

Besluit van

tot wijziging van het Besluit  
zorgverzekering in verband  
het regelen van vormen van  
zorg waarvoor een  
persoonsgebonden budget  
kan worden verstrekt  
alsmede wijziging van  
artikel 2.4 van dat Besluit

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en  
Sport van 2006, Z/VU- ;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, en artikel 14a, eerste lid, van  
de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van );

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

In artikel 1, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van  
onderdeel t, een onderdeel ingevoegd, luidende:

u. in-vitrofertilisatiepoging: zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode,  
inhoudende:

1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen  
in het lichaam van de vrouw,

2°. het afnemen van eicellen,

3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het  
laboratorium, en

4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de  
baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

## B

Artikel 2.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt onder vernummering van subonderdeel 2° tot subonderdeel 3°, een subonderdeel ingevoegd, luidende:
  - 2°. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.
2. In het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3° (nieuw), vervalt: eerste dan wel.
3. Aan het eerste lid, onderdeel e, wordt toegevoegd: , met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan bevatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.
4. In het eerste lid, onderdeel f, wordt "de vijftientig, respectievelijk vijftig zittingen" vervangen door: het aantal zittingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e.
5. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
  4. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een in-vitrofertilisatiepoging een eigen bijdrage betaalt.

## C

Na artikel 2.16 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 2.16a**

Op grond van artikel 14a van de wet wordt geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 2.10, aangewezen.

### **Artikel II**

1. Een verzekerde behoudt recht op het persoonsgebonden budget gedurende de looptijd van het indicatiebesluit volgens de door de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst te bepalen termijnen waarin het budget aan de verzekerde wordt betaald, tot uiterlijk tot 1 januari 2008, indien de verzekerde:
  - a. op 31 december 2006 een persoonsgebonden budget ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ontving op basis van een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit, en
  - b. uit dit indicatiebesluit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op zorg in verband met een psychiatrische aandoening op de levering of vergoeding waarvan met ingang van 1 januari 2007 recht bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet,
2. Het eerste lid laat onverlet dat de verzekerde, om aanspraak te maken op het persoonsgebonden budget, zich verantwoordt jegens de zorgverzekeraar over het gebruik van het persoonsgebonden budget op de wijze zoals in de modelovereenkomst is bepaald.

### **Artikel III**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2007.

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. Algemene deel

#### 1.1. Inleiding

Met het onderhavige besluit is het Besluit zorgverzekering gewijzigd in verband met

- het uitbreiden van de prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met de eerste in-vitrofertilisatiepoging (ivf-poging) en de mogelijkheid bij ministeriële regeling te regelen dat per poging een eigen bijdrage wordt opgelegd;
- het beperken van de prestatie prenatale screening naar aangeboren afwijkingen;
- het uitbreiden van de prestatie psychotherapie indien meer zittingen noodzakelijk zijn;
- het aanwijzen van vormen van zorg en overige diensten waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd aan de verzekerde een persoonsgebonden budget (pgb) verstrekt.

#### 1.2 In-vitrofertilisatie

Met ingang van 1 januari 2003 is de eerste in-vitrofertilisatiepoging van de vergoeding ten laste van het Algemene Kas op grond van de Ziekenfondswet uitgesloten. Bij de behandeling van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de Tweede Kamer der Staten-Generaal is een motie van de leden Vietsch en Arib (Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 12) aanvaard. In die motie wordt de regering verzocht de eerste ivf-poging in de zorgverzekering op te nemen. In de brief van 24 mei 2006, CZ/GGZ-2684845, aan Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heb ik aangegeven de eerste ivf-poging onder de prestaties van de Zorgverzekeringswet te willen brengen, maar dan wel een eigen bijdrage van € 500 per poging te zullen heffen. Met het onderhavige besluit is de eerste ivf-poging als prestatie geregeld en is het opleggen van deze bijdrage mogelijk gemaakt.

#### 1.3 Prenatale screening

In zijn rapporten 'Prenatale screening' van 7 mei 2001 en 29 april 2004 heeft de Gezondheidsraad geadviseerd over de wetenschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot deze screening. Volgens de Gezondheidsraad is de stand van de wetenschap zo dat alle zwangeren een test om de kans te bepalen op een kind met het syndroom van Down of met het neuralebuisdefect aangeboden zouden moeten krijgen. In de brieven van 21 november 2003, 7 juni 2004, 28 juni 2004 en 15 september 2005 is de Tweede Kamer geïnformeerd over het kabinetsstandpunt naar aanleiding van deze rapporten (Kamerstukken II 29 323, nrs. 1, 3, 6 en 15).

Het kabinet is van oordeel dat wel alle zwangeren geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheden om de kans op een kind met het syndroom van Down of met een neuralebuisdefect vast te stellen door middel van prenatale kansbepalende testen, maar dat deze testen niet voor alle zwangeren voor rekening van de zorgverzekering kunnen komen. Daarom is met het onderhavige besluit geregeld dat voor zwangeren jonger dan 36 jaar die geen medische indicatie hebben, deze testen niet onder de prestaties van de Zvw vallen.

#### 1.4. Psychotherapie

Met ingang van 1 januari 2004 is de aanspraak op psychotherapie op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) beperkt. Daarvóór gold er een maximum van negentig zittingen bij

de vrijgevestigde behandelaar en bestond er geen maximum voor behandelingen binnen instellingen. Als gevolg van de maatregel werd er nog een maximum van dertig zittingen psychotherapie vergoed, waarbij er geen onderscheid werd gemaakt tussen een behandeling in een instelling of elders. Nadat uit signalen uit het veld bleek dat de maatregel tot problemen leidde, is deze in oktober 2004 aangepast. Voor sommige groepen (verzekerden jonger dan 18 jaar en mensen met persoonlijkheidsstoornissen) is het maximum verruimd tot vijftig zittingen. Voor overige stoornissen geldt een maximum van vijftientig zittingen. De versoepeling werd gefinancierd met een verhoging van de eigen bijdrage per zitting met een maximum per kalenderjaar. Wanneer het maximum aantal zittingen is bereikt, kan er een jaar na de laatste zitting opnieuw aanspraak worden gemaakt op psychotherapie of vergoeding van de kosten daarvan.

Bij aanpassing van de maatregel is afgesproken een monitor psychotherapie in te voeren waarin de kosteneffecten en mogelijk negatieve gevolgen van de maatregel zichtbaar zouden worden. De eerste monitor is beschikbaar gekomen in het najaar 2005. De monitor bleek niet te leiden tot een eenduidig beeld. Er waren tegenstrijdige schattingen van zowel het landelijke volume psychotherapie als de volumetrend. Daarom heb ik tijdens het Algemeen Overleg met de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer van 6 oktober 2005 aangekondigd nader onderzoek te gaan doen naar de effecten van de maximering van het aantal zittingen psychotherapie (Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 84). Dit onderzoek is uitgevoerd door het onderzoeksbureau Boer & Croon. Het onderzoeksbureau heeft op 17 februari 2006 gerapporteerd (projectnummer 26-037). Uit het rapport blijkt dat de pakketmaatregel in eerste instantie doet wat hij moet doen: het aantal patiënten stijgt, maar de kosten voor psychotherapie stijgen niet. Er is dus een efficiëncyslag gemaakt in de psychotherapiebehandeling. Daarnaast blijkt dat ongeveer vijftientig procent van de cliënten binnen het maximum aantal sessies geholpen is, en dat dus vijftien procent van de cliënten niet uitbehandeld is binnen het gestelde maximum.

De bezuiniging waarop gerekend was, is door de pakketmaatregel psychotherapie gehaald. De bezuinigingen zijn echter niet helemaal bij psychotherapie terug te vinden, maar ook bij andere vormen van geestelijke gezondheidszorg (ggz). Uit het rapport blijkt dat de maximale opbrengst van de pakketmaatregel € 31 miljoen is, terwijl bij het vaststellen van de begroting 2004 ruim € 70 miljoen is ingeboekt als besparing. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ook elders in de ggz een efficiëncyslag heeft plaatsgevonden.

Uit het onderzoek blijkt verder dat sommige cliënten na het afbreken van de psychotherapiebehandeling (omdat het maximum aantal zittingen bereikt was), alternatieve zorgkosten maken. Deze alternatieve zorgkosten bedragen ongeveer € 45 miljoen. De vraag is of deze extra zorgkosten enkel en alleen veroorzaakt worden door de pakketmaatregel. Immers, ook voordat de maatregel is genomen, was er een groep die na afloop van een behandeling psychotherapie nog (elders) zorgkosten maakte. In ieder geval is nu wel helder dat, ondanks een efficiëncyslag, de pakketmaatregel minder opbrengt dan geraamd en bovendien extra zorgkosten tot gevolg heeft.

Met betrokken partijen is het kabinet tot de conclusie gekomen dat de positieve effecten van de pakketmaatregel (efficiëncyslag in de psychotherapeutische behandeling) behouden moeten blijven en de negatieve effecten (afgebroken behandelingen) moeten worden gedempt. Op basis van dit uitgangspunt is de pakketmaatregel gewijzigd. Er is een indicatiestellingprotocol ingevoerd op basis waarvan het mogelijk is om toch de noodzakelijke psychotherapeutische zorg te leveren aan de ongeveer vijftien procent van de patiënten die niet uitbehandeld is binnen het maximum aantal toegestane zittingen. Het indicatiestellingprotocol is ontwikkeld door de beroepsgroepen zelf. Met behulp van het protocol beoordeelt de behandelaar of een patiënt in aanmerking komt voor het doorbehandelen na afloop van de vijftientig respectievelijk vijftig behandelingen psychotherapie. In verband hiermee is het Besluit zorgverzekering met het onderhavige besluit aangepast en is geregeld dat de Zvw-prestatie meer zittingen psychotherapie kan bevatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn

aanvaard. Het aantal behandelingen dat wordt gegeven, zal worden geregistreerd. Zo kan inzicht gekregen worden in de gerealiseerde zorg, waardoor het ook mogelijk wordt goede diagnose behandelingscombinaties (dbc's) voor de psychotherapie te ontwikkelen. Deze zullen met ingang van 1 januari 2008 worden ingevoerd. De dbc's gaan uit van een gemiddeld aantal behandelingen. Door de gemiddelde dbc-prijs is het niet meer nodig om het aantal zittingen psychotherapie via de prestatie-omschrijving te beperken. Beheersing geschiedt dan via de dbc-tarifiering. Met ingang van 1 januari 2008 zullen de dbc's dus de vervanging zijn van de onderhavige pakketmaatregel. Met voornoemde brief van 24 mei 2006 is de Tweede Kamer op de hoogte gesteld van de onderhavige maatregel.

## **1.5 Experiment Pgb**

Bij de behandeling van het voorstel van Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet is het amendement Schippers c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 18) aanvaard. Met dit amendement is in de Zvw een artikel 14a opgenomen. Dit artikel regelt dat er bij wijze van experiment bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg worden aangewezen waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd aan de verzekerde een pgb verstrekt. De aanleiding voor dit amendement was de overheveling van de geneeskundige-ggz van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2007. Voor een deel van deze zorg bestond de mogelijkheid van een pgb op grond van de AWBZ. In verband daarmee is, zoals het amendement beoogt, met het onderhavige besluit als experiment een pgb mogelijk gemaakt voor de geneeskundige-ggz.

In de toelichting op het amendement is aangegeven dat het niet de bedoeling is het pgb te beperken tot de geneeskundige-ggz. Ook andere vormen van chronische zorg zouden voor een pgb in aanmerking kunnen komen. Om tot een goede keuze voor het experiment te komen, is met de belangenvereniging van mensen met een pgb, Per Saldo, en met Zorgverzekeraars Nederland overleg gevoerd. Dit overleg heeft niet geleid tot een eensluidende opvatting of een pgb in de Zvw mogelijk is, dan wel welke vormen van zorg en overige diensten hiervoor zouden kunnen worden aangewezen. Daarom is besloten het experiment beperkt te houden tot de ggz. Daarbij is overwogen dat het recht op restitutie in de Zvw dezelfde mogelijkheden biedt als het pgb in de AWBZ. Verder verbiedt de Zvw niet dat de zorgverzekeraar verzekerden een voorschot verstrekt indien de verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgverlener wil wenden. Met andere woorden ook buiten artikel 14a van de Zvw kan op zijn minst hetzelfde bereikt worden als een pgb in de AWBZ.

Op basis van dat experiment ggz kan voldoende inzicht worden verkregen of, en zo ja hoe, na afloop van het experiment tot een structurele pgb-regeling in de Zvw moet worden gekomen.

## **2. Artikelsgewijze deel**

### **Artikel I**

#### Onderdeel A

Met het toevoegen van een onderdeel aan artikel 1 van het Besluit zorgverzekering is een ivf-poging gedefinieerd. Daarmee wordt een kwalitatief betere en doelmatige ivf-behandeling gestimuleerd. Aanleiding hiervoor is het rapport van ZonMW van 15 juni 2005 (dossiernummer 80-007024-99) over vruchtbaarheidsstoornissen. Daarin wordt geconstateerd dat er in de praktijk soms meer embryo's tegelijkertijd worden teruggeplaatst dan wenselijk zou zijn. Dit kan leiden tot meerlingen. Naast hogere kosten voor de begeleiding van de zwangerschap, leidt dit ook tot een verhoogde kans op complicaties voor zowel de moeder als de kinderen. De gekozen definitie stimuleert tot een kwaliteitsverbetering door in de definitie te omschrijven dat maximaal twee embryo's terug worden geplaatst. Verder kan binnen een poging meer keren implantaties

plaatsvinden van embryo's die uit dezelfde fase in het laboratorium zijn ontstaan. Bij het kweken van embryo's in het laboratorium kunnen er namelijk meer bruikbare embryo's ontstaan. Deze kunnen worden ingevroren en later als nog voor implantatie worden gebruikt, zonder dat er sprake is van een nieuwe poging in de zin van het Besluit zorgverzekering.

#### Onderdeel B

Met de wijziging van artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, is geregeld dat prenatale screening naar aangeboren afwijkingen voor zwangeren jonger dan 36 jaar die geen medische indicatie hebben niet onder de Zvw-prestaties valt (het nieuwe subonderdeel 2°).

Het subonderdeel 3° (nieuw) van artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, is dusdanig gewijzigd dat de eerste ivf-poging onder de Zvw-prestaties valt.

De toevoeging van de zinsnede aan het eerste lid, onderdeel e, leidt er toe dat indien de verzekerde volgens het indicatiestellingprotocol psychotherapie meer zittingen nodig heeft dan vijftig respectievelijk vijftig, meer zittingen voor rekening van de zorgverzekering komen. In het nieuwe vierde lid is de bevoegdheid opgenomen om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage voor een in-vitrofertilisatiepoging te regelen.

#### Onderdeel C

##### **Artikel 2.16a**

Met deze bepaling is, ter uitvoering van artikel 14a, eerste lid, van de Zvw, ggz aangewezen als zorg waarvoor gedurende drie jaar bij wijze van experiment de zorgverzekeraar op aanvraag van de verzekerde een pgb moet verstrekken. Bij de formulering is aangesloten bij de indicatieomschrijving die geldt voor de zorg waarvoor een pgb op grond van de AWBZ gekregen kon worden.

De zorgverzekeraar moet ingevolge artikel 14a, tweede lid, Zvw in de modelovereenkomst regelen op welke wijze aannemelijk moet zijn gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan ggz. Als voor ggz een pgb wordt verstrekt, kan het alleen aan die zorg worden besteed. Zoals in de toelichting op het amendement is aangegeven, is het pgb een voorschot op het bedrag aan vergoeding van een prestatie waarop een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering recht heeft. Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt of het geld aan iets anders heeft besteed, dient de zorgverzekeraar het verschil als onverschuldigd terug te vorderen. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan handelt hij in strijd met artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Immers, de verzekerde heeft dan meer ontvangen dan waarop hij gezien zijn werkelijke zorgbehoefte, naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen.

Er is uit oogpunt van beperking van de administratieve lasten geen gebruik gemaakt van de bevoegdheid van artikel 14a, vierde lid, van de Zvw om regels te stellen over de termijnen en de wijze waarop de verzekerde zich jegens de zorgverzekeraar over het gebruik van het pgb verantwoordt. Het is beter om dat ter regeling aan de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst over te laten.

##### **Artikel III**

Voor verzekerden die op 31 december 2006 een pgb ontvangen voor ggz-zorg die met ingang van 1 januari 2007 onderdeel uitmaakt van de Zvw-prestaties en voor wie de looptijd van hun oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit nog niet is verstreken, geldt een overgangstermijn van maximaal een jaar. Tot 1 januari 2008, dan wel zoveel korter als de looptijd van het oude indicatiebesluit, behouden ze hun pgb zoals dat op grond van de AWBZ was vastgesteld. Het is, net als bij het experiment pgb, aan zorgverzekeraars om te bepalen in welke termijnen ze het pgb krijgen en hoe zij zich over de besteding moeten verantwoorden richting zorgverzekeraar.

Gekozen is voor een overgangstermijn omwille van de rechtszekerheid voor betrokken pgb-houders en omwille van de uitvoering. Verzekerden hoeven niet per 1 januari 2007 een nieuw pgb aan te vragen en te wachten tot dat gehonoreerd is. Zij kunnen dat in de loop van 2007 doen. Voor zorgverzekeraars is het zo mogelijk om eerst de energie te richten op nieuwe aanvragen en de beoordeling daarvan. Na afloop van het jaar zal de zorgverzekeraar aan de oude pgb-houders een nieuw pgb moeten verstrekken indien zij nog zijn aangewezen op de desbetreffende ggz en een pgb willen ontvangen.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst