

---

## 764

### **Besluit van 2 november 2010, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering, het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG, het Besluit zorgaanspraken AWBZ, het Zorgindicatiebesluit, het Bijdragebesluit zorg, het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten in verband met diverse maatregelen 2011**

---

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 19 juli 2010, Z/VU-3013500;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, 19, vierde lid, 21, tweede lid, en 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, 2, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, 6, tweede en vierde lid, en 9a, eerste en tweede lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en 2, eerste lid, onder a, en 24 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;

De Raad van State gehoord (advies van 12 augustus 2010, no. W13.10.0365/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 oktober 2010, Z/VU-3030048;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Het Besluit zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

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 achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.

## B

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 ongecompliceerde extracties.

## C

Artikel 2.8 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het 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.

2. Er wordt een zevende lid toegevoegd, luidende:

7. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedinglimiet kan worden herbe-rekend of buiten werking kan worden gesteld.

## D

Artikel 2.16a vervalt.

## E

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. In het eerste lid, onderdeel b, vervalt: en.

3. Het eerste lid, onderdeel c, komt te luiden:

c. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen, en.

4. Na het eerste lid, onderdeel c, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

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

5. In het derde lid wordt «artikel 18a, vijfde lid» vervangen door: artikel 19, vierde lid.

## F

In artikel 2.19 wordt «artikel 20» vervangen door: artikel 21.

G

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 gestelde voorwaarden met betrekking tot aan hen ter hand gestelde, in die regeling aan te wijzen geneesmiddelen.

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Gewezen personen als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van de wet 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.

H

In artikel 3a.3, eerste lid, onderdeel a, wordt «de totale beheerskosten» vervangen door: het totale beheerskostenbudget.

## **ARTIKEL II**

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer 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 zorgaanpakken 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;.

2. 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. een 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 en tweede lid.

G

Artikel 17 komt te luiden:

#### **Artikel 17**

1. Een 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.

#### **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 en die op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, of artikel 13, tweede lid, van het besluit zijn aangewezen.

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 en tweede 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 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. het bij de zorgvrager best passende cliëntprofiel, en
- d. 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°, vervalt: , vermeerderd met de correctie voor buitengewone uitgaven voor specifieke zorgkosten, bedoeld in het tweede lid.

2. Het tweede lid alsmede de aanduiding «1.» voor het eerste lid vervallen.

B

In artikel 4, tweede lid, vervalt: of indien negentig procent van dertig maal het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief per dag lager is, niet meer dan dat bedrag.

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 uitgaven voor specifieke zorgkosten, 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 16a, eerste lid, wordt «artikelen 4 en 5» vervangen door: artikelen 4, 5 en 6.

G

In het opschrift van hoofdstuk III, paragraaf 2, wordt «verzorging en verpleging» vervangen door: verzorging, verpleging en begeleiding.

H

In artikel 16e, eerste lid, vervalt: , doch zonder de correctie voor uitgaven voor specifieke zorgkosten, bedoeld in artikel 1, tweede lid.

## **ARTIKEL VI**

Het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten wordt gewijzigd als volgt:

A

Na artikel 1 wordt ingevoegd een nieuw artikel 1a, luidende:

### **Artikel 1a**

Artikel 1, onderdeel b, zoals dat in 2009 luidde, geldt niet voor de toepassing van artikel 2a en de daarop berustende bepalingen.

B

Artikel 2 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid vervalt het onderdeel i dat luidt:

i. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer gedurende één tot tien uren per week in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft ontvangen, met dien verstande dat voor het vaststellen van de periode van 26 weken wordt aangesloten bij de indeling in weken als bedoeld in artikel 4.1, derde lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning, of;

2. In het derde lid wordt na «onderdelen b en c» een komma geplaatst.

C

Na artikel 2 wordt ingevoegd een nieuw artikel 2a, luidende:

### **Artikel 2a**

1. In afwijking van artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met c, zoals deze onderdelen ten behoeve van de vaststelling van de tegemoetkoming over het jaar 2009 luiden, bedraagt de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet, € 300 indien de rechthebbende in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, jonger was dan 65 jaar of 65 jaar is geworden, onderscheidenlijk € 150 indien de rechthebbende in het gehele jaar 65 jaar of ouder was, en de rechthebbende:

a. in dat jaar voldeed aan bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot aan hem ter hand gestelde geneesmiddelen die vallen onder categorie 1 van de bij die regeling aan te wijzen geneesmiddelen en zijn zorgverzekeraar dat jaar voor hem bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen heeft vergoed;

b. in dat jaar voldeed aan bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot aan hem ter hand gestelde geneesmiddelen die vallen onder twee of meer categorieën 1 van de bij die regeling aan te wijzen geneesmiddelen en zijn zorgverzekeraar dat jaar voor hem geen hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid heeft vergoed;

c. in dat jaar voldeed aan bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot aan hem ter hand gestelde geneesmiddelen die vallen onder categorie 2 van de bij die regeling aan te wijzen geneesmiddelen.

2. In afwijking van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, onder 1° en 4°, zoals deze subonderdelen ten behoeve van de vaststelling van de tegemoetkoming over het jaar 2009 luidden, bedraagt de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet € 500 indien de rechthebbende in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, jonger was dan 65 jaar of 65 jaar is geworden, onderscheidenlijk € 350 indien de rechthebbende in het gehele jaar 65 jaar of ouder was, en de rechthebbende in dat jaar viel onder twee of meer van de categorieën, genoemd in het eerste lid, met uitzondering van:

1°. de combinatie van de categorieën, genoemd in het eerste lid, onderdelen b en c,

2°. een combinatie van de categorieën, genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdeel j, en een van de categorieën genoemd in het eerste lid van dit artikel.

## **ARTIKEL VII**

In het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten wordt in artikel 1, onderdeel I, «als bedoeld in artikel 65 van de Algemene wet inzake rijksbelastingen» vervangen door: als bedoeld in artikel 9.6 van de Wet inkomstenbelasting 2001.

## **ARTIKEL VIII**

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2011, met uitzondering van de artikelen I, onderdeel G, VI en VII die in werking treden met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin dit besluit wordt geplaatst.

2. Artikel I, onderdeel G, werkt met betrekking tot het gewijzigde artikel 3a.1, eerste lid, onderdeel a, terug tot en met 1 januari 2010.

3. Artikel I, onderdeel G, werkt met betrekking tot het toevoegen van een tweede lid aan artikel 3a.1, terug tot en met:

a. 1 januari 2008, voor zover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering;

b. 1 januari 2009 voor zover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering.

4. Artikel VI, onderdeel B, werkt terug tot en met 1 januari 2010.

5. Artikel VI, onderdelen A en C, werken terug tot en met 1 januari 2009 en vervallen met ingang van 1 januari 2010.

6. Artikel VII werkt terug tot en met 1 januari 2010 en vindt voor het eerst toepassing met betrekking tot belastingaanslagen inkomstenbelasting ter zake van tijdvakken die aanvangen op of na 1 januari 2010.



Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in de Staatscourant.

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

's-Gravenhage, 2 november 2010

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

Uitgegeven de *zestiende* november 2010

De Minister van Veiligheid en Justitie,  
I. W. Opstelten

## NOTA VAN TOELICHTING

### 1. Algemeen

#### 1.1. Inleiding

Met dit besluit zijn het Besluit zorgverzekering (Bzv), het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG, het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA), het Zorgindicatiebesluit (Zib), het Bijdragebesluit zorg, het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Btcg) en het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten gewijzigd. De wijzigingen treden in werking op 1 januari 2011, tenzij hierna anders is aangegeven. Sommige onderdelen werken terug.

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

1. Het regelen dat de eerste twaalf behandelingen fysiotherapie en oefentherapie ter behandeling van een chronische aandoening als bedoeld in bijlage 1 van het Bzv (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 waren dat de eerste negen behandelingen per aandoening.

2. Het expliciet regelen dat de farmaceutische zorg die deel uitmaakt van het basispakket, ook omvat het daarbij behorende advies en begeleiding bij het gebruik van het geneesmiddel.

3. Het regelen van de bevoegdheid om de limieten in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs) selectief te berekenen. Gezien de noodzakelijke voorbereidingstijd zal niet met ingang van 1 januari 2011 van deze bevoegdheid gebruik gemaakt worden.

4. 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. In afwijking van het gestelde bij punt 1, zullen deze behandelingen wél voor rekening van de zorgverzekering kunnen plaatsvinden.

5. Het verlagen van de leeftijdsgrens voor de in het basispakket opgenomen mondzorg voor jeugdigen naar achttien jaar (was tweeëntwintig jaar).

6. Het regelen dat extracties als onderdeel van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard niet meer in het basispakket zitten, indien het gaat om ongecompliceerde extracties.

7. Het om technische redenen aanpassen van artikel 2.8, eerste lid, aanhef, artikel 2.17, eerste lid, aanhef, artikel 2.19 en artikel 3a.3, eerste lid, van het Bzv.

8. Het formeel regelen dat zorg die deel uitmaakt van ketenzorg voor chronische aandoeningen niet onder het verplicht eigen risico valt.

9. 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.

10. Het om technische redenen aanpassen van de voorwaarden voor de compensatie van het verplicht eigen risico.

11. 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 voortgezet 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. Deze wijziging vindt niet plaats uit hoofde van bezuinigingen, maar is een uitvloeisel van de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 oktober 2009 (09/4232 AWBZ-VV; LJN:BK 4423)

2. Het regelen van kortdurend verblijf ter ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg verleent. Ook deze wijziging vindt niet plaats uit hoofde van bezuinigingen, maar is noodzakelijk vanwege de hiervoor genoemde wijziging in verband met de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 oktober 2009.

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 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, het Btcg en het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten gaat het om wijzigingen van voornamelijk technische aard.

Bij brief van 21 juni 2010 is het ontwerpbesluit aan de Voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden om te voldoen aan de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet (Zvw)<sup>1</sup>. Met die brief is tevens het Pakketadvies 2010 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het daarbij behorende deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010 toegezonden. In de bijlage bij de brief is een standpunt op die rapporten ingenomen.

In verschillende brieven aan de Tweede Kamer is nader ingegaan op de maatregelen<sup>2</sup>. Na uitgebreid overleg met de Tweede Kamer hebben diverse maatregelen hun beslag gekregen in het onderhavige besluit<sup>3</sup>.

## 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. Het regelen dat de eerste twaalf (in plaats van de eerste negen) behandelingen fysiotherapie en oefentherapie voor eigen rekening komen. De geraamde opbrengst bedraagt: € 30 miljoen.

2. Het verlagen van de leeftijdsgrens voor mondzorg voor jeugdigen van tweeëntwintig jaar naar achttien jaar. De geraamde opbrengst bedraagt: € 100 miljoen.

3. Het verwijderen van de ongecompliceerde extracties uit de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. De geraamde opbrengst bedraagt: € 5 miljoen.

4. Uitbreiden van het basispakket met bekkenfysiotherapie. De geraamde opbrengst bedraagt als gevolg van substitutie van incontinentiemateriaal: € 2 miljoen.

Het formeel regelen dat zorg die deel uitmaakt van ketenzorg voor chronische aandoeningen niet onder het verplicht eigen risico valt, leidt niet tot hogere kosten. Voor die zorg wordt in de uitvoeringspraktijk nu al geen eigen risico gehanteerd. Bovendien gebruiken deze verzekerden bijna altijd zoveel niet onder de ketenzorg vallende, andere zorg dat zij hun eigen risico al volmaken.

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

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 29 689, nr. 303.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nrs. 141, 154 en 164, Kamerstukken II 2009/10, 29 689, nr. 305, 2010/11, 29 248, nrs. 133, 147.

<sup>3</sup> Onder meer Kamerstukken II 2009/2010, 29 689, nr. 305.

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.

In totaal gaat het uit dien hoofde in 2011 om lagere uitgaven voor de zorgverzekering van € 137 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 lagere uitgaven voor de zorgverzekering. 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 de ten laste van de zorgverzekering komende antidepressiva. Het verwijderen van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het te verzekeren 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 beperkingen en uitbreidingen van het basispakket zullen leiden tot inkomenseffecten voor mensen die gebruik maken van zorg die dientengevolge niet meer of juist wel verzekerd is. 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 en stijgt de Zvw-premie.

Het van het eigen risico uitsluiten van nacontroles van levende donoren leidt voor sommigen 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.

## **2. Artikelen**

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

#### *Onderdeel A*

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, hebben 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 CVZ geeft in het Pakketadvies 2010 aan dat stepped care een goed voorbeeld is van gepast gebruik van zorg. 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 werd tot nu toe 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 fysiotherapiebehandelingen 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, tweede 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.

#### *Onderdeel B*

Met het wijzigen van het vierde en het vijfde lid van artikel 2.7 is de zorgverzekeringsdekking van 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 ongezond 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 tweeëntwintigjarigen 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 ongecompliceerde extracties van de tandheelkundige chirurgische hulp van specialistische aard uitgesloten. 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 C*

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 van 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 op de 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 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. Farmaceutische zorgverleners 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 kunnen wel, maar hoeven niet tegelijkertijd met de terhandstelling van het geneesmiddel plaats te vinden. Om die reden is in de nieuwe aanhef van artikel 2.8, eerste lid, het voegwoord «of» gebruikt. 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.

In de door de Tweede Kamer op 7 oktober 2010 aanvaarde motie van het Tweede Kamerlid Van der Veen<sup>1</sup> wordt de regering verzocht het geneesmiddelenvergoedingssysteem per 1 januari 2012 te actualiseren en selectieve herberekening toe te passen zodat specifieke groepen patiënten dan niet geconfronteerd worden met te hoge bijbetalingen.

Teneinde het selectief herberekenen mogelijk te maken, is een nieuw zevende lid aan artikel 2.8 toegevoegd. In dat lid is de bevoegdheid opgenomen om voor specifiek aangewezen groepen van geneesmiddelen de vergoedingslimiet te kunnen herberekenen of buiten werking te stellen.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 145.

Hiermee wordt beoogd te hoge bijbetalingen voor specifieke patiëntengroepen te voorkomen.

#### *Onderdeel D*

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

#### *Onderdeel E*

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

De zorgverzekeringsdekking van mondzorg voor jeugdigen is met dit besluit beperkt tot verzekerden jonger dan achttien jaar. De dekking gold eerder tot de leeftijd van tweeëntwintig jaar. Voor verzekerden tot achttien jaar geldt geen eigen risico. Het oude onderdeel c had tot doel de mondzorg aan verzekerden van achttien jaar tot en met de leeftijd van eenentwintig jaar van het eigen risico uit te sluiten. Nu deze groep met ingang van 1 januari 2011 geen recht meer heeft op deze mondzorg, is het uitsluiten van het eigen risico een dode letter geworden. Dit onderdeel kon daarom komen te vervallen. Het oude onderdeel c is met dit besluit vervangen door een nieuw onderdeel c. Het nieuwe onderdeel c 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. Onderdeel van de keten-dbc is zorg zoals huisartsen die 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 besloten de desbetreffende keten-dbc's voor 2010 geheel buiten het eigen risico te houden. Thans is besloten dit per 1 januari 2011 voort te zetten en dit formeel in een nieuw onderdeel c van artikel 2.17, eerste lid, te regelen.

Ingevolge artikel 2.5, onderdeel d, van het Bzv komen ingeval van niertransplantatie de kosten van de levende donor maximaal dertien weken ten laste van de zorgverzekering van de ontvanger. Bij levertransplantaties is dat een half jaar. In die periode komen er dus geen kosten ten laste van de zorgverzekering van de levende donor en vallen er dus geen kosten onder het eigen risico van de donor. Na die periode komen de kosten van de nacontroles voor rekening van zorgverzekering 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 verplicht eigen risico van de donor vallen. Daarmee is uitvoering gegeven aan de toezegging die is gedaan in het standpunt over het Masterplan Orgaandonatie dat het kabinet op 13 juni 2008 aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> kenbaar heeft gemaakt alsmede aan de toezegging tijdens het Algemeen Overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer van 21 oktober 2008 over dat standpunt<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 28 140, nr. 48.

<sup>2</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 F*

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

#### *Onderdeel G*

In de 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 volledige 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 het gebruik van bepaalde zorg in een bepaalde mate. 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 ter hand gestelde, in die regeling aan te wijzen geneesmiddelen. De reden hiervoor is dat er aanpassingen zijn doorgevoerd in de FKG's die voor de risicoverevening worden gehanteerd. Zou voor de CER aangeknoopt blijven worden bij de FKG's, dan zouden er verzekerden zijn die hun recht op compensatie zouden verliezen. Dit zou het geval zijn hoewel zij wel chronische gebruikers van dezelfde geneesmiddelen blijven en door dit chronisch gebruik ook meerjarig het volledige verplicht eigen risico verschuldigd blijven. Deze consequentie voor de CER die de aanpassing van de FKG's voor de compensatieregeling zou hebben, is ongewenst. Daarom is de indeling in een FKG als criterium vervangen. De geneesmiddelen en de daarvoor geldende voorwaarden in de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid (nieuw), onderdeel a, van artikel 3.a.1, zullen zo in de Regeling zorgverzekering worden geformuleerd, dat aangesloten wordt bij de FKG's zoals deze luiden voor eerderbedoelde wijziging. Voor de zorgverzekeraars verandert er overigens niets in de gegevens die zij moeten aanleveren voor de uitvoering van de CER.

Aan artikel 3a.1 is verder een tweede 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 H*

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 vallen.

#### *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. De definitie komt overeen met de definitie die is opgenomen in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

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.

## *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 per zorgvorm de behoefte aangeeft. 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 (zpz's) ontwikkeld, en het CIZ indiceert ook op deze zpz's. Ten behoeve van de totstandkoming van de zpz'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 zpz per cliëntprofiel. Een zpz is dus een bepaalde hoeveelheid samenhangende zorg die voor een cliënt met een bepaald cliëntprofiel die in een AWBZ-instelling verblijft, voldoende is. De zpz'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 zpz in het zorgplan afspraken met de instelling. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de ene cliënt binnen de mogelijkheden van het zpz wat meer verzorging afsprekt en de ander wat meer begeleiding of dat er de ene periode wat minder zorg wordt gegeven en de andere periode wat meer.

De zpz'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, LJN: BK 4423) 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 ClZ 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 zorg met verblijf nodig hebben dan past binnen de zzp-systematiek.

In het nieuwe tweede lid is geregeld dat slechts aanspraak bestaat op verblijf als de verzekerde 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 en 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.

## **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 het 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*

In artikel 13, eerste en tweede 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 is 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, en
- 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. het bij de zorgvrager best passende cliëntprofiel, en
- d. de omvang van de samenhangende zorg (het zzp, voor uitzonderlijke situaties tevens de benodigde extra zorg).

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

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

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 bijdragen over oude jaren mochten verder op grond van artikel 25 van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten (Wtcg) 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 Wtcg, 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 bijdrage 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 gewijzigd omdat 90% van de werkelijk kosten in de praktijk inmiddels altijd hoger blijkt 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 artikellieden genoemd. Dat is nu gecorrigeerd.

#### *Onderdeel F en G*

In artikel 16a, eerste lid, en het opschrift van hoofdstuk III, paragraaf 2, ontbraken «artikel 6» en «begeleiding», terwijl sinds 21 juni 2010 een eigen bijdrage voor begeleiding geldt. Het regelen en invoeren van die eigen bijdrage is geregeld met het Besluit van 9 december 2009 houdende wijziging van het Bijdragebesluit zorg ter verhoging van de maximale eigen bijdrage bij verblijf in een AWBZ-instelling en ter invoering van een eigen bijdrage voor begeleiding alsmede enkele correcties in het Besluit maatschappelijke ondersteuning (Stb. 555).

## **Artikel VI (Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten)**

Wat betreft de voorwaarden voor farmaceutische zorg is zowel ten aanzien van de CER als ten aanzien van de tegemoetkoming op grond van de Wtcg oorspronkelijk aangesloten bij het systeem van FKG's dat voor de risicoverevening geldt. In de toelichting bij Artikel I, onderdeel G, is er al op gewezen dat inmiddels aanpassingen in dit systeem zijn doorgevoerd. Zo zijn bepaalde FKG's opgesplitst (bijvoorbeeld reuma) en ook voor de FKG's diabetes gelden wijzigingen. Indien deze aanpassingen onverkort zouden gelden voor de CER, zou dat tot gevolg hebben dat verzekerden die eerst wel voor compensatie in aanmerking kwamen, met ingang van 2010 niet langer recht hebben op deze compensatie, zonder dat hun medicijngebruik is veranderd. Een dergelijke situatie doet zich eveneens voor ten aanzien van de Wtcg-tegemoetkoming over 2009 die in het laatste kwartaal van 2010 wordt uitgekeerd. Indien de aanpassingen die in de FKG's die voor de risicoverevening zijn doorgevoerd eveneens voor de Wtcg-tegemoetkoming zouden gelden, zouden gerechtigden voor wie het de bedoeling is dat zij wel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming, daar in bepaalde gevallen toch geen recht op hebben. Dit wordt onwenselijk geacht.

Om deze reden zijn ook ten aanzien van de Wtcg-tegemoetkoming de koppeling die in het Btcg is gelegd met de indeling in FKG's voor de risicoverevening losgelaten door een verwijzing naar de bij ministeriële regeling geregelde geneesmiddelen en voorwaarden met betrekking tot die ter hand gestelde geneesmiddelen (onderdelen A en C). Deze regeling zal zowel voor de CER als de Wtcg-tegemoetkoming gelden. De categorieën 1 en 2 als bedoeld in het nieuw voorgestelde artikel 2a, eerste lid, onderdelen a tot en met c, Btcg komen overeen met de tot nog toe voor het jaar 2009 in de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten aangewezen lichte FKG's onderscheidenlijk zware FKG's.

De wijziging brengt dan ook geen inhoudelijke wijzigingen in de criteria voor de Wtcg-tegemoetkoming met zich mee en is technisch van aard.

De wijzigingen zullen tezamen met de bijbehorende ministeriële regeling met terugwerkende kracht met ingang van 1 januari 2009 in werking treden.

Met de voorgestelde wijziging is rekening gehouden met het reeds eerder in werking getreden Besluit van 4 augustus 2010, houdende wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in verband met de verbetering van de selectiecriteria voor de aanspraak op een tegemoetkoming (Stb. 2010, 319). Laatstgenoemde wijziging past de criteria voor de aanspraak op een Wtcg-tegemoetkoming op basis van ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik (Zvw-zorggebruik) met ingang van 1 januari 2010 aan (artikel 2, eerste en tweede lid, van het besluit). Onderhavige wijziging laat deze wijziging intact, echter past voor de tegemoetkoming over het kalenderjaar 2009 de criteria voor zover het om geneesmiddelengebruik gaat, aan.

In onderdeel B (wijziging van artikel 2 Btcg) is een aantal omissies hersteld.

## **Artikel VII (artikel 1 van het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten)**

In artikel 1, onderdeel I, van het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten is bepaald wat onder een ambtshalve vermindering van een aanslag inkomstenbelasting wordt verstaan. In de tot de onderhavige wijziging geldende tekst van die bepaling wordt hierbij verwezen naar



artikel 65 van de Algemene wet inzake rijksbelastingen. Echter, ingevolge de invoering van artikel 9.6 van de Wet inkomstenbelasting 2001 per 1 januari 2010 vindt een ambtshalve vermindering van een belastingaanslag inkomstenbelasting sinds die datum – behoudens het in dat kader getroffen overgangsrecht – uitsluitend plaats op de grondslag van artikel 9.6 van de Wet IB 2001. De verwijzing in artikel 1, onderdeel I, van het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten wordt overeenkomstig die wetswijziging aangepast.

### **Artikel VIII**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2011. Enkele onderdelen treden in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin dit besluit wordt geplaatst en werken terug. De terugwerking betreft de volgende onderdelen:

1. Met betrekking tot de voorwaarden voor de CER, voor zover het betreft aan de verzekerden ter hand gestelde 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, voor zover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel a, van het Bzv en tot en met 1 januari 2009 voor zover het betreft toepassing van artikel 3a.1, onderdeel b, van het Bzv. Dit betekent dat 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.

3. De maatregelen, opgenomen in de onderdelen A en C van artikel VI hebben slechts tijdelijke werking. De bedoeling is dat de artikelen 1a en 2a van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Btcg) alleen gelden voor het kalenderjaar 2009. Met ingang van 1 januari 2010 geldt de wijziging van het Btcg in verband met de nieuwe afbakening van de doelgroep van de algemene tegemoetkoming. De wijziging voorgesteld in onderdeel B (wijziging van artikel 2 Btcg) betreft het herstel van een omissie in de wijzigingen die bij deze wijziging van het Btcg in verband met de nieuwe afbakening van de doelgroep zijn doorgevoerd. Deze wijziging dient dan ook te gelden met ingang van 1 januari 2010.

4. Voor artikel VII is terugwerkende kracht opgenomen tot en met 1 januari 2010. De in dat artikel opgenomen wijzigingen hangen samen met de per die datum aangepaste fiscale wetgeving. De invoering van artikel 9.6 van de Wet IB 2001 zoals hiervoor bij artikel VII is toegelicht, heeft geen directe werking. De bepaling is ingevolge artikel XXVII van de Fiscale vereenvoudigingswet 2010 eerst van toepassing met betrekking tot belastingaanslagen inkomstenbelasting ter zake van tijdvakken die aanvangen op of na 1 januari 2010. De wijziging van artikel 1 van het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten zoals opgenomen in artikel VII dient dienovereenkomstig geen directe werking te hebben. Dit is geregeld in artikel VIII, zesde lid. Voor belastingaanslagen inkomstenbelasting ter zake van het belastingjaar 2009 blijft derhalve de tot 1 januari 2010 geldende tekst met verwijzing naar artikel 65 van de Algemene wet inzake rijksbelastingen van toepassing. Voor belastingaanslagen inkomstenbelasting ter zake van de belastingjaren vanaf 2010 geldt de nieuwe tekst van artikel 1, onderdeel I, van het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten met de daarin opgenomen verwijzing naar artikel 9.6 van de Wet IB 2001. Door de terugwerkende kracht sluiten de fiscale bepalingen en de bepalingen in het Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten weer op elkaar aan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers