

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit  
zorgverzekering, het Besluit  
uitbreiding en beperking  
werkingsfeer WMG, het Besluit  
zorgaanspraken AWBZ, het  
Zorgindicatiebesluit en het  
Bijdragebesluit zorg in verband  
met diverse maatregelen 2011

Op de voordracht van Onze Minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport van juli 2010, Z/VU- ;

Gelet op de artikelen 11, derde lid, 19, vierde lid, 21,  
tweede lid, en artikel 118a, eerste lid, van de  
Zorgverzekeringswet, 2, tweede lid, van de Wet  
marktordering gezondheidszorg, 6, tweede lid, 9a,  
tweede lid, 16b, derde lid, en 16c, tweede lid, van de  
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

De Raad van State gehoord (advies van, nummer);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport van,;

Hebben goedgevonden en verstaan:

**Artikel I**

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 2.4, derde lid, komt te luiden:

3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de  
verzekerde voor zorg op het terrein van de geestelijke  
gezondheidszorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan  
worden bepaald dat de eigen bijdrage wordt betaald aan  
de zorgaanbieder.

B

Artikel 2.6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid, tweede volzin, wordt "negen  
behandelingen" vervangen door: twaalf behandelingen.

2. Onder vernummering van het derde tot en met zesde lid tot vierde tot en met zevende lid, wordt een nieuw derde lid ingevoegd, luidende:

3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van artikel 18 jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

8. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor logopedie, ergotherapie of dieetadvisering. Daarbij kan worden bepaald dat de eigen bijdrage wordt betaald aan de zorgaanbieder.

C

Artikel 2.7 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het vierde en vijfde lid wordt "tweeëntwintig" telkens vervangen door: achttien.

2. In het vijfde lid, onderdeel a, wordt "en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat" vervangen door: , het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en extracties die geen onderdeel uitmaken van een tandheelkundig specialistisch behandelplan.

3. In het zesde lid vervalt: , onderdeel b.

D

In artikel 2.8, eerste lid, aanhef, wordt na "terhandstelling van" ingevoegd: of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van.

E

Artikel 2.16a vervalt.

F

Artikel 2.17 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, wordt "vallen buiten het verplicht eigen risico betreffen" vervangen door: die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:

2. Het eerste lid, onderdeel b, komt te luiden:

b. zorg zoals huisartsen plegen te bieden, tenzij de zorg wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,.

3. Onder vervanging van de punt door "en," wordt aan het slot van het eerste lid, onderdeel c, een onderdeel toegevoegd, luidende:

d. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, onderdeel d, is verstreken.

4. In het derde lid wordt "artikel 18a, vijfde lid" vervangen door: artikel 19, vierde lid.

G

In artikel 2.19 wordt "artikel 20" vervangen door: artikel 21.

H

Artikel 3a.1 wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding "1" geplaatst.

2. In het eerste lid (nieuw), onderdeel a, wordt "zijn ingedeeld in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's" vervangen door: voldoen aan bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot aan hen terhandgestelde geneesmiddelen.

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Gewezen militairen hebben eveneens recht op een uitkering als bedoeld in het eerste lid, indien zij in de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking dient te hebben, zorg hebben ontvangen ten laste van een ziektekostenregeling voor militairen die overeenkomt met de zorg waarop het eerste lid, onderdelen a, of b betrekking heeft.

I

In artikel 3a.3, eerste lid, onderdeel a, wordt "beheerskosten" vervangen door: beheerskostenbudget.

## **Artikel II**

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 3, eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:

a. farmaceutische zorg:

1°. anders dan advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen,

2°. waarop de Wet inzake bloedtransfusie van toepassing is;.

B

In artikel 5, tweede lid, wordt "zorg als omschreven in de artikelen 3, 4, 5, 6 en 7" vervangen door: zorg is als omschreven in de artikelen 4, 5 en 6.

### **Artikel III**

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel b komt te luiden:

b. gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden;

c. Na onderdeel b wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

c. mantelzorg: langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg overstijgt.

B

Artikel 2 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt, onder verlettering van de onderdelen f tot en met l in g tot en met m, een nieuw onderdeel f ingevoegd, luidende:

f. kortdurend verblijf als omschreven in artikel 9a;.

2. Onderdeel l (nieuw) komt te luiden:

l. neonatale hielprik.

C

Artikel 9 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

2. Onder vernummering van het tweede lid tot derde lid wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidende:

2. Op verblijf bestaat slechts aanspraak indien de verzekerde meer dan drie etmalen per week daarop is aangewezen.

D

Na artikel 9 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

**Artikel 9a**

1. Kortdurend verblijf omvat logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap indien de verzekerde aangewezen is op permanent toezicht.
2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak indien ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzekerde levert, noodzakelijk is.

E

In artikel 10 wordt "artikel 6" vervangen door: artikel 6 of 8.

F

Artikel 13, tweede lid, komt te luiden:

2. In afwijking van het eerste lid, bestaat het voortgezet verblijf, indien er sprake is van behandeling van een psychiatrische aandoening, uit zorg als omschreven in artikel 9, eerste lid.

G

Artikel 17 komt te luiden:

**Artikel 17**

1. De neonatale hielprik omvat onderzoek bij pasgeborenen naar bij ministeriële regeling aan te wijzen ernstige zeldzame ziekten.
2. Onze Minister draagt zorg voor de uitvoering van het onderzoek.

I

In artikel 21, eerste lid, wordt "de artikelen 4 tot en met 8, welke niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 9, alsmede voor zover de instelling zorg verleent als bedoeld in artikel 11" vervangen door: de artikelen 4 tot en met 15.

**Artikel IV**

Het Zorgindicatiebesluit wordt gewijzigd als volgt:

A

Aan artikel 1 wordt een onderdeel toegevoegd luidende:

f. cliëntprofiel: een profiel van zorgvragers met een vergelijkbare zorgbehoefte en beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen.

B

Artikel 2 wordt gewijzigd als volgt:

1. De aanhef komt te luiden: Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 4 tot en met 6, 8, 9, eerste lid, 9a, 10, en 13, tweede lid, van het besluit, met uitzondering van:.
2. Onderdeel c vervalt en de puntkomma aan het slot van onderdeel b wordt vervangen door een punt.

C

In artikel 6 wordt, onder vervanging van de punt door een puntkomma aan het slot van onderdeel f, een onderdeel toegevoegd, luidende:  
g. welk cliëntprofiel het beste bij de zorgvrager past.

D

Artikel 11 komt te luiden:

**Artikel 11**

Onze minister stelt beleidsregels waarin de cliëntprofielen worden omschreven en kan beleidsregels stellen over de wijze waarop het indicatieorgaan zijn activiteiten uitvoert.

E

Artikel 13 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het eerste lid komt te luiden:
  1. Indien een zorgvrager is aangewezen op een vorm van zorg of vormen van zorg als bedoeld in artikel 2, worden in het indicatiebesluit aangegeven:
    - a. de vorm van zorg of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen,
    - b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen, en
    - c. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm.
  2. Onder vernummering van het tweede en het derde lid tot derde en vierde lid, wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidende:
    2. In afwijking van het eerste lid worden indien een zorgvrager is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit in het indicatiebesluit aangegeven:

- a. het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg waarop de zorgvrager is aangewezen;
- b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg is aangewezen;
- c. de omvang van de samenhangende zorg.

#### **Artikel V**

Het Bijdragebesluit zorg wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel f, subonderdeel 1<sup>o</sup>, vervalt: , vermeerderd met de correctie voor buitengewone uitgaven, bedoeld in het tweede lid.
2. Het tweede lid alsmede de aanduiding "1." voor het eerste lid vervallen.

B

Artikel 4, tweede lid, komt te luiden:

2. De bijdrage bedraagt niet minder dan € 400 en niet meer dan € 2081,60 per maand.

C

Artikel 6, derde lid, komt te luiden:

3. De verzekerde meldt aan het centraal administratiekantoor wijzigingen als bedoeld in artikel 2, derde lid.

D

Artikel 14 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel d, vervalt: van de artikelen 7 en 26.
2. Het derde lid, tweede volzin, vervalt.

E

Artikel 15 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid vervalt: , doch zonder de correctie voor buitengewone uitgaven, bedoeld in artikel 1, tweede lid.
2. In het tweede lid wordt "artikelen 4, vierde en vijfde lid" vervangen door "artikelen 4, derde en vierde lid" en wordt "artikelen 4, zesde lid" vervangen door: artikelen 4, vijfde lid.

F

In artikel 16e, eerste lid, vervalt: , doch zonder de

correctie voor buitengewone uitgaven, bedoeld in artikel 1, tweede lid.

G

In het opschrift van paragraaf 2 wordt "verzorging en verpleging" vervangen door: verzorging, verpleging en begeleiding.

**Artikel VI**

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2011.
2. Artikel I, onderdeel H, werkt met betrekking tot het gewijzigde artikel 3a.1, eerste lid, onderdeel a, terug tot en met 1 januari 2010.
3. Artikel I, onderdeel H, werkt met betrekking tot het toevoegen van een tweede lid aan artikel 3a.1, terug tot en met:
  - a. 1 januari 2008, voorzover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering;
  - b. 1 januari 2009 voorzover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering.

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

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,



## **Nota van toelichting**

### **1. Algemeen**

#### **1.1. Inleiding**

Met dit besluit zijn het Besluit zorgverzekering (Bzv), het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG, het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA), het Zorgindicatiebesluit (Zib) en het Bijdragebesluit zorg per 1 januari 2011 gewijzigd.

Bij het Bzv en het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG gaat het om de volgende wijzigingen.

1. Het invoeren van de bevoegdheid om eigen bijdragen te regelen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns-ggz).
2. Het regelen dat de eerste twaalf behandelingen fysiotherapie en oefentherapie ter behandeling van een chronische aandoening als bedoeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (voor zover het gaat om verzekerden van achttien jaar of ouder) niet in het pakket van de zorgverzekering (verder te noemen: basispakket) zitten. Tot de inwerkingtreding van dit besluit zijn dat de eerste negen behandelingen per aandoening.
3. Het invoeren van de bevoegdheid om eigen bijdragen te regelen voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering.
4. Het expliciet regelen dat de farmaceutische zorg die deel uitmaakt van het basispakket, ook omvat het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.
5. Het, in verband met 'stepped care', uitbreiden van de fysiotherapie die in het basispakket zit, met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
6. Het verlagen van de leeftijdsgrens voor de in het basispakket opgenomen mondzorg voor jeugdigen naar achttien jaar (was tweeëntwintig jaar).
7. Het regelen dat extracties als onderdeel van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard niet meer in het basispakket zitten, tenzij deze extracties deel uitmaken van een tandheelkundig specialistisch behandelplan.
8. Het om technische redenen aanpassen van de artikelen 2.8, eerste lid, aanhef, artikel 2.17, eerste lid, aanhef, artikel 2.19 en 3a.3, eerste lid, van het Bzv.
9. Het onder het verplicht eigen risico brengen van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, indien deze zorg deel uitmaakt van ketenzorg voor chronische aandoeningen.
10. Het van het verplicht eigen risico uitsluiten van de nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen.
11. Het om technische redenen aanpassen van de voorwaarden voor de compensatie van het verplicht eigen risico.
12. Het regelen dat voor gewezen militairen de relevante zorgkosten voor de compensatie eigen risico die werden vergoed op grond van de ziektekostenregeling voor militairen, meetellen voor het recht op compensatie.

Bij het BZA en het Zib gaat het om de volgende wijzigingen.

1. Het regelen dat ingeval van verblijf langer dan drie etmalen per week of voorgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het BZA, de aanspraak bestaat uit verblijf met samenhangende zorg, waarvoor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een indicatiebesluit kan afgeven.

2. Het regelen van kortdurend verblijf ter ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg verleent.
3. Het regelen dat vervoer, net als bij begeleiding, deel uitmaakt van behandeling gedurende een dagdeel in de instelling als daarvoor voor de verzekerde een medische noodzaak bestaat.
4. Het opheffen van de contracteerplicht met betrekking tot zorg met verblijf in een instelling.
5. Het aanpassen van artikel 17, eerste lid, van het BZA, omdat het aantal aandoeningen dat bij pasgeborenen wordt onderzocht uit het bloed dat door middel van de hielprik wordt afgenomen, inmiddels is uitgebreid.

Bij het Bijdragebesluit zorg gaat het om het invoeren van een minimale bijdrage in het geval de zogenoemde hoge intramurale eigen bijdrage voor verblijf op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in een instelling verschuldigd is. Verder gaat het om wijzigingen van voornamelijk technische aard.

## **1.2. Financiële gevolgen**

Vanwege overschrijdingen in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) zijn met dit besluit per 1 januari 2011 maatregelen getroffen. Deze betreffen de volgende maatregelen met de volgende geraamde opbrengsten in 2011.

1. Een eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De geraamde opbrengst bedraagt: € 110 miljoen.
2. Het regelen dat de eerste twaalf behandelingen fysiotherapie en oefentherapie voor eigen rekening komen. De geraamde opbrengst bedraagt: € 30 miljoen.
3. Eigen bijdrage voor logopedie. De geraamde opbrengst bedraagt: € 25 miljoen.
4. Eigen bijdrage voor ergotherapie. De geraamde opbrengst bedraagt € 2 miljoen.
5. Eigen bijdrage voor dieetadvisering. De geraamde opbrengst bedraagt € 3 miljoen.
6. Het verlagen van de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdigen van tweeëntwintig jaar naar achttien jaar. De geraamde opbrengst bedraagt: € 100 miljoen.
7. Het verwijderen van de extracties uit de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. De geraamde opbrengst bedraagt: € 5 miljoen.
8. Uitbreiden van het basispakket met bekkenfysiotherapie. De geraamde opbrengst bedraagt als gevolg van substitutie van incontinentiemateriaal: € 2 miljoen.
9. Het invoeren van een minimale bijdrage in het geval de zogenoemde hoge intramurale eigen bijdrage voor verblijf in een AWBZ-instelling verschuldigd is. De geraamde opbrengst is: € 80 miljoen.

Met het onderhavige besluit worden er ook maatregelen getroffen die leiden tot beperkt hogere uitgaven in het kader van het BKZ.

De geraamde uitgaven op jaarbasis voor het van het verplicht eigen risico uitsluiten van de nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties bedraagt in 2011 ongeveer € 100 000. Bij de maatregel met betrekking tot de gewezen militairen gaat het om hooguit enkele tienduizenden euro's op jaarbasis.

Het onder het verplicht eigen risico brengen van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, indien deze zorg onderdeel uitmaakt van ketenzorg voor chronische aandoeningen, leidt niet tot een hogere opbrengst omdat deze verzekerden zoveel andere zorg gebruiken dat zij hun eigen risico al volmaken.

In totaal gaat het in 2011 om mindere uitgaven voor de zorgverzekering van € 275 miljoen. Voor de AWBZ-verzekering zijn de mindere uitgaven in 2011 € 80 miljoen.

Naast de hiervoor genoemde maatregelen worden, door wijziging bij ministeriële regeling van de Regeling zorgverzekering met ingang van 1 januari 2011, nog pakketmaatregelen getroffen die leiden tot mindere uitgaven voor de zorgverzekering van € 73 miljoen in 2011. Hierbij gaat het om het verlagen van de leeftijdsgrens voor anticonceptiva (onder andere de pil, pessaria en koperhoudende spiraaltjes) tot éénentwintig jaar, het verwijderen van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, zoals rollators en krukken, uit het basispakket en het beperken van de indicaties voor ten laste van de zorgverzekering komende antidepressiva. Het verwijderen van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het verzekerde pakket heeft ook gevolgen voor de uitleen van dergelijke middelen ten laste van AWBZ. Het gaat hierbij om het uitsluiten van het recht op AWBZ-uitleen van vierpootwandelstokken, looprekken, rollators en krukken. Dit vergt aanpassing van beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

### **1.3. Inkomenseffecten**

De invoering van de eigen bijdragen voor tweedelijns-ggz, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering leidt tot een daling van het besteedbaar inkomen voor verzekerden die gebruik maken van deze typen zorg. Een enkeling zal hierin reden zien geen gebruik meer te maken van dit type zorg met als gevolg dat het inkomenseffect bij zo'n persoon niet optreedt.

Ook bij de beperkingen en uitbreidingen van het basispakket zullen inkomenseffecten optreden. Bij beperking van het basispakket, zoals het verlagen van de leeftijdsgrens voor de mondzorg, geldt enerzijds dat de door verzekerde gemaakte kosten voor de zorg waar dit op van toepassing is leiden tot een daling van het besteedbaar inkomen. Dit effect treedt bijvoorbeeld op via het afsluiten van een aanvullende verzekering. Anderzijds zullen de eigen betalingen in het kader van het eigen risico voor sommige verzekerden afnemen bij bepaalde typen zorg. Ten slotte zal een deel van de verzekerden afzien van de zorg. Bij uitbreiding van het basispakket treden precies de omgekeerde effecten op. Enerzijds is er een positief inkomenseffect doordat kosten voor deze typen zorg onder de basisverzekering komen te vallen. Anderzijds geldt dat bij bepaalde typen zorg de eigen betalingen in het kader van het eigen risico voor sommige verzekerden toenemen.

Het van het eigen risico uitsluiten van nacontroles van levende donoren zorgt voor sommige van hen tot minder eigen betalingen, ofwel een positief effect op het besteedbaar inkomen.

Pakketbeperkingen, het invoeren van eigen bijdragen en het onder het eigen risico brengen van zorgvormen, leiden er toe dat minder zorgkosten hoeven te worden gedekt door premies voor de zorgverzekering (en vice versa voor pakketuitbreidingen en het schrappen van eigen betalingen). Dit heeft een positief effect op het besteedbaar inkomen van alle verzekerden. Het saldo-effect is afhankelijk van het daadwerkelijke zorggebruik.

Het invoeren van een minimale bijdrage in het geval de zogenoemde hoge intramurale eigen bijdrage voor verblijf in AWBZ-instelling verschuldigd is, heeft eveneens inkomenseffecten. De effecten zijn niet voor de diverse groepen bekend. Voor een grote groep mensen zal de bijdrage met deze maatregel worden verhoogd, maar wordt daardoor niet hoger dan de bijdrage zoals die nu geldt voor mensen met een inkomen op sociaal minimum.

#### **1.4. Administratieve lasten**

Het bij ministeriële regeling regelen van een eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering kan leiden tot extra administratieve lasten voor de burger, de zorgaanbieder, en de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de keuze voor restitutie of natura, gaat het om de volgende twee situaties.

De zorgaanbieder brengt de kosten van zorg, inclusief de eigen bijdragen, in rekening bij de verzekerde. De verzekerde betaalt de rekening, inclusief de eigen bijdrage aan de zorgaanbieder. De verzekerde declareert de rekening bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar restitueert de kosten volgens de polisvoorwaarden, verminderd met de eigen bijdrage. In deze situatie komen de extra administratieve lasten bij de zorgverzekeraar te liggen en de verzekerde, die moet controleren of het juiste eigen bijdragebedrag van de te restitueren kosten in mindering zijn gebracht.

De andere situatie is dat de zorgaanbieder de kosten van zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert. In dat geval betaalt de verzekerde de eigen bijdragen aan de zorgaanbieder, de zorgaanbieder declareert de zorgkosten bij de zorgverzekeraar, verminderd met het bedrag aan eigen bijdragen, en de zorgverzekeraar houdt bij de betaling van de zorg rekening met de eigen bijdragen die al betaald zijn. In deze situatie zijn er extra lasten voor zowel de verzekerde, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

## **2. Artikelen**

### **Artikel I (Besluit zorgverzekering)**

#### *Onderdeel A*

Gezien de overschrijdingen van de kosten in de ggz is gekozen voor invoering van een eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Bij ministeriële regeling (Regeling zorgverzekering) zal geregeld worden dat de verzekerde van achttien jaar en ouder per diagnose behandeling combinatie (dbc) op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg een eigen bijdrage betaalt. Deze bedraagt € 80 voor de dbc's 'behandeling kort tot 100 minuten' en 'diagnostiek tot 100 minuten'. De dbc's met de bijzondere productgroepen met enkel 'indirecte tijd' en 'crisis' worden uitgezonderd van een eigen bijdrage. Voor alle overige dbc's zal een eigen bijdrage van € 175 worden ingevoerd. Tevens zal worden geregeld dat deze bijdrage door de verzekerde aan de zorgverlener moet worden betaald.

De eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologie (elp) zal gehandhaafd blijven. Deze bedraagt maximaal € 80 per jaar omdat ingevolge artikel 2.4, eerste lid, onderdeel d, het aantal zittingen elp dat ten laste van de zorgverzekering komt gemaximeerd is op acht per jaar. De tweede volzin van artikel 2.4, derde lid, zoals die voor de inwerkingtreding van dit besluit luidde, had betrekking op de eigen bijdrage voor psychotherapie die met ingang van 1 januari 2009 is vervallen, omdat deze niet paste bij de dbc-systematiek.

## Onderdeel B

Verzekerden van achttien jaar en ouder die fysiotherapie of oefentherapie nodig hebben in verband met één van de chronische aandoeningen die vermeld zijn op bijlage 1 van het Bzv recht op deze zorg ten laste van de zorgverzekering. Dat gold tot nu toe niet voor de eerste negen behandelingen van zo'n aandoening. Met het wijzigen van de tweede volzin van het tweede lid van artikel 2.6 is thans geregeld dat de eerste twaalf behandelingen niet voor rekening van de zorgverzekering komen.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geeft in het Pakketadvies 2010<sup>1</sup> aan dat stepped care een goed voorbeeld is van gepast gebruik. Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet, en pas als deze niet of niet voldoende effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende, duurdere interventie. Natuurlijk lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care-benadering. Zorg die geleverd wordt, varieert afhankelijk van de ernst of het stadium van de aandoening van beperkt tot ingrijpend. Voor veel aandoeningen is stepped care goed mogelijk en is dit principe ook uitgewerkt in richtlijnen.

Het CVZ stelt dat in de richtlijn urine-incontinentie (2004) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) bekkenbodentraining door een gespecialiseerde fysiotherapeut wordt aanbevolen als primaire behandeling. Deze stepped care behandeling wordt niet ondersteund vanuit het pakket van de zorgverzekering, omdat deze fysiotherapie geen onderdeel uitmaakt van het basispakket.

In 2006 heeft het CVZ geadviseerd om de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie op te nemen in de zorgverzekering. Het CVZ concludeerde dat andere interventies (geneesmiddelen, operaties en opvangmateriaal) wel tot de te verzekeren prestaties behoren, maar bekkenfysiotherapie als de eerst aangewezen behandeling niet. Toevoeging van de eerste negen fysiotherapie behandelingen aan het basispakket, gecombineerd met de daaropvolgende afname van gebruik van incontinentiemateriaal, leidt tot een netto besparing van € 2 miljoen per jaar. Daarnaast neemt ook de kwaliteit van leven van de patiënten toe.

Besloten is het advies van het CVZ over te nemen en het basispakket uit te breiden met de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie. Urine-incontinentie behoort niet tot de chronische aandoeningen die op bijlage 1 staan. De fysiotherapie daarvoor valt dus niet onder de eerste volzin van artikel 2.6, eerste lid, van het Bzv. Het regelen van de eerste negen behandelingen kan dus niet door middel van een uitzondering op de tweede volzin van dat lid. Daarom is deze uitbreiding van het basispakket in een nieuw aan artikel 2.6 toe te voegen derde lid geregeld. Voor urine-incontinentie geldt dus, anders dan bij behandeling ingeval van een chronische aandoening van bijlage 1, wel dat vanaf het begin van de behandeling de daarvoor noodzakelijke fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering komt. Het gaat om ten hoogste negen behandelingen.

Daarnaast is artikel 2.6 gewijzigd om een bevoegdheid te regelen voor het opleggen van een eigen bijdrage voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. Reden hiervoor zijn de overschrijdingen in de kosten voor deze zorg. De bevoegdheid omvat tevens het kunnen regelen dat de eigen bijdrage aan de zorgaanbieder dient te worden betaald. Op basis hiervan zal in de Regeling zorgverzekering worden geregeld dat de verzekerde met ingang van

---

<sup>1</sup> Uitgave College voor zorgverzekeringen, publicatienummer 285.

1 januari 2011 voor logopedie, ergotherapie en dieetadvies € 10 per behandelzitting aan de zorgaanbieder betaalt.

#### *Onderdeel C*

Met het wijzigen van het vierde en het vijfde lid van artikel 2.7 is de mondzorg voor jeugdigen beperkt tot verzekerden jonger dan achttien jaar. Met deze wijziging is uitvoering gegeven aan het Pakketadvies 2010 van het CVZ. Met ingang van 1 januari 2008 was de leeftijdsgrens voor de in het basispakket opgenomen mondzorg voor jeugdigen verhoogd van achttien jaar naar tweeëntwintig jaar. De reden hiervoor was dat gemeend werd dat jonge mensen tussen achttien en tweeëntwintig jaar een risicogroep zijn. Gedacht werd dat als zij zelfstandig gaan wonen, zij tijdelijk ongezonder zouden gaan eten, nonchalanter om zouden gaan met hun mondhygiëne en, al dan niet om financiële redenen, niet meer preventief naar de tandarts zouden gaan. Uit onderzoeken die het CVZ heeft laten uitvoeren, is gebleken dat er geen aanleiding is tot bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van achttien tot tweeëntwintig jaar en dat er niet gesproken kan worden van een ziektelast die een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt. Het CVZ komt tot de conclusie dat er op grond van het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' geen aanleiding is mondzorg voor achttien- tot tweeëntwintigjarige te rekenen tot de te verzekeren prestaties. Het in het Pakketadvies 2010 opgenomen advies van het CVZ om de leeftijdsgrens daarom te verlagen tot achttien jaar is gevolgd.

Met de wijziging van artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel a, zijn de extracties als onderdeel van de tandheelkundige chirurgische hulp van specialistische aard uitgesloten, tenzij deze extracties deel uitmaken van een tandheelkundig specialistisch behandelplan. Deze beperking is nodig omdat de kosten voor tandheelkundige specialistische zorg in het BKZ zijn overschreden. Daarnaast is deze beperking nodig om onnodige verwijzing naar de kaakchirurg te voorkomen.

#### *Onderdeel D*

Met de invoering van de Geneesmiddelenwet is in artikel 2.8, aanhef, het begrip 'aflevering' vervangen door: terhandstelling. Terhandstelling is een begrip uit de Geneesmiddelenwet. De invalshoek bij de invoering de Geneesmiddelenwet was deze wet zoveel mogelijk het karakter van een 'productwet' te geven. In verband daarmee zijn de bepalingen die verband houden met de taken en beroepsuitoefening van de apotheker die waren opgenomen in de Wet geneesmiddelenvoorziening, opgenomen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Dit heeft tot gevolg dat de begrippen in de Geneesmiddelenwet slechts betrekking hebben op handelingen met betrekking tot het product geneesmiddel en niet meer op de activiteiten die plaatsvinden bij het afleveren van een geneesmiddel aan een verzekerde. Onbedoeld is daardoor in de praktijk de discussie ontstaan over de vraag of dat advies en begeleiding bij het gebruik van geneesmiddelen als onderdeel van de te verzekeren prestatie is komen te vervallen. Dat is niet het geval. Farmaceutische zorg omvat meer activiteiten dan enkel de activiteiten die worden verricht bij de terhandstelling van een geneesmiddel. Apothekers of apotheehoudenden geven advies en begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Te denken valt onder meer aan het geven van instructies aan de patiënt over het gebruik van een geneesmiddelgerelateerd hulpmiddel, medicatiebeoordeling bij chronisch geneesmiddelengebruik of bij gebruik van verschillende geneesmiddelen naast elkaar. Het advies en de begeleiding hoeven

niet tegelijkertijd met de terhandstelling van het geneesmiddel plaats te vinden. Met het wijzigen van artikel 2.8, aanhef, is nu verduidelijkt dat dit advies en deze begeleiding voor middelen die voor rekening van de zorgverzekering komen, gewoon in het basispakket zitten.

#### *Onderdeel E*

De juridische basis van deze bepaling is met ingang van 1 januari 2010 komen te vervallen. Deze bepaling moet daarom worden geschrapt.

#### *Onderdeel F*

De wijziging van de aanhef van het eerste lid van artikel 2.17 betreft een tekstuele correctie.

Het wijzigen van artikel 2.17, eerste lid, onderdeel b, betreft het volgende. Steeds meer mensen krijgen chronische ziektes, zoals hart- en vaatziekten of diabetes. Om de zorg voor chronisch zieken beter en doelmatiger te organiseren is een programmatische aanpak van de benodigde zorg in de eerste en tweede lijn geïntroduceerd. Hierin staat de chronisch zieke patiënt centraal. De aanpak heeft tot doel dat de zorgverleners nauwer samenwerken en de zorg voor de patiënt beter afstemmen. Om de programmatische aanpak te bevorderen heeft de NZa beleidsregels opgesteld om integrale bekostiging mogelijk te maken. Zorgaanbieders kunnen hierdoor sinds 1 januari 2010 een integraal tarief (een dbc voor een keten aan zorg) declareren voor de chronische zorgvormen diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair risicomangement. Met ingang van 1 januari 2011 komt daar zorg voor de aandoeningen Chronic Obstructive Pulmonary Disease en hartfalen bij. Onderdeel van de keten-dbc is zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Omdat de kosten van laatstbedoelde zorg ingevolge artikel 2.17, eerste lid, onderdeel b, zoals dat luidde tot het moment van inwerkingtreding van dit besluit, buiten het eigen risico vielen, is om pragmatische redenen besloten de desbetreffende keten-dbc's voor 2010 geheel buiten het eigen risico te houden<sup>2</sup>. Met het wijzigen van artikel 2.17, eerste lid, onderdeel b, van het Bzv zijn de keten-dbc's met ingang van 1 januari 2011 geheel onder het verplicht eigen risico gebracht en is teruggekeerd naar de hoofdregel van het verplicht eigen risico dat alle zorg die ten laste van de zorgverzekering komt in beginsel onder het verplicht eigen risico valt.

Ingevolge artikel 2.5, onderdeel b, van het Bzv komen ingeval van niertransplantatie de kosten van de donor maximaal dertien weken ten laste van de zorgverzekering van de ontvanger. Bij levertransplantaties is dat een half jaar. Daarna komen de kosten van de nacontroles voor rekening van de donor. Om voor levende donoren geen drempel op te werpen voor het doneren van een orgaan of een deel daarvan, is met dit besluit in een nieuw onderdeel d van artikel 2.17, eerste lid, geregeld dat deze kosten niet onder het eigen risico van de donor vallen. Daarmee is uitvoering gegeven aan de toezegging die gedaan is in het standpunt over het Masterplan Orgaandonatie dat het kabinet op 13 juni 2008 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal kenbaar heeft gemaakt<sup>3</sup> alsmede aan de toezegging tijdens het Algemeen Overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 1 december 2008<sup>4</sup> over dat standpunt.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 29 247, nr. 98.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2007/08, 28 140, nr. 48.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2008/09, 28 140, nr. 64.

De verwijzing in het vierde lid naar artikel 18a, vijfde lid, was niet meer juist. Dit moet zijn: artikel 19, vierde lid. De bepaling is daarop gecorrigeerd.

#### *Onderdeel G*

De verwijzing naar artikel 20 was niet meer juist. Dit moet zijn: 21. De bepaling is daarop gecorrigeerd.

#### *Onderdeel H*

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld dat iedere verzekerde van 18 jaar en ouder vanaf 1 januari 2008 een verplicht eigen risico heeft. Chronisch zieken met hoge zorgkosten betalen in de praktijk elk jaar dat eigen risico. Om deze mensen te compenseren is een compensatie eigen risico (CER) ingevoerd. Wie in aanmerking komt voor de CER wordt bepaald aan de hand van gebruik van bepaalde zorg. Tot de inwerkingtreding van dit besluit betroffen de criteria voor de CER:

1. In de twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, ingedeeld zijn in bij ministeriële regeling aangewezen FKG's, of
2. In twee opeenvolgende jaren voorafgaande aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft ingedeeld zijn in bij ministeriële regeling aangewezen DKG's, of
3. Op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft meer dan zesentwintig weken zonder onderbreking verblijven in een AWBZ-instelling.

Deze in artikel 3a.1 van het Bzv neergelegde criteria zijn met het onderhavige besluit in verband met het volgende gewijzigd.

Met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2010 wordt de indeling in een FKG vervangen door bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot terhandgestelde geneesmiddelen. De reden hiervoor is dat er aanpassingen worden doorgevoerd in de FKG's die voor de risicoverevening worden gehanteerd. Door deze aanpassingen zouden bij blijvend gebruik van de FKG's als criterium voor de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico, verzekerden die eerst wel voor compensatie in aanmerking kwamen, niet langer recht hebben op deze compensatie. Dit recht op compensatie zou vervallen, terwijl zij wel chronische gebruikers van dezelfde geneesmiddelen blijven en door dit chronisch gebruik ook meerjarig het verplicht eigen risico verschuldigd blijven. Deze consequentie die de aanpassing van de FKG's voor de compensatieregeling zou hebben, is ongewenst. Daarom is de indeling in een FKG als criterium vervangen. Voor de zorgverzekeraars verandert er dus ook niets in de gegevens die zij moeten aanleveren voor de uitvoering van de CER.

Aan artikel 3a.1 is verder een vierde lid toegevoegd. In dit lid is geregeld dat voor gewezen militairen de kosten meetellen die gemaakt zijn toen zij nog militair waren en derhalve nog niet Zvw-verzekerden waren. De verzekeraar die de ziektekostenregeling voor militairen in actieve dienst uitvoert, kan de gegevens aanleveren voor de CER. Hierover zijn al afspraken gemaakt met deze verzekeraar.



### *Onderdeel I*

Met het Besluit van 27 januari 2010, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering met het oog op de beheerskosten van het CAK voor de compensatie van het verplicht eigen risico (Stb. 2010, 46) is een artikel 3a.3 in het Bzv ingevoerd. In het eerste lid, onderdeel a, van die bepaling is abusievelijk het woord 'beheerskosten' gebruikt. Dat had moeten zijn: beheerskostenbudget. Met dit besluit is dit gecorrigeerd.

## **Artikel II (Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG)**

### *Onderdeel A*

Met de invoering van de Geneesmiddelenwet is in artikel 3, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG het begrip 'aflevering' vervangen door: terhandstelling. Onder aflevering in het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG werd zowel verstaan advies en begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen als de terhandstelling daarvan. Met voornoemde wijziging van 'aflevering' in 'terhandstelling' is niet bedoeld de werkingsfeer van de tarief- en prestatieregulering op basis van de WMG te beperken. Met het wijzigen van artikel 3, eerste lid, onderdeel a is nu verduidelijkt dat dit advies en deze begeleiding bij het gebruik van UR-geneesmiddelen (geneesmiddelen die uitsluitend op recept ter hand mogen worden gesteld) gewoon onder de tarief- en prestatieregulering valt.

### *Onderdeel B*

Met het Besluit maatschappelijke ondersteuning is per 1 januari 2007 artikel 3 van het BZA vervallen. Met het Besluit van 1 december 2008, houdende wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en enige andere besluiten in verband met wijziging van AWBZ-aanspraken op zorg (Stb. 2008, 533) is per 1 januari 2009 artikel 7 van het BZA vervallen. De verwijzing in het tweede lid van artikel 5 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG was daar nog niet aan aangepast. Met dit besluit is dit alsnog gebeurd.

## **Artikel III (Besluit zorgaanspraken AWBZ)**

### *Onderdeel A*

Er is een definitie voor gebruikelijke zorg en mantelzorg ingevoerd vanwege de invoering met dit besluit van een aparte zorgvorm voor kort verblijf. Het gaat om de definitie die is opgenomen in de op grond van artikel 11 van het Zib vastgestelde Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010

Het in het oude onderdeel b geregelde begrip leefeenheid had betrekking op huishoudelijke verzorging. Deze zorgvorm is met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning van de AWBZ naar die wet overgeheveld. Het oude onderdeel b is daarom komen te vervallen. Ook hier gaat het om de definitie die is opgenomen in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010. De definitie komt overeen met de definitie die is opgenomen in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

## *Onderdeel B*

Artikel 2 is gewijzigd omdat een aparte zorgvorm voor kortdurend verblijf is ingevoerd. De reden hiervoor is dat het CIZ voor een verzekerde die af en toe een etmaal of weekend in een instelling verblijft, niet een totaal pakket aan verblijf met zorg indiceert, maar in plaats daarvan geeft het CIZ per zorgvorm de behoefte aan. Als deze mensen op andere dagen zorg zonder verblijf nodig hebben, omvat het indicatiebesluit eveneens per zorgvorm de behoefte daarvoor. Voorts is artikel 2 gewijzigd omdat het in artikel 17 geregelde onderzoek inmiddels is uitgebreid met onderzoek naar meer ziekten.

Op de diverse wijzigingen wordt hierna verder ingegaan.

## *Onderdeel C en F*

Met ingang van 1 januari 2009 is voor de financiering van de intramurale zorg op grond van de AWBZ de zogenoemde zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Deze zorgzwaartebekostiging houdt in dat AWBZ-instellingen voor in hun instelling verblijvende cliënten met een zwaardere zorgvraag een hogere vergoeding ontvangen dan voor verzekerden met een lichtere zorgvraag. Vóór de invoering van deze bekostigingswijze kreeg de instelling een budget voor alle cliënten, dat uitging van gemiddelde, op historische gronden vastgestelde kosten van de instelling. Met de prestatiebekostiging naar zorgzwaarte wordt voor de cliënt nu een zorgpakket bekostigd dat past bij zijn zorgbehoefte en niet meer uitgaat van een prijs die geen enkele relatie heeft met de hoeveelheid zorg die hij ontvangt. Voor de in een AWBZ-instelling voorkomende groepen cliënten zijn daarom zorgzwaartepakketten (zzp's) ontwikkeld. Ten behoeve van de totstandkoming van deze zzp's zijn de cliënten in AWBZ-instellingen in groepen verdeeld op basis van vergelijkbare kenmerken. Een omschrijving van zo'n groep cliënten is aangeduid als een cliëntprofiel. Er zijn tweeënvijftig cliëntprofielen tot stand gekomen. Vervolgens is onderzocht met welke combinaties van vormen van zorg en in welke omvang de diverse cliëntengroepen gemiddeld genomen geholpen worden. Deze inventarisatie heeft uiteindelijk geleid tot een zzp per cliëntprofiel. Een zzp is dus een bepaalde hoeveelheid samenhangende zorg die voor een cliënt met een bepaald cliëntprofiel die in een AWBZ-instelling verblijft, voldoende is. De zzp's en bijbehorende cliëntprofielen zijn tot stand gekomen in nauw overleg met de NZa, het CIZ, het CVZ, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntenorganisaties en branche-organisaties van zorgaanbieders.

Het pakket aan zorg en het tarief daarvoor houden rekening met bepaalde bandbreedtes in de hoeveelheid benodigde zorg. De cliënt maakt over de precieze invulling van zijn zzp in het zorgplan afspraken met de instelling. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de ene cliënt binnen de mogelijkheden van het zzp wat meer verzorging afspreekt en de ander wat meer begeleiding of dat er de ene periode wat minder zorg wordt gegeven en de andere periode wat meer.

De zzp's zijn derhalve afgestemd op in een AWBZ-instelling verblijvende cliënten. Door schaalvoordelen wordt aan in de instelling verblijvende cliënten efficiënter zorg ingezet dan aan niet in de instelling verblijvende cliënten met dezelfde zorgzwaarte. Bij dezelfde zorgzwaartebehoefte van deze cliënten is de levering van zorg in een geclusterde setting, hetgeen in een AWBZ-instelling het geval is, doelmatiger dan in een één op één situatie.

De voorzieningenrechter van de Centrale Raad van Beroep heeft op 28 oktober 2009 (09/4232 AWBZ-VV) geoordeeld dat het indiceren in zzp's zich niet verdraagt met het BZA en het Zib, zoals deze besluiten voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit luiden. De voorzieningenrechter heeft

vastgesteld dat in het geval van verzoekster niet per zorgvorm de objectieve zorgbehoefte als bedoeld in artikel 6 van het Zib was geïnventariseerd, maar dat ermee was volstaan te onderzoeken met welk cliëntprofiel van de in beginsel in aanmerking komende zzp's de situatie van verzoekster het meeste overeenkwam. Deze wijze van indiceren, zo stelt de voorzieningenrechter, kan ertoe leiden dat een zzp wordt aangewezen dat niet overeenkomt met de objectieve, per zorgvorm bepaalde zorgbehoefte van de verzekerde. De voorzieningenrechter heeft uitgesproken dat een dergelijke werkwijze, in weerwil van de op grond van artikel 11 van het Zib vastgestelde beleidsregels, zich niet verdraagt met het BZA en het Zib. Daarbij overwoog de voorzieningenrechter dat de bewoording van die besluiten veronderstellen dat eerst de hoeveelheid tijd per zorgfunctie in kaart wordt gebracht. Met de door het CIZ gevolgde wijze van indicatiestelling kan, aldus de voorzieningenrechter, niet worden vastgesteld of de objectieve zorgbehoefte per zorgvorm groter is dan het totaal in een zzp.

In verband met de rechterlijke uitspraak is artikel 9 van het BZA gewijzigd. De zorgaanspraak 'verblijf' is dusdanig omschreven dat duidelijk is dat de aanspraak samen gaat met een pakket aan zorg en niet meer samen met de losse zorgfuncties persoonlijk verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Daarmee is de aanspraak op zorg duidelijker gekoppeld aan de zzp's. De zzp's, zullen ter invulling van de aanspraak op verblijf met samenhangende zorg op grond van artikel 2, derde lid, van het BZA bij ministeriële regeling worden omschreven. In die ministeriële regeling zullen tevens de uitzonderingen geregeld worden voor de cliënten die meer aanspraak hebben op zorg dan past binnen de zzp-systematiek.

In het nieuwe tweede lid is geregeld dat slechts aanspraak bestaat op verblijf als de verzekerde daarop meer dan drie etmalen per week op een zzp is aangewezen.

Voor een verzekerde met een psychiatrische aandoening die in een AWBZ-instelling verblijft waarop artikel 13, tweede lid, van het BZA van toepassing is, geldt de zzp-systematiek ook. Daarom is dit artikellid eveneens gewijzigd.

#### *Onderdeel D*

Het zzp is gericht op het creëren van de noodzakelijke voorwaarden om zorg te kunnen leveren die in de thuissituatie van verzekerden niet adequaat of niet doelmatig geleverd kan worden. Daarbij gaat het om het verblijven als de verzekerde is aangewezen op een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Het accent van de zorg ligt bij verblijf op het wonen in een instelling voor het grootste deel van de week. Het zwaartepunt van de zorg ligt bij kortdurend verblijf vooral op logeren met als doel het overnemen van het permanent toezicht op de verzekerde ter ontlasting van de gebruikelijkezorger of mantelzorger. Het overnemen van permanent toezicht kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn bij (dreigende) overbelasting van ouder(s), partner of andere huisgenoten in de thuissituatie. Het verblijf is hier dus te karakteriseren als logeren als aanvulling op het wonen in de thuissituatie en niet als wonen in een instelling voor het grootste deel van de week. Omdat het accent hier ligt op extramurale zorg is in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 bij een indicatie voor verblijf voor één, twee of drie etmalen per week vastgelegd dat de zorg wordt geïndiceerd in (zorg)functies en klassen en niet in een zzp. Om het indiceren voor kort verblijf in functies en klassen te kunnen continueren, is deze zorg met dit besluit in een nieuw artikel 9a van het BZA apart omschreven. De introductie van een aparte omschrijving van kortdurend verblijf (logeren) in het BZA maakt het onderscheid met langdurig verblijven (wonen) duidelijk. Bij

kortdurend verblijf wordt geïndiceerd in functies en klassen, bij langdurig verblijf in zzp's. Bij kortdurend verblijf is er geen sprake van behandeling tijdens dat verblijf.

#### *Onderdeel E*

Met het Besluit van 1 december 2008, houdende wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en enige andere besluiten in verband met wijziging van AWBZ-aanspraken op zorg (Stb. 2008, 533) zijn de zorgvormen ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling per 1 januari 2009 omgevormd tot twee zorgvormen, namelijk begeleiding en behandeling. Activiteiten die voorheen onder activerende begeleiding vielen, maar meer behandelachtige aspecten bevatten en daarom onderdeel zijn van een behandelplan, zijn aan behandeling toegevoegd. De overige activiteiten vallen, samen met ondersteunende begeleiding, thans onder begeleiding. Artikel 10 van het BZA regelt dat indien de verzekerde begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, deze zorg tevens vervoer naar en van de instelling omvat indien daarvoor een medische noodzaak bestaat. Het CIZ stelt die noodzaak vast. Vóór 1 januari 2009 gold dit vervoer zowel voor ondersteunende als voor activerende begeleiding. Met andere woorden het gold ook voor die activiteiten die sinds 1 januari 2009 onder de zorgvorm behandeling zijn gebracht. Met het hiervoor genoemde koninklijk besluit is nagelaten artikel 10 hierop aan te passen. In de praktijk is daarvoor wel tijdelijk een oplossing gevonden. In afwachting van de onderhavige aanpassing van artikel 10 werd het vervoer gewoon ten laste van de AWBZ gefinancierd. De met de voorliggende wijziging aangebrachte uitbreiding leidt niet tot een extra gebruik van vervoer.

#### *Onderdeel G*

Sinds 1 januari 2007 is de neonatale hielprikscreening op advies van de Gezondheidsraad uitgebreid van drie naar achttien aandoeningen. Deze aandoeningen betreffen niet alleen aangeboren stofwisselingsziekten, maar ook andere ernstige aandoeningen. Op dit moment gaat het om onderzoek naar het voorkomen van Adrenogenitaal syndroom, Biotinidase deficiëntie, Congenitale hypothyreoïdie, Galactosemie, Glutaar acidurie type I, G-CoA-lyase deficiëntie, Holocarboxylase synthase deficiëntie, Homocystinurie, Isovaleriaan acidemie, Long-chain hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiëntie, Maple syrup urine disease, Medium-chain acylCoA dehydrogenase deficiëntie, 3-methylcrotonyl-CoAcarboxylase deficiëntie, Phenylketonurie, Sikkelcelziekte, Thalassemie, Tyrosinemie type I, Very long-chain acylCoA dehydrogenase deficiëntie. De tekst van artikel 17 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, die beperkt was tot onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten, bood derhalve niet meer de juiste bevoegdheid om de neonatale hielprikscreening nader bij ministeriële regeling te regelen. Deze bevoegdheid is daarom met dit besluit aangepast. De aangepaste tekst van artikel 17 is zo geformuleerd dat duidelijk is dat het gaat om pasgeborenen. Artikel 5 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ zal eveneens aan de gewijzigde neonatale hielprikscreening worden aangepast.

#### *Onderdeel I*

Met het Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ is de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg per 31 augustus 2004 opgeheven. In de nota van toelichting bij dat besluit is aangegeven dat de contracteerplicht voor intramurale instellingen ook zal worden opgeheven, maar

op een later tijdstip omdat de oplossing van de kapitaallasten de nodige zorgvuldigheid vereist.

Op basis van jurisprudentie heeft de contracteerplicht in de AWBZ voor intramurale zorg de betekenis gekregen dat de zorgkantoren in ieder geval zoveel capaciteit (verblijf) moeten contracteren dat er voor de zorgaanbiedende instelling nog een 'redelijke bedrijfsvoering' mogelijk is. Ongeacht de omvang van dit contract komen alle kapitaallasten voor nacalculatie in aanmerking, ook indien de instelling voor maar één plaats een overeenkomst met het zorgkantoor heeft afgesloten. Afgezien van de volledige vergoeding voor kapitaallasten heeft de contracteerplicht nu al niet meer de werking van een omzetgarantie. Voor niet geleverde productie wordt niet betaald.

Contracteerplicht voor intramurale zorg past niet bij een stelsel dat is gericht op vraagsturing en het vergroten van de mogelijkheden voor zorgkantoren om op kwaliteit te sturen. Er zou dan contracteerplicht zijn voor huisvesting waar geen vraag naar zou kunnen zijn, voor huisvesting die kwalitatief onder de maat is, maar waaraan op dat moment in kwantitatief opzicht nog wel behoefte bestaat. Andersom zouden aanbieders verplicht kunnen worden hun aanbod te reserveren voor een zorgkantoor, terwijl die aanbieders hun huisvesting (deels) anders willen inzetten en opzetten om beter in te kunnen spelen op de vraag van cliënten en verantwoordere beslissingen willen nemen - gelet op de door hen voorziene ontwikkelingen in de vraag - over hun vastgoed. Het volledig loslaten van de contracteerplicht én integrale tarieven geven dus vrijheden en zorgen voor een extra stimulans tot doelmatiger zorginkoop en vastgoedbeleid.

In eerste instantie werd uitgegaan van het afschaffen van de contracteerplicht voor de intramurale AWBZ zorg met ingang van 1 januari 2006. Met ingang van die datum zou er sprake zijn van een oplossing voor de 'kapitaallasten-problematiek'.

Het voornemen bestond om de bekostiging van de zorg en de bekostiging van de huisvesting bijeen te brengen in één risicodragend tarief dat zou zijn geënt op een persoonsgericht systeem in plaats van een budgetsysteem dat zeer zorgaanbieder gericht was. Zowel de totstandkoming van de zzp's als het daarin onderbrengen van een normatieve huisvestingscomponent heeft meer tijd geveerd in de voorbereiding. Inmiddels bestaat er sinds 2009 op zorgzwaarte gebaseerde financiering van de zorg. Daaraan worden uiterlijk per 1 januari 2012 de kosten voor de huisvesting toegevoegd. De integrale tarieven worden echter met een overgangsregime geïntroduceerd. Binnen dat overgangsregime zal er sprake zijn van het geleidelijk afbouwen van de zekerheden van de vergoeding van de huisvestingslasten, de nacalculatie, en het geleidelijk toenemen van het risico op leegstand voor de zorgaanbieders door het vergroten van het aandeel inkomsten op basis van integraal tarief (zonder nacalculatie). De nog gehanteerde nacalculatie hoeft geenszins in de weg te staan aan het vergroten van de sturing op kwaliteit door zorgkantoren in het sluiten van contracten met aanbieders. Daarin is dan vooral nog alle aandacht voor het primaire zorgproces en zal langzamerhand de kwaliteit van de huisvesting prominenter een rol gaan mee spelen. Zorgkantoor en zorgaanbieder komen hierdoor in een onderhandelingsituatie ten opzichte van elkaar te staan die recht doet aan de veranderende omstandigheden en verantwoordelijkheden. Het afschaffen van de contracteerplicht per 1 januari 2011 ondersteunt dit.

Het zorgkantoor kan niet zomaar een contractuele relatie met een zorgaanbieder beëindigen. Op basis van de contractuele goede trouw is het zorgkantoor gehouden een bestaande relatie tijdig te informeren indien hij voor het nieuwe

zorgjaar geen overeenkomst meer wil sluiten. In 2011 zal dit zich dus nauwelijks kunnen voordoen.

Bovendien heeft een verzekerde krachtens artikel 15, vierde lid, van de AWBZ recht op ononderbroken voortzetting van zorgverlening door de zorgaanbieder, in het geval dat de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder wordt beëindigd.

## **Artikel IV (Zorgindicatiebesluit)**

### *Onderdeel A*

In artikel 1 van het Zib is een definitie van een cliëntprofiel opgenomen in verband met de hiervoor genoemde uitspraak van de CRvB.

### *Onderdeel B*

De aanhef van artikel 2 van het Zib is aangepast aan de wijzigingen in het BZA. Onderdeel c is komen te vervallen. Dit onderdeel is niet meer nodig omdat het artikellid (artikel 9, derde lid, (was tweede lid) van het BZA) waarin de partneropname is geregeld, niet meer onder de aanhef valt en daar dus ook niet meer van hoeft te worden uitgesloten.

### *Onderdeel C*

In artikel 6 van Zib is met het onderhavige besluit geregeld dat het CIZ ook onderzoekt welk cliëntprofiel het best bij de verzekerde past. Gelet op de aanhef van artikel 6 geldt dat alleen voor zover dat relevant is. Dat is het geval indien er sprake is van verblijf gedurende meer dan drie etmalen per week als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het BZA of van voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het BZA.

### *Onderdeel D*

Het CIZ onderzoekt welk cliëntprofiel het beste bij de verzekerde past. In de beleidsregels, bedoeld in artikel 11 Zib, zijn de cliëntprofielen omschreven. In artikel 11 is met dit besluit duidelijk aangegeven dat de cliëntprofielen in de beleidsregels worden omschreven.

### *Onderdeel E*

In artikel 13, eerste lid, van het Zib is met het onderhavige besluit thans een duidelijk onderscheid geregeld tussen het indicatiebesluit als er sprake is van verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het BZA of van voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het BZA, en als er geen sprake van zodanige zorg. Is dat laatste het geval, dan geeft het CIZ in het indicatiebesluit aan:

- a. de vorm van zorg of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen,
- b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen;
- c. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm.

Is er wel sprake van verblijf of voortgezet verblijf, dan geeft het CIZ in het indicatiebesluit ingevolge het nieuwe tweede lid van artikel 13 van het Zib aan:

- a. het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg waarop de zorgvrager is aangewezen;

- b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg is aangewezen;
- c. de omvang van de samenhangende zorg (het zzp, voor uitzonderlijke situaties tevens de benodigde extra zorg). In de toelichting op het indicatiebesluit geeft het CIZ aan op basis van welk meest passend cliëntprofiel het CIZ tot dat besluit gekomen is.

## **Artikel V (Bijdragebesluit zorg)**

*Onderdelen A, E, voor zover het betreft artikel 15, eerste lid, en F*

In het Belastingplan 2008, dat eind 2007 door het parlement is aanvaard, is de afschaffing van de buitengewone uitgavenregeling in de Wet inkomstenbelasting 2001 met ingang van 1 januari 2009 geregeld. Deze afschaffing houdt onder meer in dat de eigen bijdragen die voor AWBZ-zorg verschuldigd zijn vanaf 1 januari 2009 niet meer als aftrekpost voor het verzamelinkomen mogen worden afgetrokken. Wel geldt voor de inkomsten 2009 nog een overgangsbepaling voor nog verschuldigde bijdragen over voorgaande jaren. Deze bijdrage over oude jaren mochten verder op grond van artikel 25 van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten nog maar tot uiterlijk 30 november 2009 bij de desbetreffende verzekerden in rekening worden gebracht.

In plaats van de buitengewone uitgavenregeling is, naast andere tegemoetkomingen in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, een nieuwe fiscale regeling voor uitgaven van specifieke zorgkosten in de Wet inkomstenbelasting 2001 ingevoerd. Onder die specifieke zorgkosten vallen niet de uitgaven voor de eigen bijdragen AWBZ.

Voor de vaststelling van de eigen bijdrage als bedoeld in artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg werd ingevolge artikel 1 van dat besluit het bijdrageplichtig inkomen gecorrigeerd met deze aftrekpost. De aftrek buitengewone uitgaven werd voor de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen bij het verzamelinkomen opgeteld. In de praktijk is deze correctie moeilijk uitvoerbaar gebleken.

De eigen bijdragen AWBZ wordt vastgesteld op basis van het inkomen van twee jaar terug. Nu deze fiscale aftrek per 1 januari 2009 is komen te vervallen, is met het onderhavige besluit de correctie voor de vaststelling van bijdrageplichtig inkomen per 1 januari 2011 afgeschaft. Vanwege de moeilijke uitvoerbaarheid is er niet voor gekozen om één jaar een correctie in verband met de overgangsbepaling te gaan invoeren.

### *Onderdeel B*

Het tweede lid van artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is om twee redenen gewijzigd.

In de eerste plaats geldt voor de in artikel 4 geregelde bijdrage geen minimaal bedrag, hetgeen wel het geval is voor de in artikel 14 geregelde bijdrage. Het huidige systeem kan er toe leiden dat mensen door hoge aftrekposten hun verzamelinkomen dusdanig weten te verlagen dat zij minder betalen dan iemand met een inkomen op het sociaal minimum of met enkel een pensioen op grond van de Algemene Ouderdomswet (AOW). Deze mensen met een inkomen op het sociaal minimum of met enkel een AOW-pensioen betalen een bijdrage van circa € 400 per maand. Om die reden en om de beoogde bezuiniging te halen, is met dit besluit een minimaal verschuldigd bedrag van € 400 aan eigen bijdrage per maand ingevoerd.

In de tweede plaats blijkt 90% van de werkelijk kosten in de praktijk inmiddels altijd hoger te zijn dan het in artikel 4, tweede lid, genoemde bedrag. Daarom is deze overbodige zinsnede geschrapt.

#### *Onderdeel C*

Artikel 6, derde lid, is geactualiseerd.

#### *Onderdeel D*

Artikel 26 van de Algemene Kinderbijslagwet is al per 1 januari 1996 komen te vervallen. Het enkel verwijzen naar de wet is voldoende. Aldus is artikel 14, eerste lid, onderdeel d, aangepast.

De tweede volzin van artikel 14, derde lid, is onuitvoerbaar en wordt dan ook niet toegepast. Deze zin komt daarom te vervallen.

#### *Onderdeel E, voor zover het betreft artikel 15, tweede lid.*

In artikel 15, tweede lid, werden enkele verkeerde artikelleden genoemd. Dat is nu gecorrigeerd.

#### *Onderdeel G*

In het opschrift van paragraaf 2 ontbrak 'begeleiding', terwijl daarvoor sinds 21 juni 2010 wel een eigen bijdrage geldt.

### **Artikel VI**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2011, maar werkt op twee onderdelen terug.

1. Met betrekking tot de voorwaarden voor de CER, voor zover het betreft aan de verzekerden terhandgestelde geneesmiddelen, werkt dit besluit terug tot en met 1 januari 2010.
2. Met betrekking tot de CER voor gewezen militairen werkt dit besluit terug tot en met 1 januari 2008, voorzover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel a, van het Bzv en tot en met 1 januari 2009 voorzover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel b, van het Bzv. Dit betekent dat voor de gewezen militairen die in 2008 Zvw-verzekerd waren, maar in 2006 en 2007 onder de ziektekostenregeling voor militairen vielen, al over 2008, het jaar van invoering van de CER, voor de CER in aanmerking komen voor zover zij voldoen aan de criteria zoals die in die jaren voor de CER golden.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink