



## **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8 juli 2013, 128819-106172-Z, houdende wijziging van de Regeling Zorgverzekeringen in verband met wijzigingen in het zorgpakket Zvw 2014**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 2.1, vijfde lid, 2.9, eerste lid, en 2.16f van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De Regeling zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 2.2 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel a komt te luiden:

- a. tot 1 januari 2016 behandeling van chronische specifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;

2. In onderdeel b wordt 'indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel' vervangen door: indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek.

3. In onderdeel c wordt 'indien de indicatie en de behandeling van de verzekerden overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in' vervangen door: indien de verzekerde deelneemt aan.

4. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel c door een puntkomma, worden twee onderdelen toegevoegd, luidende:

- d. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- e. tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd.

B

Artikel 2.6, onderdeel hh, komt te luiden:

- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

C

Artikel 2.29 wordt gewijzigd als volgt:

1. De onderdelen a en b vervallen en de onderdelen c en d worden geletterd a en b.

2. Onderdeel e vervalt.

D

Artikel 2.30 vervalt.



## E

Artikel 2.33 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt '€ 393' vervangen door: € 409.
2. In het derde lid wordt '€ 137, 50' vervangen door '€ 141,50' en wordt '€ 69' vervangen door: € 71.
3. In het vierde lid, onderdelen a en b, wordt '€ 53,50' telkens vervangen door '€ 54,50' en wordt '€ 107' vervangen door: € 109.
4. Het vierde lid, onderdeel c, komt te luiden:
  - c. € 54,50 per brillenglas, met een maximum van € 109 per kalenderjaar.
5. In het vijfde lid wordt '€ 149' vervangen door: € 152.
6. In het zesde lid wordt '€ 137,50' vervangen door '€ 141,50', wordt '€ 331,50' vervangen door '€ 339', wordt '€ 69' vervangen door '€ 71' en wordt '€ 263' vervangen door: € 268,50.

## F

Artikel 2.36 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt '€ 4' vervangen door: € 4.10.
2. In het tweede lid wordt '€ 16' vervangen door '€ 16,50' en wordt '€ 114,50' vervangen door: € 116,50.

## G

In artikel 2.37 wordt '€ 95' vervangen door: € 96.

## ARTIKEL II

1. Onderdeel a van artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering, zoals dit onderdeel luidde onmiddellijk voorafgaande aan de inwerkingtreding van deze regeling, blijft tot 1 januari 2016 van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop deze regeling in werking treedt overeenkomstig dit onderdeel de daarin genoemde zorg ontvangen.
2. De onderdelen b en c van artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering, zoals deze onderdelen luiden onmiddellijk voorafgaande aan de inwerkingtreding van deze regeling, blijven tot 1 januari 2017 van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop deze regeling in werking treedt overeenkomstig die onderdelen de daarin genoemde zorg ontvangen.

## ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2014.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

#### 1.1. Inleiding

Met deze regeling is de Regeling zorgverzekering per 1 januari 2014 gewijzigd.

De wijzigingen betreffen:

- het aanwijzen van zorg die gedurende een periode van vier jaar voorwaardelijk tot het te verzekeren pakket van de zorgverzekering is toegelaten;
- het vervallen van artikel 2.30 waarin het bedrag van de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg was geregeld;
- het niet meer regelen van de thuisdialyse-apparatuur als onderdeel van de te verzekeren prestatie hulpmiddelen;
- het indexeren van de bedragen voor de eigen bijdrage die verschuldigd zijn voor hulpmiddelen, kraamzorg en ziekenvervoer.

In de brief van 17 juni 2013, 124942-105416-Z, is de Tweede Kamer der Staten-Generaal geïnformeerd over de voorgenomen pakketwijzigingen.

#### 1.2. Voorwaardelijke toelating

Voorwaardelijke toelating is in 2012 ingevoerd om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is, gedurende een periode van maximaal vier jaar ten laste van de zorgverzekering te laten komen. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen dan wel definitief daaruit wordt verwijderd.

Voorwaardelijke toelating tot het pakket vindt plaats op basis van een advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ heeft op 28 mei 2013 het rapport 'Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2014' (nr. 2013065631) uitgebracht. Op basis van dat rapport worden per 1 januari 2014 de volgende twee interventies voorwaardelijk toegelaten:

- Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose.
- Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn.

De eerste interventie betreft het endoscopisch, in plaats van chirurgisch, behandelen van abscessen bij geïnfecteerde pancreasnecrose. De verwachting is dat deze benadering net zo effectief zal zijn als chirurgisch behandelen en tot minder complicaties zal leiden.

De tweede interventie betreft het door middel van een autologe stamceltransplantatie bewerkstelligen van een langdurige remissie bij patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Crohn. Het gaat om patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met onder andere TNF-alfa blokkers. Met autologe stamceltransplantaties kunnen chirurgische ingrepen en langdurig gebruik van dure geneesmiddelen worden vermeden.

Het CVZ heeft in zijn advies de ervaringen met voorwaardelijke toelating tot nu toe aangegeven. Een van de aandachtspunten die het CVZ noemt, is dat de voorwaardelijk toegelaten zorg ook wordt vergoed indien niet wordt deelgenomen aan het onderzoek. Dit kan een succesvol verloop van de studie belemmeren omdat er niet voldoende mensen aan het onderzoek deelnemen. In verband hiermee is met ingang van 1 januari 2014 geregeld dat alleen aanspraak bestaat op de voorwaardelijk toegelaten zorg indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek. Voor de reeds vóór 1 januari 2014 toegelaten zorg is een overgangsbepaling getroffen voor verzekerden die op 31 december 2013 reeds in behandeling zijn en niet deelnemen aan het onderzoek. Deze verzekerden behouden recht op deze zorg gedurende de periode van de voorwaardelijke toelating voor zover zij voldoen aan de voorwaarden die op 31 december 2013 golden.

#### 1.3. Het vervallen van de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg.

Aan de Tweede Kamer is op 24 april 2013 (Kamerstukken II 2012/13, 25 424, nr. 205) en op 17 mei 2013 (Kamerstukken II 2012/13, 25 424, nr. 211) meegedeeld dat er met ingang van 1 januari 2014 geen eigen bijdrage meer voor eerstelijnspsychologische zorg geheven gaat worden. Artikel 2.30 van de Regeling zorgverzekering vervalt daarom met deze regeling.



## **1.4. Thuisdialyse-apparatuur**

Op 22 november 2012 heeft het CVZ het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden' (nr. 2011060289) uitgebracht. In dat rapport adviseert het CVZ om de thuisdialyseapparatuur met de noodzakelijke toebehoren om het apparaat te laten functioneren, de regelmatige controle en onderhoud (met inbegrip van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de thuisdialyse), het opleiden van degenen die dialyse uitvoert of daarbij behulpzaam is, de ondersteuning en begeleiding vanuit het dialysecentrum en noodzakelijke gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse, per 1 januari 2014 te laten vallen onder de medisch-specialistische zorg en te schrappen uit de hulpmiddelenzorg. Aan dat advies van het CVZ is met de onderhavige regeling uitvoering gegeven. Het CVZ adviseert in dat advies verder de vergoeding voor woningaanpassingen en de redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen (zoals extra stroomkosten), ten laste van de zorgverzekering te handhaven. In verband daarmee is deze vergoedingsmogelijkheid onder de hulpmiddelenzorg gehandhaafd.

## **1.5. Indexeren eigen bijdragen**

Conform het voorstel van het CVZ van 24 juni 2013, ZA/2013073359, zijn de bedragen in de Regeling zorgverzekering geïndexeerd.

## **2. Artikelsgewijs**

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

Met het wijzigen van de onderdelen a, b en c is geregeld dat alleen verzekerden die meedoen met het onderzoek dat in verband met voorwaardelijke toelating wordt uitgevoerd, recht hebben op behandeling voor rekening van de zorgverzekering. Meedoen met het onderzoek kan ook betekenen dat de verzekerde door loting onder de controlegroep valt.

Voor verzekerden die op 31 december 2013 reeds onder behandeling zijn volgens de dan geldende voorwaarden geldt deze beperking niet. Voor hen geldt op grond van artikel II de voorwaardelijk toegelaten zorg zoals die op die datum was geregeld. Het gaat er niet om dat zij op die datum daadwerkelijk een behandeling ondergaan of dat de zorg precies op die datum aanvangt, maar het gaat er om dat er op die datum nog sprake is van een lopende behandeling, oftewel dat verzekerden deze zorg ontvangen.

Daarnaast is onderdeel a nog om de volgende reden aangepast.

Ten tijde van inwerkingtreding van onderdeel a beperkte het onderzoeksprotocol zich tot radiofrequente denervatie. In de loop van 2012 werd als gevolg van voortschrijdend inzicht en het beschikbaar komen van meer gegevens, duidelijk dat voor één specifieke indicatie (te weten discogene pijn) radiofrequente denervatie niet de passende anaesthesiologische pijnbestrijdingstechniek is, maar dat daarvoor twee andere technieken geëigend zijn, namelijk IDET en biacuplastiek. Het onderzoeksprotocol is in verband daarmee in de loop van 2012 met goedkeuring van ZonMw aangepast. Consequentie hiervan was dat er een inconsistentie in de regelgeving is ontstaan: de omschrijving van de behandeling sluit niet aan bij het oorspronkelijk door ZonMw goedgekeurde protocol. Dit is thans gecorrigeerd.

De nieuwe onderdelen d en e betreffen de interventies die vanaf 1 januari 2014 voorwaardelijk in het pakket worden opgenomen. Hierbij geldt voor alle verzekerden dat deze zorg alleen onder de te verzekeren prestaties valt indien zij meedoen met het onderzoek.

Onderdeel d betreft de transluminale endoscopische step-up benadering bij geïnfecteerde pancreascrose en onderdeel e de autologe stamceltransplantaties bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn.

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

Vanwege het niet langer laten vallen onder de prestatie hulpmiddelenzorg van de thuisdialyseapparatuur en daarmee samenhangende onderdelen en hulp, zoals beschreven in het algemene deel van de toelichting, zijn met deze regeling de oude onderdelen a, b en e komen te vervallen.

Om de vergoedingsmogelijkheid te behouden voor woningaanpassingen en voor redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, zijn de oude onderdelen c en d gehandhaafd. Deze onderdelen zijn geletterd tot a en b.



---

### *Onderdeel D*

Artikel 2.30 van de Regeling zorgverzekering vervalt vanwege het vervallen van de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg.

### *Onderdelen E tot en met G*

De aanpassingen van artikelen 2.33, 2.36 en 2.37 van de Regeling zorgverzekering betreffen het indexeren van de eigen bijdragen.

Artikel 2.33, vierde lid, onderdeel c, is tevens gewijzigd in verband met het regelen van een maximumbedrag dat per jaar aan eigen bijdragen voor brillenglazen verschuldigd is. Dit is hetzelfde maximumbedrag als voor lenzen.

Abusievelijk was een maximumbedrag voor brillenglazen tot nu toe niet geregeld.

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