

---

## 464

### **Besluit van 25 september 2006 tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het regelen van vormen van zorg waarvoor een persoonsgebonden budget kan worden verstrekt alsmede wijziging van de inhoud en omvang van de in artikel 2.4 van dat besluit geregelde prestatie en wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ**

---

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 juli 2006, Z/VU-2698899;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, en 14a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel 6, tweede lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

De Raad van State gehoord (advies van 2 augustus 2006, No.W13.06.0301/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 september 2006, Z/VU-2710876;

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 omvatten 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.

## C

Na artikel 2.16 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 2.16a**

Als vormen van zorg of overige diensten waarvoor de zorgverzekeraar desgevraagd een persoonsgebonden budget verstrekt, worden aangewezen:

a. hulpmiddelenzorg bestaande uit de op grond van artikel 2.9 omschreven hulpmiddelen voor zover deze middelen aangewezen zijn ter compensatie van een ernstige visuele beperking;

b. 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.

## **ARTIKEL II**

Artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt gewijzigd als volgt:

1. Aan het tweede lid wordt toegevoegd: , met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan omvatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

2. In het zesde lid wordt «de vijftientig, respectievelijk vijftig zittingen» vervangen door: het aantal zittingen, bedoeld in het tweede lid.

## **ARTIKEL III**

1. Een verzekerde behoudt recht op het persoonsgebonden budget gedurende de looptijd van het indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit volgens de door de zorgverzekeraar in de model-

overeenkomst te bepalen termijnen waarin het budget aan de verzekerde wordt betaald, tot uiterlijk tot 1 januari 2009, indien:

a. de verzekerde op 31 december 2007 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 2008 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 IV**

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

2. In afwijking van het eerste lid treden artikel I, onderdeel B, derde en vierde subonderdeel, en onderdeel C, wat betreft artikel 2.16a, onderdeel b, en artikel III in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

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

's-Gravenhage, 25 september 2006

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *twaaalfde* oktober 2006

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid j° vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

# NOTA VAN TOELICHTING

## 1. Algemene deel

### 1.1 Inleiding

Met het onderhavige besluit zijn het Besluit zorgverzekering en het Besluit zorgaanspraken AWBZ gewijzigd in verband met:

- a. het uitbreiden van de prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met de eerste in-vitrofertilisatiepoging (ivf-poging);
- b. het beperken van de prestatie prenatale screening naar aangeboren afwijkingen;
- c. het uitbreiden van de prestatie/aanspraak psychotherapie indien meer zittingen noodzakelijk zijn;
- d. 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 2004 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. Met het onderhavige besluit is dit geregeld.

### 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 prestatieomschrijving 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.

Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is besloten de overheveling van de ggz naar de Zvw in twee fasen te doen plaatsvinden. In de eerste fase, die per 1 januari 2006 begon, is de prestatie ggz opgenomen in het Besluit zorgverzekering. Tevens vindt de financiering vanaf die datum plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Fase twee, met als voorgenomen ingangsdatum 1 januari 2007, behelst het daadwerkelijk van kracht worden van de prestatie ggz ingevolge de zorgverzekering en dus verstrekking of vergoeding daarvan door de zorgverzekeraars.

Inmiddels is komen vast te staan dat, ondanks goede vorderingen, de voorbereidingen van fase twee van de invoering van de prestatie ggz als onderdeel van de zorgverzekering niet voldoende zijn gevorderd om zekerheid te hebben over een zorgvuldige invoering met ingang van 1 januari 2007. Daarom is besloten de invoering van fase twee te bepalen op 1 januari 2008. Om dit te regelen, is ingediend een voorstel van wet houdende wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

Het verschuiven van de invoeringsdatum betekent dat het tijdstip van inwerkingtreding van de wijzigingen die met dit besluit zijn aangebracht in het Besluit zorgverzekering aan bepalingen die betrekking hebben op de ggz ook zal worden uitgesteld tot 1 januari 2008. Tevens is voor het jaar 2007 het Besluit zorgaanspraken AWBZ nog gewijzigd vanwege de uitbreiding van de psychotherapie indien meer zittingen nodig zijn.

### *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 in eerste aanleg besloten het experiment beperkt te houden tot de ggz. In het debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 8 juni 2006 over pakketmaatregelen voor reageerbuisbevruchting en psychotherapie is door het kamerlid Schippers een motie ingediend waarin de regering wordt verzocht het experiment uit te breiden met andere vormen van chronische zorg (Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 149). In verband daarmee heeft het kabinet zich beraden of daar goede mogelijkheden voor zijn. Het kabinet is tot de conclusie gekomen dat het zinvol zou zijn bij wijze van experiment een pgb mogelijk te maken voor een doelgroep die een scala aan hulpmiddelen (duurzame gebruiksartikelen) nodig heeft én voor wie die hulpmiddelen bij voorkeur de enige (of belangrijkste) behoefte aan zorg vormen. Verder zou zo'n groep moeten bestaan uit een relatief groot deel jonge verzekerden die graag een eigen keuze maakt. De doelgroep visueel gehandicapt (met name blinden) voldoet het best aan deze kenmerken. Een persoon met een ernstige visuele beperking (blind of vrijwel blind) kan voor rekening van de zorgverzekering een combinatie van hulpmiddelen zoals computer in- en uitvoerapparatuur (braille), gesproken boek (daisy-speler), blindengeleidehond en mobiliteitshulpmiddelen (taststok) verstrekt of vergoed krijgen. Deze personen bezoeken vaak een gespecialiseerd centrum of instituut, waar de indicatiestelling, te weten de objectieve beoordeling van de hulpmiddelenbehoefte, goed kan worden onderbouwd ter vaststelling van de hoogte van het pgb. Op grond van deze overwegingen heeft het kabinet besloten met dit besluit ook een experiment voor hulpmiddelenzorg mogelijk te maken voor zover het gaat om op grond van artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering omschreven hulpmiddelen die de verzekerde nodig heeft ter compensatie van een ernstige visuele beperking. De hulpmiddelen die daarvoor in de Regeling zorgverzekering zijn omschreven zijn oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden.

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

Omdat de ggz pas per 1 januari 2008 onder de zorgverzekering valt en tot die tijd nog onder de AWBZ-aanspraken, blijft in 2007 het pgb voor de ggz op grond van de AWBZ mogelijk en wordt het experiment pgb op grond van de Zvw voor de ggz een jaar later ingevoerd.

## **2. Artikelsgewijze deel**

### *Artikel 1*

#### *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 ZonW van 15 juni 2005 (dossiernummer



80-007024-99) over vruchtbaarheidsstoornissen. Daarin wordt geconstateerd dat er in de praktijk vaker dan nodig twee 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 een implantatie 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.

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

#### *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 vijftienving respectievelijk vijftig, meer zittingen voor rekening van de zorgverzekering komen.

#### *Onderdeel C*

##### *Artikel 2.16a*

Met deze bepaling is, ter uitvoering van artikel 14a, eerste lid, van de Zvw, ggz aangewezen als zorg waarvoor 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. Daarnaast is hulpmiddelenzorg aangewezen voor zover die zorg geïndiceerd is ter compensatie van een ernstige visuele beperking. Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangewezen gaat het daarbij om een pgb voor oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactielleesapparatuur of geleidehonden, zoals deze hulpmiddelen in de Regeling zorgverzekering zijn omschreven.

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 of hulpmiddelenzorg ter compensatie van een ernstige visuele beperking. Als voor ggz een pgb wordt verstrekt, kan het alleen aan die zorg worden besteed. Datzelfde geldt als een pgb wordt verstrekt voor een bepaald hulpmiddel ter compensatie van een ernstige visuele beperking. Als een pgb bijvoorbeeld voor een beeldschermloep wordt verstrekt, kan dat niet besteed worden aan een geleidehond of aan een hulpmiddel dat niet in het basispakket zit.

Het kabinet acht het van belang dat uit het experiment blijkt of het pgb meerwaarde heeft boven restitutie. Daarom is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars een goede invulling geven aan het pgb en dat zij niet



een te beperkte uitleg van het pgb geven. Het pgb moet innovatie mogelijk maken.

Het moet makkelijker zijn een andere uitvoering van een hulpmiddel in te kopen, mits dit hulpmiddel dezelfde functie vervult als het hulpmiddel waarvoor de verzekerde is geïndiceerd. Ook is voorstelbaar dat als een verzekerde een pgb vraagt voor diverse hulpmiddelen waarvoor hij gezien zijn visuele beperking geïndiceerd is, hij de besteding van het totale pgb-bedrag zelf kan invullen. Zo zou hij bijvoorbeeld een goedkoper brailleleesregel kunnen inkopen en een duurder geleidestok met sonar. In totaal krijgt hij echter geen hoger budget dan bij restitutie zou worden vergoed. Besteedt een verzekerde meer dan het toegekende budget, dan komen de meerkosten voor eigen rekening.

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 II*

Voor het jaar 2007 is met dit besluit artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ nog gewijzigd, om te regelen dat de AWBZ-aanspraak meer zittingen psychotherapie kan bevatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard. In het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet is geregeld dat artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met de overheveling van de ggz naar de Zvw met ingang van 1 januari 2007 anders komt te luiden. In het hiervoor aangegeven voorstel van wet wordt geregeld dat deze datum wordt verschoven naar 1 januari 2008.

#### *Artikel III*

Voor verzekerden die op 31 december 2007 een pgb ontvangen voor ggz-zorg die met ingang van 1 januari 2008 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 2009, 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 2008 een nieuw pgb aan te vragen en te wachten tot dat gehonoreerd is. Zij kunnen dat in de loop van 2008 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.

*Artikel IV*

De beoogde inwerkingtreding van de onderdelen van dit besluit die betrekking hebben op de naar de zorgverzekering over te hevelen ggz, is 1 januari 2008. Na aanvaarding van het eerder genoemde voorstel van wet zal dit tijdstip bij koninklijk besluit worden vastgesteld.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst