

WIJ **B**EATRIX, BIJ DE GRATIE GODS,  
KONINGIN DER NEDERLANDEN,  
PRINSES VAN ORANJE-NASSAU,  
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit  
zorgverzekering in verband met  
wijziging van de te verzekeren  
prestaties Zvw per 2012 en de  
eigen bijdragen daarvoor en  
wijziging van dat besluit en het  
Besluit zorgaanspraken AWBZ in  
verband met stringent  
pakketbeheer

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

Gelet op artikel 11, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel 6,  
tweede lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van );

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

**Artikel I**

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Aan artikel 2.1 wordt een lid toegevoegd, luidende:

5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten,  
bedoeld artikel 2.4, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn  
aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij  
aan te geven termijn van maximaal vier jaar, voor zover er sprake is van  
verantwoorde zorg en diensten.

B

Artikel 2.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, aanhef, vervalt: , zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b.
2. In het eerste lid, onderdeel d, wordt "acht" vervangen door: vijf.
3. In het tweede lid vervalt: zoals medisch-specialisten plegen te bieden.
4. Het 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 hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

C

Artikel 2.5b vervalt.

D

Artikel 2.6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt "twaalf" vervangen door: twintig.
2. Het zevende lid vervalt.

E

Aan artikel 2.10 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

F

In het eerste lid van bijlage 1 vallen onderdeel b, subonderdelen 5°, 8° tot en met 12°, en onderdeel c.

## **Artikel II**

Na artikel 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 2a**

De inhoud en de omvang van de zorg, bedoeld in artikel 2, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### **Artikel III**

Op de verzekerde die uiterlijk op 31 december 2011 twaalf behandelingen fysiotherapie heeft ontvangen, blijft artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, zoals dat artikel op 31 december 2011, luidde, van toepassing voor zover het behandeling van de aandoening betreft waarop de twaalf behandelingen betrekking hadden.

### **Artikel IV**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2012.

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. 1. Algemeen**

Met dit besluit is het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2012 gewijzigd en met betrekking tot de hierna onder 1 genoemde maatregel ook het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De wijzigingen betreffen uitvoering van in het Regeer- en Gedoogakkoord aangekondigde maatregelen alsmede maatregelen die noodzakelijk zijn in verband met overschrijdingen in de kosten van zorg. Het gaat om de volgende maatregelen.

1. Het regelen van een instrument voor stringent pakketbeheer, te weten voorwaardelijke toelating. Dit wordt in 2012 gestart als een pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatie technieken bij chronische specifieke lage rugklachten in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De toepassing hiervan op deze zorgvormen wordt bij ministeriële regeling vastgelegd. Continueren en bredere toepassing van voorwaardelijke toelating zal worden gezien in samenhang met de uitwerking van de in het regeerakkoord opgenomen maatregel stringent pakketbeheer alsmede in samenhang met de uitvoeringstoets over stringent pakketbeheer die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) eind 2011 zal uitbrengen.

Over de inpassing van de voorwaardelijke toelating van in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt in 2012 besloten. Wel wordt met dit besluit in het Besluit zorgaanspraken AWBZ het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' ingevoerd. Daarmee wordt ook in de AWBZ een beheersinstrument ingevoerd dat mogelijk maakt de zorg op effectiviteit te toetsen.

2. Het verlagen van het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg (elp-zorg) van acht naar vijf per jaar.

3. Het verruimen van de bevoegdheid om geneeskundige zorg van het Zvw-pakket uit te sluiten teneinde behandelingen van aanpassingsstoornissen van het pakket uit te sluiten.

4. Het creëren van een bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor tweedelijnsgeestelijke gezondheidszorg (tweedelijns-ggz) te regelen teneinde een eigen bijdrage voor verzekerden van achttien jaar en ouder in te gaan voeren.

5. Het regelen dat (voor zover het gaat om verzekerden van achttien jaar of ouder) de eerste twintig behandelingen fysiotherapie en oefentherapie ter behandeling van een chronische aandoening als bedoeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering niet meer in het pakket van de zorgverzekering zitten.

6. In het kader van stringent pakketbeheer, het schrappen van aandoeningen van de in bijlage 1 opgenomen lijst van aandoeningen fysio- of oefentherapie.

7. Het schrappen van de te verzekeren prestatie dieetadvisering uit het Zvw-pakket

8. Het verwijderen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het Zvw-pakket.

9. Het invoeren van een bevoegdheid om voor verblijf een eigen bijdrage in te kunnen voeren teneinde voor verzekerden van achttien jaar en ouder een eigen bijdrage te kunnen heffen voor verblijf die noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz.

De maatregelen worden hierna in de artikelsgewijze toelichting verder toegelicht.

## **1.2. Financiële gevolgen**

De maatregelen hebben in 2012 de volgende financiële gevolgen.

1. De voorwaardelijke toelating heeft geen financiële gevolgen omdat deze alleen gericht is op behandeling met dure geneesmiddelen en injectie- en denervatie technieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten.
2. De geraamde opbrengst van het verlagen van het aantal zittingen elp-zorg van acht naar vijf per jaar bedraagt: € 10 miljoen.
3. De geraamde opbrengst van het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen bedraagt € 53 miljoen.
4. De geraamde opbrengst van de in te voeren eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz bedraagt: € 226 miljoen.
5. De geraamde opbrengst van het pas vergoeden van fysiotherapie- en oefentherapiebehandelingen bij meer dan twintig behandelingen per aandoening bedraagt: € 80 miljoen.
6. De geraamde opbrengst van het schrappen van aandoeningen van de lijst fysio- en oefentherapie bedraagt: € 44 miljoen.
7. De geraamde opbrengst van het verwijderen van dieetadvisering uit het pakket: € 42 miljoen.
8. De geraamde opbrengst van het verwijderen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket bedraagt: € 20 miljoen.
9. De geraamde opbrengst van de in te voeren een eigen bijdrage voor verblijf die noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz bedraagt: € 11 miljoen.

Het gaat hier om netto-opbrengsten waarbij rekening is gehouden met eventuele uitvoeringskosten.

Er zijn overigens meer maatregelen per 1 januari 2012 voorzien die betrekking hebben op het pakket. Omdat deze maatregelen niet leiden tot wijziging van het Besluit zorgverzekering zijn de besparingen als gevolg hiervan niet in deze paragraaf genoemd.

## **1.3. Inkomensgevolgen**

De invoering van of verhoging van eigen bijdragen 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 van het basispakket zullen inkomenseffecten optreden. Bij beperking van het basispakket geldt enerzijds dat de door verzekerde gemaakte kosten voor de zorg leiden tot een daling van het besteedbaar inkomen. Dit effect treedt ook op als de verzekerde daarvoor een aanvullende verzekering sluit. 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. Pakketbeperkingen en het invoeren van eigen bijdragen leiden er toe dat minder zorgkosten hoeven te worden gedekt door premies voor de zorgverzekering. Dit heeft een positief effect op het besteedbaar inkomen van alle verzekerden. Het saldo-effect is afhankelijk van het daadwerkelijke zorggebruik.

## **1.4. Administratieve lasten**

Het bij ministeriële regeling regelen van een eigen bijdrage voor tweedelijns-ggz kan leiden tot extra administratieve lasten voor de burger en de zorgverzekeraar.

Afhankelijk van de vraag of de aanbieder de kosten bij de verzekerde in rekening brengt of rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gaat de inning als volgt.

Bij een restitutiepólis kan het zijn dat de zorgaanbieder de kosten van zorg in rekening brengt bij de verzekerde. 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 vooral bij de zorgverzekeraar te liggen en in mindere mate bij de verzekerde die wel moet controleren of het juiste eigen bijdragebedrag op de te restitueren kosten in mindering is gebracht.

Bij een naturapolis declareert de zorgaanbieder de kosten van zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. In dat geval betaalt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder en brengt de zorgverzekeraar de eigen bijdrage in rekening bij de verzekerde. In deze situatie zijn er extra lasten voor zowel de verzekerde als de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan met de zorgaanbieder afspreken dat de zorgaanbieder de eigen bijdrage int en de overige kosten bij de zorgverzekeraar in rekening brengt. In dat geval zijn er ook lasten voor de zorgaanbieder, maar volgen die uit de afspraak met de zorgverzekeraar en niet uit dit besluit.

Ongeveer 550 000 volwassen verzekerden maken gebruik van de tweedelijns-ggz. Als er sprake is van een restitutiepólis zijn er geen extra administratieve lasten voor de verzekerde. Als er sprake is van een naturapolis, krijgt de verzekerde een rekening voor de eigen bijdrage. Ongeveer 60% van de verzekerden hebben een naturapolis. Of hij extra administratieve lasten krijgt en welke, hangt af hoe hij het (privaatrechtelijk) afgesproken heeft met zijn zorgverzekeraar. Soms zal de betaling samenlopen met de premiebetaling, soms met het eigen risico, soms gaat het via automatische incasso, soms met een acceptgiro en soms maakt hij het zelf over, veelal via elektronische bankieren. In het algemeen bieden zorgverzekeraars een systeem aan die verzekerden weinig moeite kost en dat bij verzekerden tot de minste lasten leidt. Er vanuit gaande dat ongeveer 10% van de verzekerde extra handelingen moeten verrichten van gemiddeld vijf minuten, gaat het in totaal om 4600 uur extra lasten.

Voor het overige volgen uit dit besluit geen administratieve lasten voor burgers.

## **2. Artikelsgewijs**

### **Artikel I, onderdeel A, en Artikel II**

Het kabinet acht het stringenter beheer van het verzekerde pakket van essentieel belang. Dit stringenter pakketbeheer heeft zowel betrekking op behandelmethoden die al tot het verzekerde pakket behoren maar waarvan de werkzaamheid en effectiviteit ter discussie zijn komen te staan, als op de toelating van innovatieve behandelmethoden. Met het oog op dit stringenter pakketbeheer is in het Regeer- en Gedoogakkoord afgesproken dat verouderde behandelmethoden, die niet voldoen of niet langer voldoen aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid, uit het basispakket worden verwijderd. Daarnaast zal over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden besloten op basis van de hiervoor genoemde pakketcriteria. Bij het uiteindelijk verwijderen, respectievelijk toelaten van behandelmethoden zal toetsing aan de stand van wetenschap en praktijk en aan de vier pakketcriteria een doorslaggevende rol spelen. Hiertoe is het CVZ bezig met een uitvoeringstoets stringent pakketbeheer dat eind dit jaar zal worden opgeleverd<sup>1</sup>.

Voorwaardelijke toelating kan een goed instrument zijn om duidelijkheid te verkrijgen over het al dan niet effectief zijn van mogelijk verouderde behandelmethoden, maar ook om te kunnen beslissen over de toelating van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29689, nr. 318.

nieuwe behandelmethoden. Voorwaardelijke toelating wordt in 2012 gestart als pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatie technieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten. De verdere inbedding van het instrument voorwaardelijke toelating in latere jaren hangt af van het totaalpakket aan maatregelen dat genomen wordt inzake het stringent pakketbeheer, de ervaringen die getrokken worden uit de pilot en aan randvoorwaarden, zoals passend binnen het financieel kader.

Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009<sup>2</sup>, het Pakketadvies 2010<sup>3</sup> en het Pakketadvies 2011<sup>4</sup> geadviseerd om jaarlijks vast te stellen of zorg in aanmerking komt voor voorwaardelijke toelating. Het gaat daarbij om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Deze zorg voldoet dan niet meer of nog niet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Voorwaardelijke toelating kan niet alleen ingezet worden voor nieuwe behandelmethoden die nog geen deel uitmaken van het pakket, ook voor bestaande zorg die in het pakket zit maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan, kan voorwaardelijke toelating worden gebruikt.

Voorwaardelijke toelating dient er toe de zorg ten laste van de zorgverzekering te laten komen gedurende een periode van maximaal vier jaar. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen dan wel erin blijft.

Voorwaardelijke toelating kan ook leiden tot een beslissing om een bepaalde behandelmethode in zijn geheel uit het verzekerde pakket te verwijderen, dan wel tot aanscherping in de aanspraken van de indicatievoorwaarden voor een behandelmethode. Bij volledige uitstroom uit het verzekerde pakket of aanscherping van indicatievoorwaarden hebben de zorgverzekeraars als taak er op toe te zien dat dit in de praktijk ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit past in het kabinetsbeleid dat zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) meer aandacht moeten besteden aan de toetsing op rechtmatigheid van de vergoeding voor verleende zorg.

Over de inpassing van dit instrument in de AWBZ wordt in 2012 besloten.

Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009 verschillende opties genoemd, te weten voorwaardelijke toelating vanuit de basisverzekering, subsidie vanuit de Zvw/AWBZ of subsidie vanuit de Rijksbegroting. Het CVZ spreekt in dat rapport de voorkeur uit voor subsidie vanuit Zvw/AWBZ. Daarvoor is echter niet gekozen.

Subsidieregelingen op het terrein van zorg worden in de praktijk als belastend en complex in de uitvoering ervaren. Bovendien sluiten ze niet aan op de gebruikelijke wijze van financiering. Daarbij hebben subsidieregelingen veelal als (neven)effect dat ze vooral als verantwoordelijkheid van de overheid worden gezien, waardoor de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf minder wordt. Vernieuwing van zorg en uitvoering van het verzekerde pakket zijn niet alleen de verantwoordelijkheid van de minister en het CVZ. Naast de minister en het CVZ ligt hier ook een duidelijke verantwoordelijkheid bij het veld. De zorgaanbieders, zorgverzekeraars zijn samen met patiëntenorganisaties in staat, door het maken van gerichte afspraken, te bereiken dat de juiste gegevens beschikbaar komen zodat een oordeel over de effectiviteit van de zorg op een goede wijze kan worden gevormd.

Met voorwaardelijke toelating worden veldpartijen ertoe aangezet om mee te werken aan het noodzakelijk onderzoek ten einde bewijs voor werkzaamheid en

---

<sup>2</sup> Uitgave CVZ, publicatienummer: 283.

<sup>3</sup> Uitgave CVZ, publicatienummer: 285.

<sup>4</sup> Uitgave CVZ, publicatienummer: 296.

effectiviteit te verzamelen. Indien veldpartijen hun verantwoordelijkheid niet oppakken en niet in staat zijn om tot afspraken te komen voor het verkrijgen van voldoende gegevens om de werkzaamheid en effectiviteit van een bepaalde zorgvorm te kunnen beoordelen, kan er geen sprake van zijn dat die betreffende zorgvorm voor voorwaardelijke toelating tot het pakket in aanmerking komt. Dit moet de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende prikkel geven hun verantwoordelijkheid op dit punt te nemen.

Indien besloten wordt tot continuering en bredere toepassing van het instrument voorwaardelijke toelating zal het kabinet op basis van het pakketadvies van het CVZ jaarlijks bezien of, en zo ja, voor welke interventies het komende verzekeringsjaar met voorwaardelijke toelating zal worden gestart. Het CVZ zal bij zijn voorstellen voor voorwaardelijke toelating per afzonderlijk voorstel een raming van het financieel beslag geven. Aan de hand daarvan kan bezien worden of een voorstel voor voorwaardelijke toelating in het Budgettair Kader Zorg is in te passen. Dit betekent dat er een hoofdbesluitmoment is waarbij tegelijkertijd de financiële ruimte wordt getoetst. Dit gebeurt jaarlijks bij de voorjaarsbesluitvorming over de financiële ruimte voor het komende jaar. Het CVZ zal een belangrijke rol vervullen bij het onderzoeksvoorstel en het opzetten daarvan. Van belang is immers dat het uit te voeren onderzoek relevante gegevens oplevert, namelijk gegevens op basis waarvan het CVZ tot een beoordeling of een herbeoordeling kan komen en de minister daarover kan adviseren. De minister moet expliciet besluiten over de voorwaardelijke toelating en over de uiteindelijke uit- en instroom van zorg uit het pakket. Er is dus geen sprake van een openeindregeling.

Wil een behandelmethodede voor voorwaardelijke toelating in aanmerking komen, dan moet ten minste aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- de interventie is het experimentele stadium ontstegen;
- er bestaat duidelijkheid over de ontbrekende gegevens, bijvoorbeeld blijkend uit een systematische review;
- er is een conceptonderzoeksvoorstel op hoofdlijnen dat erop gericht is om binnen een termijn van maximaal vier jaar de vraag te kunnen beantwoorden of voldaan wordt aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk';
- er is een tarief of er zal worden voorzien in een tarief waarmee de voorwaardelijk toe te laten zorg kan worden afgerekend;
- andere mogelijkheden om de zorg waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen zijn niet mogelijk gebleken;
- er moet ruimte zijn binnen het Budgettair kader zorg voor de voorwaardelijke toelating van de interventie.

Door wijziging van artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering is met ingang van 1 januari 2012 de mogelijkheid van voorwaardelijke toelating opgenomen. Daarmee is de bevoegdheid geregeld dat bij ministeriele regeling zorg of diensten kunnen worden aangewezen die niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Anders dan het Besluit zorgverzekering kende het Besluit zorgaanspraken AWBZ het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' niet. Bij de pakketbeoordeling door het CVZ wordt dit criterium in feite wel gehanteerd. Daarom is dit criterium ook in het Besluit zorgaanspraken AWBZ opgenomen. Zoals hiervoor is aangegeven, wordt de voorwaardelijke toelating in de AWBZ niet per 1 januari 2012 geïntroduceerd,

In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ de volgende vier onderwerpen aangegeven om als pilot te dienen voor voorwaardelijke toelating per 2012:

- injectie- en denervatie technieken bij chronische specifieke lage rugklachten;



- renale denervatie bij therapieresistente hypertensie;
- bilateraal cochleair implantaat bij jonge kinderen met congenitale doofheid, en
- dure en weesgeneesmiddelen.

Het voorstel van het CVZ over om de injectie - en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten en dure en weesgeneesmiddelen per 2012 voorwaardelijk toe te laten, wordt overgenomen. Het gaat bij deze twee onderdelen om behandelingen en geneesmiddelen die al ten laste van de Zvw komen. Voorwaardelijke toelating hiervan legt daarom geen extra beslag op de beschikbare financiële ruimte en kan daarom zonder meerkosten plaatsvinden. Die meerkosten zouden weloptreden bij voorwaardelijke toelating van de renale denervatie en bij het bilateraal cochleair implantaat. Gelet op de budgettaire krapte in de zorg is er voor deze twee voorstellen met ingang van 2012 geen financiële dekking.

Bij behandeling met dure geneesmiddelen gaat het om geneeskundige behandelingen als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. In dat geval betreft het om geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Op dit moment vindt extra bekostiging van behandeling met dure geneesmiddelen en dure weesgeneesmiddelen plaats op basis van een beleidsregel van de NZa. Het CVZ beoordeelt of behandeling met dit middel voor aanvullende bekostiging in aanmerking komt. Voorwaarde daarbij is dat er onderzoek plaatsvindt naar kosteneffectiviteit. De beleidsregel van de NZa vervalt. Voorwaardelijke toelating zal worden ingezet teneinde te bewerkstelligen dat de gewenste kosteneffectiviteitsgegevens gegenereerd worden. In een aantal gevallen is bij deze behandeling al sprake van reeds voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling zit dan automatisch in het pakket. Is dat het geval en is onderzoek naar kosteneffectiviteit gewenst om te beoordelen of definitieve handhaving in het pakket aangewezen is, dan zal gebruik gemaakt worden van de bevoegdheid in artikel 2.4, tweede lid, om vormen van geneeskundige zorg uit te sluiten. De desbetreffende zorg zal dan worden uitgesloten voor zover er geen sprake is van behandeling volgens de voorwaarden van het onderzoek. Overigens kan het instrument ook ingezet worden voor andere medisch-specialistische zorg dan behandeling met geneesmiddelen. Het kan zich bijvoorbeeld voordoen dat er een duidelijke connectie bestaat tussen behandeling met een duur geneesmiddel of weesgeneesmiddel en bepaalde diagnostiek, waardoor het in de rede ligt om zowel de behandeling met het geneesmiddel en de desbetreffende diagnostiek onder de voorwaardelijke toelating te brengen. Over de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen is de Tweede Kamer geïnformeerd bij brief van 19 mei 2011<sup>5</sup>.

### **Artikel I, onderdelen B en C**

Met het wijzigen van artikel 2.4, eerste lid, aanhef en het laten vervallen van artikel 2.5b van het Besluit zorgverzekering is het stoppen-met-rokenprogramma, zoals dat in artikel 2.5b omschreven was, uit het basispakket geschrapt.

Voorts is het aantal zittingen elp-zorg per jaar gemaximeerd op vijf in plaats van acht.

Daarnaast is de bevoegdheid om bij ministeriële regeling geneeskundige zorg uit te sluiten uitgebreid. Deze bevoegdheid was beperkt tot zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Gezien de knellende financiële problematiek in de zorg is het aangewezen deze bevoegdheid uit te breiden tot alle geneeskundige zorg in artikel 2.4. Per 1 januari 2012 zal in ieder geval van deze bevoegdheid

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29689, nr. PM

gebruik gemaakt worden door de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. De diagnose aanpassingsstoornis is een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijvoorbeeld ontslag of echtscheiding.

Verder is een bevoegdheid ingevoerd om, naast de eigen bijdrage voor elp-zorg, bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz in te voeren. Voor de invulling van de maatregel zoals die in het Regeer- en Gedoogakkoord met betrekking tot de eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz is afgesproken, 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 de te verschuldigde eigen bijdrage nader worden geregeld. 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 systematiek van de diagnose behandelcombinatie (dbc).

#### **Artikel I, onderdeel D**

Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening. Voor de duidelijkheid, het gaat niet om de eerste twintig per kalenderjaar maar om de eerste twintig behandelingen voor een aandoening die vermeld is op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat om twintig behandelingen per jaar.

#### **Artikel I, onderdeel E**

Met het toevoegen van een vierde lid aan artikel 2.10 is een bevoegdheid geregeld om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor verblijf in te voeren. Per 1 januari 2012 zal van deze bevoegdheid gebruik gemaakt worden voor het invoeren van een eigen bijdrage voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor verblijf die noodzakelijk is in verband met geneeskundige-ggz. Het zal gaan om een nominaal bedrag van € 145 per maand vanaf de tweede maand van verblijf. Het bedrag van € 145 komt overeen met de eigen bijdrage die de laagste inkomensgroep bij verblijf in een AWBZ-instelling moet betalen indien er sprake is van een van de voorwaarde genoemd in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg. In tegenstelling tot de AWBZ is de eigen bijdrage onder de Zvw niet inkomensafhankelijk.

Een ggz-dbc bij behandeling met verblijf bestaat uit een behandelcomponent en een verblijfscomponent. Deze eigen bijdrage is voor de verblijfscomponent en komt bovenop de bijdrage voor de behandelcomponent.

#### **Artikel I, onderdeel F**

Het schrappen van aandoeningen van de lijst van aandoeningen ter behandeling waarvan langdurige fysio- of oefentherapie voor rekening van de zorgverzekering kan komen, strekt ter uitvoering van de afspraak in het Regeer- en Gedoogakkoord om in het kader van stringent pakketbeheer in 2012 een besparing van € 30 miljoen te realiseren. Het gaat om de lijst die is opgenomen in bijlage 1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.

Over de maatregelen die nodig zijn om de besparing van € 30 miljoen te halen, heeft het CVZ op 30 mei 2011, ZA/2011038756, geadviseerd. De onderhavige

maatregel is een van die geadviseerde maatregelen<sup>6</sup>.

Het beoordelen van de lijst van aandoeningen had het CVZ al in voorbereiding vanwege signalen over knelpunten in de toepassing van de lijst. Op de lange termijn zou mogelijk een ander systeem de voorkeur verdienen. Voor de korte termijn heeft het CVZ onderzoek laten verrichten naar de effectiviteit van langdurige fysio- en oefentherapie bij een aantal aandoeningen. Dit heeft geleid tot de aanbeveling de volgende aandoeningen van bijlage 1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering te schrappen:

*Van onderdeel b de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:*

- wervelfractuur als gevolg van osteoporose (subonderdeel 5°);
- reumatoïde artritis of chronische reuma (subonderdeel 8°);
- chronische artriden (subonderdeel 9°);
- spondylitis ankylopoëtica (morbus Bechterew) (subonderdeel 10°);
- reactieve artritis (subonderdeel 11°);
- juveniele idiopathische artritis (subonderdeel 12°),

*Heel onderdeel c met cardinale aandoeningen, te weten:*

- myocard-infarct (AMI);
- status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
- status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- status na hartklepoperatie;
- status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

### **Artikel III**

In deze bepaling is overgangsrecht geregeld voor verzekeren die uiterlijk op 31 december 2011 voldoen aan de op dat moment geldende voorwaarde om in aanmerking te komen voor fysiotherapie of oefentherapie voor rekening van de zorgverzekering. Het gaat dan om mensen die uiterlijk op die datum twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering hebben gekregen. Zij hoeven vervolgens niet eerst nog acht behandelingen voor eigen rekening te nemen of ten laste van de aanvullende verzekering te laten komen. Eenzelfde overgangssituatie is door zorgverzekeraars gehanteerd toen het aantal behandelingen dat niet meer voor rekening van de zorgverzekering kwam, verhoogd werd van negen naar twaalf. Er is voor gekozen dit nu expliciet te regelen.

De overgangsbepaling heeft geen betrekking op behandeling van een aandoening die van bijlage 1 is geschrapt. In dat geval is er geen recht meer, ook niet als de verzekerde al twaalf behandelingen heeft ontvangen. Ook voor het overige heeft het besluit onmiddellijke werking.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw.drs. E.I. Schippers

---

<sup>6</sup> Uitgave CVZ, publicatienummer: 299.