie heeft de Tweede Kamer tevens uitgesproken dat, indien de regering tot heropname van de gebitsprothese in het pakket besluit, zo mogelijk de financiering van de gebitsprothese met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 1997 wordt geregeld. In januari 1997 is door het onderzoeksbureau Research voor Beleid de situatie van de ziekenfondsverzekerden via een aselechte steekproef bij 6000 huishoudens onderzocht. Deze aselechte steekproef is aangevuld met een steekproef van ongeveer 2400 huishoudens van ouderen om een beter inzicht te krijgen in deze leeftijdscategorie. In februari heeft het kabinet de beschikking over drie conceptrapporten gekre-

gen. Op basis van deze conceptrapporten heeft het kabinet gemeend dat er geen andere keuze is dan de gebitsprothese weer in het ziekenfonds- en standaardpakket op te nemen. Het kabinet heeft daarbij besloten om de gebitsprothese op zo'n wijze in het ziekenfonds- en standaardpakket op te nemen dat de verzekerde weer in een financiële situatie wordt gebracht die vergelijkbaar is met die van vóór 1 januari 1995.

Vóór 1 januari 1995 werd van de kosten van de volledige gebitsprothese (circa f 1200 voor een volledige gebitsprothese voor de boven- en onderkaak) ongeveer f 900 vergoed (ongeveer f 600 uit de ziekenfondsverzekering en in het algemeen ongeveer f 300 uit het aanvullende pakket). Dit betekent dat ongeveer 75% van de kosten van de gebitsprothese werd vergoed. Daarom heeft het kabinet besloten om de gebitsprothese tot een vergoeding van 75% van de kosten in het ziekenfonds- en standaardpakket op te nemen. De rest betaalt de verzekerde zelf. Op grond hiervan wordt vanaf 1 januari 1997 dus ook het deel dat destijds uit de aanvullende verzekering werd vergoed, uit de verplichte verzekering betaald.

Vanaf 1990 wordt het aanmeten van volledige gebitsprothesen niet meer gerekend tot de uitoefening der geneeskunst. Mede in het licht hiervan heeft het kabinet besloten om de heropname in het pakket te regelen via de Regeling hulpmiddelen 1996.

In de eerste plaats omdat het dan mogelijk wordt dat het ziekenfonds ook met de tandprotheticus een overeenkomst voor deze hulp gaat sluiten. In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is immers niet geregeld welke hulpverlener het middel levert, terwijl de tandheelkundige hulp op grond van artikel 7 van vernoemd besluit moet worden verleend door een instelling voor jeugd tandverzorging, een tandarts, een tandarts-specialist of een instelling voor bijzondere tandheelkunde.

Tandprotheticici brengen in het algemeen lagere kosten in rekening dan de tandarts. Door een vergoeding van 75% van de kosten te regelen, kunnen de kosten zowel voor de verzekering als voor de verzekerden worden verlaagd. Immers, het ziekenfonds zal bij het contracteren van hulpverleners rekening houden met de beste kosten-kwaliteitsverhouding. Voor de verzekerde is het tevens van belang dat de bijdrage zo laag mogelijk is.

In de tweede plaats heeft het kabinet het van belang geacht dat de heropname van de gebitsprothese, onder heffing van een eigen bijdrage, op korte termijn kan plaatsvinden. Op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 is het mogelijk de verzekerde een bijdrage in de kosten te vragen. Voor het vragen van een dergelijke bijdrage bestaat op dit moment geen ministeriële bevoegdheid indien de aanspraak op de prothese door wijziging van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering zou zijn geregeld, aangezien bij de invoering van het algemene systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is vastgelegd dat er geen bijdrage kan worden gevraagd voor de tandheelkundige hulp van algemene aard. Deze bijdragen werden niet meer geheven sinds de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp per 1 januari 1995. Voor de gebitsprothese gold, zoals hiervoor was aangegeven, vóór 1 januari 1995 ook al een bijdrage in de kosten. Gelet daarop, en uit oogpunt van beperking van de collectieve lasten, is het opnieuw heffen van een bijdrage in de kosten aangewezen.

Het in de ziekenfondsverzekering opnemen van de gebitsprothese in de Regeling hulpmiddelen 1996 betekent voorts dat het per 1 januari 1997 ingevoerde systeem van eigen bijdragen van toepassing is geworden. Hiervan onderkennen de verzekerden echter in het algemeen geen nadeel. Het bedrag is gemaximeerd en wordt met name voor de groep ouderen en bepaalde uitkeringsgerechtigden volledig via de nominale premie gecompenseerd. Voor het standaardpakket geldt een algemeen eigen risico. De kosten van de gebitsprothese die worden vergoed, vallen onder dit algemene eigen risico.

In verband met het vorenstaande wordt de gebitsprothese met deze regeling geregeld als onderdeel van de aanspraak op hulpmiddelen. Het gaat daarbij om de uitneembare volledige prothetische voorziening in de boven- of onderkaak. Gelet op de wens van de Tweede Kamer werkt de onderhavige regeling terug tot en met 1 januari 1997.

Ingevolge artikel 18a van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden is met de wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 de vergoeding van de gebitsprothese ook weer onderdeel van het standaardpakket.

Het kabinetsbesluit om de volledige gebitsprothese in het ziekenfonds- en standaardpakket op te nemen, op de wijze zoals hiervoor is aangegeven, is in de brief van 21 februari 1997 aan de Tweede Kamer medegedeeld (kamerstukken II 1996/97, 24 124, nr. 58).

2. Artikelen

Artikel I

Onderdeel A Met het opnemen van een nieuw onderdeel u in artikel 2, eerste lid, van de Regeling hulpmiddelen 1996 is aan de limitatieve opsomming van de hulpmiddelen waarop de verzekerde aanspraak heeft, de prothetische voorziening voor de onder- of bovenkaak toegevoegd.

Onderdeel B Artikel 6 is met deze regeling komen te vervallen, omdat hetgeen in deze bepaling werd geregeld met ingang van 1 januari 1997 is geregeld in artikel 15, vijfde lid, van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering.

Onderdeel C In het nieuwe artikel 26a zijn de prothetische voorzieningen waarop ingevolge artikel 2, eerste lid, onder u, aanspraak bestaat, nader omschreven. Het gaat ingevolge artikel 26a om uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak (eerste lid). De uitneembare volledige prothetische voorzieningen waarop aanspraak bestaat, zijn:

1. De uitneembare immediaatprothese voor de boven- of de onderkaak.
2. De uitneembare vervangingsprothese voor de boven- of de onderkaak.
3. De volledige overkappingsprothese voor de boven- of de onderkaak.

Indien de verzekerde op hetzelfde moment is aangewezen op een prothese in de boven- en in de onderkaak, dan is er aanspraak op een volledige prothese voor de bovenkaak alsmede op een volledige prothese voor de onderkaak.

Gelet op het feit dat de Regeling hulpmiddelen 1996 de aanspraken op hulpmiddelen regelt zowel voor ziekenfondsverzekerden als voor verzekerden ingevolge de Wet op toegang tot ziektekostenverzekeringen, is in het tweede lid voor beide categorieën van verzekerden geregeld dat er geen aanspraak bestaat indien er sprake is van tandheelkundige zorg in het kader van het jeugdpakket, er sprake is van bijzondere tandheelkunde of indien er sprake is van een prothese die wordt geplaatst op een tandheelkundig implantaat. Dan

bestaat aanspraak op grond van de in het tweede lid genoemde bepalingen.

Op grond van artikel 3, eerste lid, van de Regeling hulpmiddelen 1996 is voor het tot gelding brengen van de aanspraak op verschaffing van een hulpmiddel, wijziging of herstel daarvan voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist. In het derde lid van het nieuwe artikel 26a is geregeld dat de aanvraag vergezeld moet gaan van een schriftelijke toelichting van de leverancier van het middel.

In het vierde lid is geregeld dat de verzekerde een bijdrage in de kosten betaalt. Van de aanschaffingskosten betaalt de verzekerde 25% zelf. Over het bedrag van 75% is de verzekerde voorts, ingevolge artikel 2a van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, een bijdrage van 20% verschuldigd, waarbij deze bijdrage is gemaximeerd ingevolge artikel 2b van voornoemd besluit.

De bijdrage van 25% van de aanschaffingskosten wordt in beginsel betaald aan de hulpverlener. Het ziekenfonds kan ingevolge artikel 15, vijfde lid, van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering anders besluiten.

De bijdrage van 20% op grond van artikel 2a van voornoemd besluit wordt geïnd door het ziekenfonds.

Voor het standaardpakket geldt met betrekking tot de vergoeding van 75% van de kosten een algemeen eigen risico van f 200 per polis per jaar en f 100 voor een alleenstaande per jaar.

Besloten is om ook de reparaties en het rebasen met betrekking tot de prothetische voorzieningen weer in het pakket op te nemen. Hiervoor hoeft de Regeling hulpmiddelen 1996 niet gewijzigd worden, omdat artikel 2, derde lid, van de Regeling hulpmiddelen 1996 reeds voorziet in aanspraak op wijziging en herstel van de onder de regeling vallende hulpmiddelen. Het kabinet heeft besloten om voor de reparaties en de rebasen geen extra eigen bijdrage in te voeren, zodat hiervoor slechts de bijdrage op grond van artikel 2a van voornoemd besluit geldt.

Volledigheidshalve zij nog gewezen op artikel 4 van de Regeling hulpmiddelen 1996. Indien door toerekenbare onachtzaamheid dan wel opzet van de verzekerde het hulpmiddel wordt beschadigd en het hulpmiddel moet daardoor worden vervangen of hersteld, kan het ziekenfonds op grond

van die bepaling een extra bijdrage opleggen.

In de ziekenfondsverzekering was vóór 1 januari 1995 geregeld dat er aanspraak op een nieuwe prothese bestond éénmaal per 8 jaar. Echter, indien eerdere vervanging geïndiceerd was, bestond eerder aanspraak. Met andere woorden indien de verzekerde aangewezen was op een nieuwe prothese bestond onmiddellijk aanspraak. De gemiddelde draagtijd van een gebitsprothese is evenwel veel langer dan 8 jaar.

In het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering zijn met ingang van 1 januari 1997 in artikel 2, derde lid, algemene indicatievereisten opgenomen. Voor die datum waren deze indicatievereisten al geregeld met betrekking tot de aanspraak op hulpmiddelen.

De indicatievereisten houden in dat de aanspraak op een verstrekking slechts tot gelding kan worden gebracht voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Op grond hiervan heeft de verzekerde alleen aanspraak op een nieuwe prothese indien hij daarvoor een indicatie heeft. Het is de taak van de adviserend tandarts van het ziekenfonds om deze indicatie te toetsen. Het kan dus zijn dat de verzekerde eerder dan na verloop van 8 jaar recht heeft op vervanging van de gebitsprothese. Het kan ook zijn dat hij pas na een veel langere periode is aangewezen op een nieuwe gebitsprothese.

Bovendien houden de indicatievereisten in dat er geen aanspraak bestaat op een voor de verzekerde in kwestie onnodig kostbare, of ondoelmatige prothese.

Artikel II en III

Met ingang van 1 januari 1995 is de aanspraak op een prothetische voorziening dan wel de vergoeding van de kosten daarvan in het kader van de bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van een tandheelkundige implantaat, gehandhaafd. Het gaat hier om hulp van bijzondere tandheelkundige aard of hulp die verleend wordt onder bijzondere omstandigheden. Door deze bijzondere aard of omstandigheden kost de hulp meer tijd en moeite. In de regel geschiedt dat wat de uitvoeringspraktijk onder de bijzondere tandheelkunde begrijpt, in instel-

lingen voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 11, derde lid, van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Deze instellingen verlenen hulp tegen een uur-tarief. Niet alle bijzondere tandheelkunde wordt echter verleend in zo'n instelling. Het kan zijn dat ook een daartoe bekwame tandarts-algemeen-practicus die hulp verleent en daarvoor een uur-tarief in rekening mag brengen. In het kader van de ziekenfondsverzekering was de aanspraak zo geregeld dat de extra kosten voor rekening van de verzekering kwamen, maar dat de normale kosten voor de te plaatsen gebitsprothese door de verzekerde zelf betaald moesten worden en waarvoor hij zich desgewenst aanvullend verzekerde. Nu besloten is de gebitsprothese weer in het pakket op te nemen, is ook de te betalen bijdrage in dit kader gewijzigd. Het slechts vergoeden van 75% van de kosten, zou bij deze hulp betekenen dat de verzekerde een hoge bijdrage zou moeten betalen. Daarom is de bijdrage vastgesteld op een vast bedrag van f 200, zijnde een bijdrage die de verzekerde gemiddeld ook zou betalen indien onder normale omstandigheden een boven- onderscheidenlijk onderprothese door de tandarts zou worden geplaatst.

In het kader van het standaardpakket gold dat de prothese die geplaatst wordt op een implantaat niet werd vergoed. Vanwege het vorenstaande is hierin met de onderhavige regeling wijziging gebracht en is geregeld dat een bedrag van f 200 voor de boven- onderscheidenlijk onderprothese voor eigen rekening komt. Gehandhaafd is dat de suprastructuur niet voor rekening van het standaardpakket wordt vergoed, omdat de onderhavige maatregel daar geen betrekking op heeft. Bij de suprastructuur gaat het zowel om het op het implantaat vastzittende deel als het uitneembare deel.

Artikel IV

De onderhavige regeling werkt terug tot en met 1 januari 1997. Voor een prothese die is geleverd in de periode vanaf 1 januari 1997 tot 1 april 1997 is geregeld dat het vereiste van voorafgaande toestemming van het ziekenfonds voor het tot gelding brengen van de aanspraak op die prothese niet geldt. Het vereiste van voorafgaande toestemming is met deze bepaling niet opgeheven in de situatie dat de hulp wel al is aangevraagd, maar de prothe-

se nog niet is geplaatst. Daarbij gaat het met name om de situatie dat gesteld wordt dat er al afdrucken van de kaak zijn gemaakt.

Artikel V

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 1997 en werkt terug tot en met 1 januari 1997.

Op grond van artikel 2, vijfde lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, wordt de zakelijke inhoud van wijzigingen van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden schriftelijk medegedeeld aan de beide Kamers der Staten-Generaal. De wijzigingen treden niet eerder in werking dan nadat dertig dagen zijn verstreken na die mededeling. In verband daarmee is geregeld dat artikel III in werking treedt met ingang van 16 mei 1997. Deze bepaling werkt eveneens terug tot en met 1 januari 1997. Met de datum van 16 mei 1997 is rekening gehouden met het paasreces van twee weken van de Staten-Generaal.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers.*