

WIJ WILLEM ALEXANDER,
BIJ DE GRATIE GODS,
KONING DER NEDERLANDEN,
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering
in verband met het zorgpakket Zvw 2015 en wijziging van
het Besluit zorgverzekering BES in verband met het
zorgpakket BES 2015

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van
(datum, kenmerk);

Gelet op de artikelen 11 van de Zorgverzekeringswet, 2, tweede lid, van de Wet
marktordening gezondheidszorg, 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen en
18.4.1, eerste lid, van de Invoeringswet openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en
Saba;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van, no.);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van
datum, kenmerk;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt na "2.15" ingevoegd: met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. In het vijfde lid wordt "artikel 2.4 of 2.8" vervangen door "de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9" en wordt "vier jaar" vervangen door: zeven jaar.
3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

B

Artikel 2.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In eerste lid, aanhef, wordt "dyslexiezorg" vervangen door: zintuiglijk gehandicaptenzorg.
2. Het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 2°, komt te luiden:
2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat ingeval van een niet-invasieve prenatale test of invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoom afwijking;

C

Artikel 2.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding "1" gezet.
2. Er wordt een tweede lid toegevoegd, luidende:
2. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen e en f, ten laste van de zorgverzekering van de donor.

D

Artikel 2.5a komt te luiden:

Artikel 2.5a

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

E

Artikel 2.5c, tweede lid, onderdeel a, komt te luiden:

- a. de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;

F

De artikelen 2.10 tot en met 2.12 komen te luiden:

Artikel 2.10

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,

- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 - c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
- a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Artikel 2.11

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de drie jaar.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de drie jaar.

G

In artikel 2.16d wordt "artikel 2.12" telkens vervangen door: artikel 2.11.

H

Artikel 2.17, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder verlettering van de onderdelen c en d tot d en e wordt een nieuw onderdeel c ingevoegd, luidende:
 - c. zorg als bedoeld in artikel 2.10, eerste lid,.
2. In onderdeel e (nieuw) wordt "bedoeld in artikel 2.5, onderdeel d" vervangen door: bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, alsmede de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.

Artikel II

Artikel 5 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG komt te luiden:

1. De artikelen 50 tot en met 56 van de wet zijn niet van toepassing op zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg.
2. In afwijking van het eerste lid zijn de artikelen 50 tot en met 56 van de wet van toepassing indien de zorg, verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg, zorg is als omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel III

Het Besluit zorgverzekering BES wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel p door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

q. neonatale hielprik: het onderzoek, bedoeld in artikel 6, eerste lid, onderdeel l.

B

In artikel 6, eerste lid, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel k door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

l. onderzoek bij pasgeborenen naar bij ministeriële regeling aan te wijzen ernstige zeldzame ziekten.

C

In artikel 16, eerste lid, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel f door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

g. Onze Minister draagt zorg voor de uitvoering van een neonatale hielprik.

Artikel IV

Een instelling die op grond van artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen uiterlijk op 31 december 2014 is toegelaten voor persoonlijke verzorging als bedoeld in artikel 1.2, onderdeel 17, van het Uitvoeringsbesluit WTZi of voor verpleging als bedoeld in artikel 1.2, onderdeel 18, van dat besluit, is met ingang van 1 januari 2015 toegelaten voor verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel V

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2015.

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

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Nota van toelichting

1. Algemeen

1.1 Inleiding en samenvatting

Zorgpakket Zvw 2015

Met dit besluit is het op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vastgestelde Besluit zorgverzekering (Bzv) met ingang van 1 januari 2015 gewijzigd in verband met aanpassingen in de te verzekeren prestaties Zvw (verder te noemen: basispakket).

Het gaat allereerst om de volgende uitbreidingen van het basispakket vanwege de hervorming langdurige zorg, zoals afgesproken in het Regeerakkoord¹ en nader is uitgewerkt in de brieven aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 25 april 2013², 9 juli 2013³, 6 november 2013⁴, 4 maart 2014⁵ en 24 maart 2014⁶:

- zintuiglijk gehandicaptenzorg;
- verpleging en verzorging zonder verblijf;
- het tweede en derde jaar intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het eerste jaar verblijf – en overigens ook alle ambulante ggz - maakte al onderdeel uit van het basispakket..

Er is intensief gesproken met betrokken partijen over de transitie van deze zorg naar de Zvw. Met de brief van 29 maart 2014 is de Tweede Kamer daarover geïnformeerd en zijn de werkafspraken, samen met transitieplannen per deelterrein en het bijbehorende communicatieplan aan de Tweede Kamer gezonden⁷.

Het Bzv is voorts gewijzigd vanwege de afspraak in het Regeerakkoord over de invoering van de Jeugdwet. Deze wijziging betreft:

- het schrappen van de bepaling over dyslexiezorg uit het Bzv omdat zorg samen met jeugd-ggz met ingang van 1 januari 2015 onder de reikwijdte van de Jeugdwet valt.

Daarnaast is het Bzv gewijzigd vanwege:

- het regelen van de bevoegdheid om hulpmiddelen voorwaardelijk tot het basispakket te kunnen toelaten en het aanpassen van de termijn voor de voorwaardelijke toelating;
- het opnemen voor zwangere vrouwen van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) in het basispakket en het niet meer vergoeden van de combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf zesendertig jaar;

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 417, nr. 15.

² Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296.

³ Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 368.

⁴ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380.

⁵ Kamerstukken II 2013/14, 29 538, nr. 158.

⁶ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 427.

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, 428.

- het regelen dat de reiskostenvergoeding aan de donor onder zijn eigen zorgverzekering valt en niet meer onder de zorgverzekering van de ontvanger van het orgaan;
- het aanpassen van een voorwaarde voor de geriatrische revalidatie omdat deze voorwaarde in de praktijk ongewenste effecten heeft.

In het algemene deel van deze toelichting wordt hierna nog verder ingegaan op de wijzigingen van het Bzv in verband met de hervorming langdurige zorg en de Jeugdwet. Op de overige wijzigingen wordt verder uitsluitend ingegaan in de artikelsgewijze toelichting.

In verband met de uitbreiding van het basispakket met verpleging en verzorging wordt tevens het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG gewijzigd. Ook hierop wordt ook alleen ingegaan in de artikelsgewijze toelichting.

Zorgpakket BES 2015

Het Besluit zorgverzekering BES is gewijzigd om de in Europees Nederland al gebruikelijke neonatale hieprikscreening ook in Caribisch Nederland in te voeren.

1.2. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Het Zorginstituut Nederland (voorheen: College voor zorgverzekeringen) heeft op 25 juni 2013 geadviseerd over het overhevelen van de zintuiglijk gehandicaptenzorg van de aanspraken op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar het basispakket⁸. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn rapport aangegeven dat deze zorg, voor zover geneeskundig van aard, naast de zorgonderdelen die al in het basispakket zitten, ook in het basispakket past. Op basis van dit advies van het Zorginstituut Nederland is besloten deze zorg per 1 januari 2015 over te hevelen naar het basispakket. In de brief van 6 november 2013 is de Tweede Kamer hierover geïnformeerd.

1.3. Verpleging en verzorging

Tot 1 januari 2015 werd verpleging zonder verblijf op grond van de zorgverzekering vergoed indien deze noodzakelijk was in verband met medisch-specialistische zorg en op grond van de AWBZ in andere gevallen. Daarnaast verzekerde de AWBZ verzorging zonder verblijf. Met het onderhavige besluit is alle verpleging en nagenoeg alle verzorging zonder verblijf onder de dekking van de zorgverzekering gebracht. De te verzekeren prestatie is daarbij anders vormgegeven dan de verpleging en verzorging zoals die in de AWBZ-aanspraken waren vormgegeven. Het gaat in de Zvw om verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij er geen sprake is van verblijf in een instelling. Het doel is deze zorg dicht bij andere eerstelijnszorg en het sociale domein te positioneren. Samen met de huisartsenzorg moet de verpleging en verzorging erop gericht zijn om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Cliënten kunnen zo langer in de eigen omgeving blijven wonen ondanks ouderdom of beperking, gaan zo niet of minder snel naar het ziekenhuis en doen

⁸ Rapport van het Zorginstituut Nederland van 25 juni 2013, 2013054403,

uiteindelijk ook minder snel een beroep op verblijf uit hoofde van de Wlz. Zij kunnen omgekeerd sneller naar huis ingeval van een ziekenhuisopname. Verpleging en verzorging kunnen ook geboden worden aan mensen die zelfstandig wonen binnen een setting van geclusterde (huur of koop) woningen (aanleunwoningen) en dergelijke.

Door deze zorg in het basispakket op te nemen, is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het hele geneeskundige domein, van verpleging en verzorging thuis tot en met opname in het ziekenhuis. Zo is er ook een financiële prikkel voor het leveren van kwalitatief goede zorg dichtbij mensen thuis.

Bij de verzorging (zonder verblijf) waarop de Zvw met ingang van 1 januari 2015 betrekking heeft, is er in het algemeen sprake van medische problematiek of een hoog risico daarop. Vooral mensen bij wie de gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren en die dikwijls al (intensief) te maken hebben met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg zullen hier gebruik van maken.

De opname van verpleging en verzorging in het basispakket en de wijze waarop dit met dit besluit is geregeld, is in lijn met voorstellen die het Zorginstituut Nederland hiervoor heeft gedaan in zijn advies "Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd"⁹. Het Zorginstituut Nederland concludeert in dat rapport dat het wenselijk en mogelijk is de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving binnen de Zvw een welomschreven plek te geven die uitgaat van de zorgvraag en ruimte biedt voor de professionele ontwikkeling van de beroepsgroep. De verpleegkundige zorg is onontbeerlijk voor groepen als chronisch zieken en ouderen die zo lang mogelijk zelfstandig willen functioneren in de eigen omgeving. Het opheffen van de kunstmatige scheidslijn tussen de Zvw- en AWBZ-verpleging in de eigen omgeving geeft, naar de mening van het Zorginstituut Nederland, een basis voor integrale zorg in de eerste lijn. Het Zorginstituut Nederland geeft in dat rapport aan dat ook de AWBZ-functie persoonlijke verzorging in de zin van activiteiten in het kader van ADL onder "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden" valt. De verpleging en verzorging, zo stelt het Zorginstituut Nederland, zijn zozeer met elkaar verweven dat inhoudelijk de twee functies eigenlijk niet te scheiden zijn.

1.4. Intramurale op behandeling gerichte geneeskundige zorg

In het Regeerakkoord is afgesproken dat de langdurige intramurale ggz wordt overgeheveld naar de Zvw.

Op 21 januari 2014 is de motie van de leden Keijzer en Bergkamp¹⁰ aanvaard. In deze motie wordt de regering opgeroepen om mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz-zorg niet over te hevelen naar de Zvw, maar uit te werken voor de Wlz en de Kamer daarover te informeren.

Ten behoeve van een goede invulling van de motie is uitvoerig gesproken met patiënten- en aanbiederorganisaties. Het uitgangspunt bij deze consultaties is geweest dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning kunnen krijgen in zowel de Zvw, de Wmo 2015, als de Wlz. Concreet heeft dit geresulteerd in het kabinetsbesluit zoals beschreven in de brief van 24 maart 2014. Voor de Zvw betekent

⁹ Rapport van het Zorginstituut Nederland van 14 december 2010, 2010142117.

¹⁰ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 397

dit dat zorgverzekeraars vanaf 2015 op grond van de Zvw verantwoordelijk zijn voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen. Dit betekent dat cliënten¹¹ die per 1 januari 2015 korter dan drie jaar aaneengesloten verblijf gericht op behandeling hebben gehad, een beroep op de Zvw moeten doen. Het gaat om een groep cliënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is. Door deze zorg naar de Zvw over te hevelen, worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd om ook voor deze groep mensen in te blijven zetten op herstel, participatie en ambulantisering.

1.5. Jeugd-ggz, waaronder dyslexiezorg

Dyslexiezorg kent een neurobiologische grondslag en wordt veelal door behandelaars uit de jeugd-ggz behandeld. Dyslexie is geen psychisch probleem en valt daarmee in die zin niet onder jeugd-ggz, maar vertoont wel grote raakvlakken met de ggz. De bekostiging sluit op dit moment aan bij de jeugd-ggz en dyslexiezorg wordt veelal ook geleverd door hulpverleners uit het ggz-veld. Omdat de jeugd-ggz is gedecentraliseerd naar gemeenten, is er, zoals in de brief van 10 december 2013¹² aan de Tweede Kamer en in de nota naar aanleiding van het verslag op de Jeugdwet¹³ is aangegeven, voor gekozen ook deze vorm van zorg onder het gemeentelijk domein te brengen. Deze zorg zit dus met ingang van 1 januari 2015 niet meer in het basispakket. Het Bzv is hierop met het onderhavige besluit technisch aangepast.

1.6. Afstemming en afbakening

In de brief van 4 maart 2014 is nader ingegaan op de samenhang in zorg en ondersteuning en de afbakening daartussen, waarop de Jeugdwet, de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz betrekking hebben.

Zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop is met het onderhavige besluit opgenomen in het basispakket. Dit geldt voor de extramurale zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking, de extramurale verpleging en verzorging en het tweede en derde jaar intramurale op behandeling gerichte ggz (het eerste jaar viel al onder het basispakket). Aanspraak op deze zorg bestaat op grond van de zorgverzekering die door de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.

Borging afstemming met gemeente

De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen bevordert de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en vermindert het beroep op zwaardere vormen van zorg.

Goede samenwerking in de wijk met daarbij de inzet van professionals uit de verschillende disciplines (zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden) maakt het mogelijk het sociale en het medische domein met elkaar te verbinden. De verpleegkundige functie wordt daarom in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar gremium, vertegenwoordigd. Samenwerking is van belang om de kwaliteit

¹¹ Deze mensen hadden op grond van de AWBZ een indicatie voor een ZZP B GGZ.

¹² Nds-tk-2014D49740.

¹³ Kamerstukken II 2013/14, 33 684, nr. 10.

van dienstverlening te vergroten, de kosten te beheersen en informatie over de zorg- en ondersteuningsvraag van cliënten te kunnen delen, zodat de juiste hulp wordt verleend. In de bekostiging van wijkverpleging wordt de beschikbaarheid van de verpleegkundige functie voor deelname aan de sociale wijkteams, geborgd. Dit betekent dat zorgverzekeraars met gemeenten afspraken zullen moeten maken over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

1. 7. Consultatie

De besluitvorming over de met het onderhavige besluit geregelde te verzekeren prestaties zintuiglijk gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en intramurale op behandeling gerichte ggz alsmede de toelichting is afgestemd met de meest betrokken organisaties. Naast Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland, en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat het bij de zintuiglijk gehandicaptenzorg om de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Oogvereniging, de Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen (FODOK), de Vereniging voor mensen met een Visuele beperking (VIVIS), Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatie Sector (SIAC) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), bij verpleging en verzorging om het Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de VGN en bij de ggz om GGZ-Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang en Landelijk Platform GGZ.

Met deze organisaties zijn werkafspraken gemaakt over de transitie en wordt periodiek overlegd om te komen tot een goede transitie van deze zorg naar het basispakket.

1.8. Zorgvuldige overgang naar de Zvw

Om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen is met ZN het volgende afgesproken. Zorgverzekeraars beschouwen het op 31 december 2014 in zorg zijn of het op 31 december 2014 hebben van een geldig indicatiebesluit dat op 1 januari 2015 nog niet is verlopen, als het in het bezit zijn van een geldige verwijzing voor de zorg die van de AWBZ is overgeheveld naar het basispakket.

Voorts is afgesproken dat mensen die op 31 december 2014 al zorg genieten, op 1 januari 2015 hun zorgaanbieder kunnen behouden, ook als zij een verzekering hebben die de overgehevelde zorg in natura heeft verzekerd en hun zorgaanbieders niet door hun zorgverzekeraars gecontracteerd zijn. De zorgverzekeraar zal dan geen gebruik maken van zijn mogelijkheid om op grond van artikel 13 van de Zvw slechts een deel van de rekening te vergoeden.

Het is belangrijk om cliënten en zorgverleners eenduidig en goed te informeren over de wijzigingen in de Zvw en de overgang van de AWBZ naar de Zvw. Dit wordt meegenomen in het overkoepelende communicatieplan waar partijen gezamenlijk uitvoering aan geven.

1.9. Financiële gevolgen

Zorgpakket Zvw 2015

De gevolgen van dit besluit betreffen voor zover het betreft de hervorming langdurige zorg en de Jeugdwet een nadere uitwerking van het regeerakkoord. De financiële gevolgen voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) zijn op deze punten al in het financiële beeld verwerkt. Naar raming betekent uitbreiding van het basispakket met verpleging en verzorging een hogere uitgave Zvw van circa € 3,1 miljard (in 2015) en vanaf 2016 van € 3,0 miljard, met zintuiglijk gehandicaptenzorg van circa € 150 miljoen (vanaf 2015) en met het tweede jaar en derde jaar intramurale op behandeling gerichte ggz van circa € 310 miljoen (vanaf 2015). Daarentegen worden de uitgaven voor de langdurige zorg met circa € 3,5 miljard verminderd voor verpleging en verzorging, met circa € 150 miljoen voor zintuiglijk gehandicaptenzorg en met circa € 310 miljoen voor het tweede jaar en derde jaar intramurale op behandeling ggz. Per saldo gaat het om een besparing van circa € 400 miljoen in 2015 en vanaf 2016 om een besparing van circa € 500 miljoen (in 2015 wordt ten behoeve van een zorgvuldige overgang een bedrag van € 100 miljoen ter beschikking gesteld). Om deze besparing te realiseren en de budgettaire beheersing te waarborgen, zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich tot het uiterste inspannen. Voor de zorginkoop en de zorgverlening is het beschikbare financiële kader leidend en de inzet van het macro beheersingsinstrument geldt als ultimum remedium.

Het schrappen van de bepaling over de dyslexiezorg uit het pakket is slechts een technische aanpassing omdat deze zorg vanaf 2015 onder de Jeugdwet valt. De financiële gevolgen hiervoor zijn dus bij de behandeling van de Jeugdwet beoordeeld. De meerkosten van de NIPT vallen weg tegen het minder gebruiken van invasieve prenatale diagnostiek en het niet meer vergoeden van de combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar. De overige maatregelen hebben eveneens geen gevolgen voor het BKZ. De voorwaardelijke toelating van extramurale hulpmiddelen kan per 2015 alleen doorgang vinden indien er voldoende financiële ruimte is in het hulpmiddelenkader binnen het BKZ.

Over de gevolgen voor de premie Zvw is de Tweede Kamer op 4 maart 2014 geïnformeerd¹⁴. Daarin is aangegeven dat er een tijdelijke rijksbijdrage in het Zorgverzekeringsfonds wordt gestort zodat de premiestijging als gevolg van de overhevelingen in 2015 wordt beperkt tot € 20 per jaar.

Zorgpakket BES 2015

De verwachting is dat introductie van de hielprik in Caribisch Nederland jaarlijks structureel ongeveer circa € 20 000 kost. Dit betreft de uitvoering van de hielprikscreening, de logistieke verzending naar Europees Nederland, het bloedonderzoek in het laboratorium en de kosten voor materialen en registratie. Daarnaast moeten de kosten voor follow-up bij een afwijkende uitslag en bij een uitslag dragerschap worden vergoed. De vervolgbehandeling vindt plaats binnen reguliere zorg. Deze kosten zullen via de verzekerde aanspraken op Caribisch Nederland lopen. De

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 424.

implementatiekosten en aanloopkosten over de eerste twee jaar komen ten laste van het BKZ. Daarbij is de verwachting dat dit in totaal ongeveer circa € 450 000 kost.

1.10. Gevolgen voor regeldruk

De maatregelen in dit besluit leiden niet tot extra administratieve lasten en nalevingskosten. Zorgaanbieders maken ook nu al afspraken over de te leveren zorg, wisselen gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten en brengen de kosten van zorg in rekening. Dat gebeurt voor die zorg die met het onderhavige besluit naar het basispakket is overgeheveld echter per 1 januari 2015 niet meer met het zorgkantoor, maar met de zorgverzekeraar. Voor de zorgverzekeraar en cliënten sluit het aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten.

1.11. Fraudetoets

Het ontwerpbesluit is getoetst op fraudegevoeligheid aan de hand van de vragenlijst zoals die ten behoeve van de fraudetoets is opgesteld¹⁵. Conform de instructie is het ontwerpbesluit eerst binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op fraudegevoeligheid getoetst.

Van een aantal onderdelen is het frauderisico als laag ingeschat. Daarbij gaat het om de zintuiglijk gehandicaptenzorg, de langdurige intramurale ggz en de kleine wijzigingen van vooral technische aard. Geconstateerd is dat voor de zintuiglijk gehandicaptenzorg geldt dat de omvang van de zorgvraag (beperkt aantal cliënten), de aard van de zorgvraag (vaak korte trajecten) en de inrichting van het aanbod (beperkt aantal gespecialiseerde instellingen), de eigenschappen van de zorgvragers (zo snel mogelijk zo zelfredzaam mogelijk willen zijn) ervoor zorgen dat het frauderisico als laag wordt ingeschat. Voor de langdurige intramurale ggz is geconstateerd dat het slechts gaat om verschuiving van de jaargrens, zodat ook hierbij het frauderisico als gevolg van de wijziging van het onderhavige besluit laag is ingeschat. Ook voor de overige kleine wijzigingen van vooral technische aard is het frauderisico laag ingeschat.

Bij de uitbreiding van het pakket met verpleging en verzorging gaat het om een omvangrijke zorgvraag en een omvangrijk zorgaanbod. De kosten die met deze zorg gemoeid zijn worden geraamd op circa € 3,1 miljard in 2015. Dit onderdeel is in het kader van de fraudetoets voorgelegd aan externe partijen.

De volgende risico's zijn door partijen benoemd: de rol en positie van de (wijk)verpleegkundige (combinatie van indicatiestelling en zorglevering), het toezicht op de zorglevering, de bekostiging en tariefstelling, het onderaannemerschap, de naar verwachting van partijen in de praktijk gehanteerde afbakening tussen verblijf onder de Zvw en onder de Wlz alsmede de afwenteling naar andere domeinen zoals de Wmo 2015, U-bochtconstructies en de mogelijke (impliciete) voortgang van regelarme experimenten. Ook is genoemd dat de formulering "plegen te bieden" erg open en breed is.

In het overleg werd ook geconstateerd dat een aantal van de genoemde risico's voorzien en zo goed als mogelijk geredresseerd worden. Tevens zijn er risico's benoemd die

¹⁵ Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 57.

behoren tot de reguliere systematiek van de Zvw. Belangrijke notie is dat veel van de genoemde risico's vervallen als zorgverzekeraars hun rol goed vervullen. Zorgverzekeraars zullen extra prikkels op controle krijgen als de risicodragendheid is ingevoerd. Vanaf 2015 zal, zoals gebruikelijk in de Zvw, de professional, in dit geval de verpleegkundige, de indicatie stellen: bepalen wat de cliënt nodig heeft, gezien zijn situatie, en aangeven wie de zorg het beste kan uitvoeren. Een eenduidige toegang tot de wijkverpleging wordt geborgd door het indicatie-instrument dat op dit moment door V&VN wordt ontwikkeld, in samenspraak met ZN en VNG. Hierin wordt ook de aansluiting tussen wijkverpleging en ondersteuning vanuit de Wmo 2015 meegenomen om afwenteling tussen de Zvw en de Wmo 2015 zo goed als mogelijk te voorkomen. Verder wordt door V&VN, samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars, richtlijnen voor verpleegkundig en verzorgend handelen ontwikkeld. Richtlijnen helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de transitieafspraken is verder afgesproken dat gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau afspraken maken over wijkverpleging en de rol van de wijkverpleegkundige, onder andere in het sociale wijkteam. Dit om aansluiting tussen de domeinen te realiseren en afwenteling te voorkomen.

De mogelijkheid van partijen om controle en toezicht uit te voeren, zijn verankerd in de Zvw. Ook hier is de rol van zorgverzekeraars cruciaal. Om fraude te kunnen vaststellen is het voor zorgverzekeraars noodzakelijk dat er gegevens worden uitgewisseld. De NZa zal hiervoor regels vaststellen.

Ten aanzien van de risico's die genoemd zijn op het gebied van bekostiging wordt opgemerkt dat aan de NZa wordt gevraagd om bij het advies over het bekostigingsmodel wijkverpleging voor 2016 een fraudetoets uit te voeren.

2. Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Afbakening

De toevoeging aan artikel 2.1, eerste lid, Bzv, leidt ertoe dat vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wlz, de Jeugdwet, de Wmo 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor de verzekerde kunnen worden gefinancierd, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De toevoeging is zo geredigeerd dat duidelijk is dat de zorgverzekering ook niet voorziet in aanvulling van zorg indien een verzekerde van mening is dat hij op grond van een van de hiervoor genoemde wetten of een ander wettelijk voorschrift te weinig zorg krijgt. Iemand die op grond van de Wlz een volledig pakket thuis heeft en daartoe een bepaalde hoeveelheid verpleging en verzorging ontvangt die hij te gering acht, kan derhalve niet zijn zorgverzekering voor meer verpleging en verzorging aanspreken. Een dergelijk probleem dient hij binnen de Wlz (met de zorgaanbieder, de Wlz-uitvoerder of via het aanvragen van een herindicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg) op te lossen. De bepaling voorkomt ook dat mensen die ingevolge artikel 10.1.3 van de Wlz een beroep kunnen doen op de gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning, voor de daaronder vallende verzorging en verpleging hun zorgverzekering aanspreken.

Onder "wettelijke voorschriften" vallen ook gemeentelijke verordeningen inzake de Jeugdwet en de Wmo 2015. Bedoelde "wettelijke voorschriften" hebben geen betrekking op wettelijke voorschriften bij of krachtens de Zvw. De rechten en plichten van de verzekerde vloeien immers voort uit de door hem afgesloten zorgverzekering en niet uit de Zvw.

Voor jeugdigen wordt de ggz met ingang van 1 januari 2015 op grond van de Jeugdwet bekostigd. In artikel 10.2, tweede lid, van de Jeugdwet is daarom bepaald dat de prestaties, bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw waarop een verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht op heeft, niet omvatten ggz aan jeugdigen. In het nieuwe zesde lid van artikel 2.1 is omwille van de duidelijkheid geregeld dat het basispakket deze ggz-zorg niet omvat. Het betreft de ggz zoals omschreven in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet. Het gaat bij jeugdigen om:

- jeugdigen tot achttien jaar;
- jeugdigen vanaf achttien jaar die volgens adolescentenstrafrecht zijn berecht, en
- jeugdigen tussen de achttien en drieëntwintig jaar die voor hun achttiende al (voormalige provinciale) jeugdzorg ontvangen en deze nog moeten afmaken (doorloopregeling) of binnen een half jaar opnieuw nodig hebben.

Bevoegdheid voorwaardelijke toelating hulpmiddelen

De afgelopen jaren is voor verschillende sectoren (geneeskundige zorg, extramurale geneesmiddelen) voorwaardelijke toelating mogelijk gemaakt om patiënten sneller toegang te geven tot veelbelovende interventies en tegelijkertijd meer zicht te krijgen op de (kosten)effectiviteit van deze interventies. Met deze wijziging van artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv wordt, conform eerdere verzoek van de Tweede Kamer (motie van de leden Schippers en Agema¹⁶), voorwaardelijke toelating per 2015 ook mogelijk voor de extramurale hulpmiddelen. Voor de intramurale hulpmiddelen is voorwaardelijke toelating sinds 2012 wettelijk mogelijk gemaakt. Hiermee wordt het makkelijker voor veelbelovende nieuwe hulpmiddelen om hun weg te vinden naar het verzekerde pakket waardoor op deze terreinen veelbelovende innovaties voor patiënten toegankelijk worden. Uiteraard wel onder de voorwaarde dat de (kosten)effectiviteit van deze hulpmiddelen middels onderzoek in de periode van voorwaardelijke toelating wordt aangetoond. Alleen bij bewezen effectiviteit en inzicht in kosteneffectiviteit kan de minister een besluit nemen om een voorwaardelijk toegelaten hulpmiddel definitief te laten instromen in het pakket. Voorwaarde om in de loop van 2015 extramurale hulpmiddelen voorwaardelijk te kunnen toelaten, is dat er voldoende financiële ruimte beschikbaar is binnen het hulpmiddelenkader.

Daarnaast is artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv gewijzigd omdat voorwaardelijke toelating momenteel niet toegankelijk is voor interventies waarvoor meer dan vier jaar nodig is om de ontbrekende onderzoeksgegevens te genereren. In de meeste gevallen is dat ook de bedoeling. De periode van maximaal vier jaar was gekozen om een evenwicht te vinden tussen de verantwoordelijkheid van het veld om onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van de interventie enerzijds, en de mogelijkheid om het onderzoek het laatste zetje te geven via voorwaardelijke toelating anderzijds. Deze periode van

¹⁶ Kamerstukken II 2006/07 30 800 XVI, nr.92

maximaal vier jaar blijft dan ook het uitgangspunt. Er zijn echter interventies waarvoor vier jaar per definitie te weinig is, wegens de (kleine) omvang van de patiëntengroep, de snelheid waarmee de interventie zijn werk doet en/of de snelheid waarmee een ziekte zich ontwikkelt. Voor die bijzondere gevallen wordt de maximumtermijn van voorwaardelijke toelating verruimd van vier naar zeven jaar. Het Zorginstituut Nederland zal de minister per onderwerp adviseren over de benodigde periode van voorwaardelijke toelating.

Onderdeel B

Dyslexiezorg

Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, is de dyslexiezorg met ingang van 1 januari 2015 van het basispakket naar de verantwoordelijkheid van gemeenten overgeheveld. Het oude artikel 2.5a kon daarom komen te vervallen. In plaats daarvan is dit artikel vervangen door een nieuw artikel 2.5a waarin de zorg aan zintuiglijk beperkten is geregeld.

Prenatale testen

In december 2013 is een tweetal rapporten over de niet-invasieve prenatale test (NIPT) aan de Tweede Kamer gestuurd. Het betreft een advies van de Gezondheidsraad¹⁷ en een rapport van het Zorginstituut Nederland¹⁸. Op basis van het advies van de Gezondheidsraad is besloten de partijen uit het NIPT consortium een vergunning te verlenen voor de proefimplementatie van de NIPT als vervolgscreening. Deze vergunning is aan acht universitaire medische centra verleend voor toepassing van de NIPT bij vrouwen wier foetus, op grond van de combinatietest, een aanmerkelijke kans lijkt te hebben op het hebben van trisomie 13, 18 of 21. De ingangsdatum voor deze vergunning is 1 april 2014. De Gezondheidsraad stelt in zijn advies dat de combinatietest het risico op een kindje met een chromosoomafwijking beter voorspelt dan enkel de leeftijd van zesendertig jaar.

Daarom adviseert de Gezondheidsraad om de huidige leeftijdsgrens van zesendertig jaar voor vergoeding van de combinatietest en toegang tot de invasieve diagnostiek af te schaffen. In het rapport van het Zorginstituut Nederland werd ingegaan op de vraag of de NIPT, als onderdeel van het door de Gezondheidsraad geadviseerde proefimplementatieprogramma voor prenatale screening, onderdeel uitmaakte van het basispakket. Het Zorginstituut Nederland concludeerde dat dit het geval was. Het Zorginstituut Nederland concludeerde eveneens dat vrouwen met een medische indicatie of vrouwen van zesendertig jaar en ouder, die een combinatietest hebben ondergaan waarvan de uitslag positief was, aanspraak hadden op vergoeding van de NIPT. Bij vrouwen met een medische indicatie gaat het om vrouwen die vanwege hun medische geschiedenis een verhoogd risico hebben op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau. Voor vrouwen jonger dan zesendertig jaar die geen medische indicatie hebben, maakte de NIPT geen onderdeel uit van het basispakket. Dit komt omdat de NIPT een kansbepalende test is. Kansbepalende testen waren in het Bzv

¹⁷ Rapport Gezondheidsraad 2013/38

¹⁸ Kamerstukken II, 2013-2014, 29323, nr. 89.

voor vrouwen jonger dan zesendertig die geen medische indicatie hebben uitgesloten van het basispakket.

In de brief van 28 maart 2014¹⁹, is de Tweede Kamer geïnformeerd over het voornemen om het advies van de Gezondheidsraad omtrent het afschaffen van de leeftijdsgrens over te nemen en de NIPT per 1 januari 2015 op te nemen in het basispakket, ook voor vrouwen jonger dan zesendertig jaar. Met onderdeel B is artikel 2.4, eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 2°, gewijzigd en hier invulling aan gegeven. De toegang en de vergoeding tot de prenatale screening en invasieve diagnostiek is als volgt aangepast:

- er wordt geen onderscheid meer gemaakt op basis van leeftijd voor de toegang en vergoeding van prenatale screening en invasieve diagnostiek;
- de combinatietest wordt niet meer vergoed uit het basispakket (tenzij er sprake is van een medische indicatie);
- zwangere vrouwen krijgen aanspraak op de NIPT en invasieve diagnostiek, indien zij hiervoor een medische indicatie hebben of een combinatietest hebben gedaan waaruit een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking is gebleken.

Voor de Zvw betekent dit het gelijk trekken van de aanspraken van vrouwen van zesendertig jaar en ouder met de aanspraken van vrouwen van jonger dan zesendertig jaar. Dit betekent dat vrouwen van zesendertig jaar en ouder enkel op basis van hun leeftijd vanaf 1 januari 2015 geen aanspraak meer hebben op vergoeding van de invasieve diagnostiek.

Ook bij de vergoeding van de combinatietest zal geen onderscheid meer worden gemaakt op basis van leeftijd. De ongeveer 150 000 zwangere vrouwen jonger dan zesendertig jaar moeten de combinatietest nu al zelf betalen. Door het afschaffen van de leeftijdsgrens gaan ongeveer 30 000 zwangere vrouwen van zesendertig jaar en ouder de combinatietest zelf betalen.

Een medische indicatie kan op basis van medische gronden a priori aanwezig zijn of vastgesteld worden door middel van een combinatietest.

Alle vrouwen krijgen toegang tot de NIPT, indien zij een combinatietest hebben gedaan waarvan de uitslag, in medische termen, "positief" was. Dit wordt in subonderdeel 2° aangeduid met de woorden "een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking". De beroepsgroep gebruikt daarvoor doorgaans een kans van 1/200 of groter. De verwachting is dat de NIPT voor een groot deel de invasieve diagnostiek kan vervangen. Bij een "positieve" NIPT is nog wel invasieve diagnostiek nodig om zekerheid te krijgen of sprake is van een chromosomale afwijking. Indien dat het geval is wordt deze invasieve diagnostiek vergoed uit de Zvw.

Onderdeel C en H (voor zover het de reiskosten van de donor betreft)

In het Bzv is geregeld dat reiskosten die de donor maakt ten behoeve van de voor rekening van de zorgverzekering komende transplantatie ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Het gaat daarbij om de kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer, dan wel, indien medisch noodzakelijk, de kosten van vervoer per auto. Regelmatig komt het echter voor dat deze vergoeding niet bij de donor terecht komt. In verband daarmee is besloten om de donor recht op vergoeding van deze

¹⁹ Kamerstukken II 2013/14, 29 323, nr. 90

kosten ten laste van zijn eigen zorgverzekering te geven. De Tweede Kamer is met de brief van 1 oktober 2013²⁰ van dit besluit op de hoogte is gesteld. Om dit te regelen is aan artikel 2.5 een nieuw tweede lid toegevoegd.

Voor de donor die in het buitenland woont of werkt is de mogelijkheid van vergoeding op grond van de zorgverzekering van de ontvanger gehandhaafd. De in het buitenland wonende of werkende donor heeft immers geen zorgverzekering in Nederland.

Artikel 2.17, eerste lid, onderdeel e (nieuw), is gewijzigd om te handhaven dat de reiskostenvergoeding niet onder het eigen risico van de donor valt.

Onderdeel D

Zorg aan mensen met zintuiglijk beperking algemeen

Geneeskundige zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking viel tot de inwerkingtreding van dit besluit voor een deel onder de AWBZ-aanspraken en zat voor een deel al in het basispakket.

Met deze bepaling is het basispakket uitgebreid met de zintuiglijk gehandicaptenzorg die onder de aanspraak op extramurale behandeling op grond van de AWBZ viel.

De zorg die al in het basispakket zat, betreft de, veelal, monodisciplinaire zorg in verband met een zintuiglijke aandoening. Deze (geneeskundige) zorg is gericht op (gedeeltelijk) herstel of voorkomen van verergering van de aandoening.

Daarbij gaat het om zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden (zoals audiologische hulp en chirurgische ingrepen aan oog en gehoororgaan en het implanteren van cochleaire implantaten), logopedie, ergotherapie en hulpmiddelen die geregeld zijn op grond van artikel 2.9 van het Bzv. Hieronder valt ook het adviseren over en instructie bij het hulpmiddel.

Leidt de aandoening tot een zintuiglijke beperking, dan kan de multidisciplinaire zorg beschreven in artikel 2.5d aan de orde zijn. De ernst van de zintuiglijke beperking die hiervoor als voorwaarde geldt, is vertaald in indicatiecriteria van de betrokken beroepsgroep(en).

De zorg die vanuit de AWBZ naar het basispakket is overgeheveld betreft multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen, bestaande uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap,
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Multidisciplinaire zorg houdt in dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of sequentieel. Het diagnostisch onderzoek houdt in het vaststellen van de (ernst van de) beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien voor de verzekerde. Op basis hiervan wordt een (individueel) behandelplan opgesteld, waarvan mogelijke interventies worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen, waarna vervolgens de behandeling kan worden vastgesteld.

²⁰ Kamerstukken 2013–2014, 32 711, nr. 9.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeem gerichte "mede"behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking.

In die gevallen waarin er sprake is van het "meebehandelen" van de ouders of andere personen in de omgeving van het kind met een zintuiglijke beperking vallen alle kosten onder de verzekering van het kind en is het eigen risico niet van toepassing. In geval van volwassen mensen met een zintuiglijke beperking vallen alle kosten eveneens onder de verzekering van de persoon met een deze beperking. De kosten vallen dan onder het eigen risico van deze volwassene met een zintuiglijke beperking.

Onder de overgehevelde zorg vallen niet:

- onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren,
- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven. Als deze groep een beroep moet doen op multidisciplinaire op behandeling gerichte zintuiglijk gehandicaptenzorg (zijnde niet de hier bedoelde ondersteuning) valt die zorg uiteraard ook voor deze groep onder de Zvw, als die daar redelijkerwijs op is aangewezen.

De uit de AWBZ overgehevelde zorg, is met dit besluit omschreven in het nieuwe artikel 2.5d van het Bzv. Op de overige, veelal monodisciplinaire, zorg blijven de artikelen 2.4, 2.6 en 2.9 van het Bzv van toepassing.

Zorg in verband met een visuele beperking

Of er sprake is van een visuele beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). In de desbetreffende NOG-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking is aangegeven, dat er sprake is van een visuele beperking indien er sprake is van:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog,
- een gezichtsveld < 30 graden, of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

De diagnostiek van visuele beperkingen vindt plaats door middel van metingen met een hulpmiddel (bril).

De zorg aan mensen met een visuele beperking bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale trajecten en is multidisciplinair van aard. Het zorgaanbod moet inspelen op de complexiteit van de hulpvraag. Dat maakt de zorg divers, afhankelijk van de leeftijd en leefomstandigheden van de persoon met een visuele beperking, van persoonlijkheidskenmerken en van de individuele problematiek.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met de audiologische hulp die al onderdeel uitmaakt van het Zvw-pakket.

Audiologische hulp bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie,
- advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Of er sprake is van een auditieve beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van de FENAC. In de desbetreffende FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking is aangegeven dat er sprake is van een auditieve beperking indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

De zorg aan mensen met een auditieve beperking wordt geleverd door keel-neus-en-oorartsen (kno-artsen), audiologische centra en de zintuiglijk gehandicaptensector. De zorg door kno-artsen en audiologische centra valt reeds onder de Zvw. De onderhavige bepaling heeft dus geen betrekking op deze zorg, maar op de zorg die tot de inwerkingtreding van dit besluit werd geleverd door de AWBZ- "leveranciers" van de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg is multidisciplinair van aard. De zorgverleners hebben specifieke kennis en deskundigheid op het gebied van gehoor-, communicatie- en taalstoornissen. De zorgverleners zullen in het algemeen ook moeten beschikken over alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met Gebaren.

Bij kinderen met een gehoorbeperking, kunnen activiteiten worden aangeboden om de communicatie te stimuleren. Interventies zijn gericht op communicatie, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal: gebruik maken van gebaren, omgaan met de impact van de beperking en zelfredzaamheid. Als het kind wat ouder is komen ook interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen en werken aan de orde. Ook hulp bij mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking handicap hoort tot het zorgaanbod.

Communicatietraining valt onder de Zvw voor zover het gaat om het aanleren van de vaardigheden. Buiten de Zvw vallen het "inslijpen" van de vaardigheden door herhaaldelijk oefenen en het onderhouden van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk.

Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. De taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier niet taalverwervingsproblematiek in verband met een tweede taal/anderstaligheid. De objectieve vaststelling of er sprake is van communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de evidence based

FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Bij de zorg ingeval van deze beperking gaat het om kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van drieëntwintig jaar. Deze groep heeft problemen met het communiceren en onderdelen van de zorg voor mensen met een auditieve beperking zijn ook voor deze groep effectief. Deze groep met ernstige spraak/taalmoeilijkheden en hun ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert. Verder zijn er bij deze groep overeenkomsten met hetgeen hiervoor is beschreven over de zorgbehoefte van en zorg aan mensen met een auditieve beperking.

Onderdeel E

De geriatrische revalidatie is met ingang van 1 januari 2013 van de aanspraken op grond van de AWBZ naar het basispakket overgeheveld. Vanwege gepast gebruik is daarbij is gekozen voor een omschrijving met duidelijke voorwaarden wanneer deze zorg ten laste van de zorgverzekering kan komen. Een van deze voorwaarden is dat de geriatrische revalidatie direct moet aansluiten op ziekenhuisverblijf. Voor een zo goed mogelijke revalidatie is die aansluiting namelijk van belang.

De Tweede Kamer heeft de motie van de leden Leijten en Bruins Slot van 3 juli 2013 aanvaard²¹. In deze motie wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit ook onnodig kostenverhogend kan zijn. Daarom wordt de regering in de motie verzocht om uit te laten zoeken of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – direct kan doorverwijzen indien ziekenhuisopname evident overbodig is. In reactie op de motie is het oordeel gevraagd van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)²².

De NVKG heeft samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging een zorginhoudelijke analyse verricht. Deze analyse is op 19 maart 2014 aan de Tweede Kamer aangeboden²³. Zoals in de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven, zal aan het Zorginstituut Nederland worden gevraagd om aan de hand van deze zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarde van voorafgaand ziekenhuisverblijf te bezien en daarover te adviseren.

Uit de zorginhoudelijke analyse is gebleken dat er in de praktijk een kleine groep cliënten is die geïndiceerd is voor geriatrische revalidatie, aansluitend op een ziekenhuisverblijf, maar daarvan afziet, ondanks goede voorlichting tijdens het ziekenhuisverblijf. Eenmaal thuis blijkt zo'n cliënt binnen enkele dagen spijt te krijgen en toch gebruik te willen maken van de voor de cliënt noodzakelijke, geïndiceerde geriatrische revalidatie. Vooruitlopend op een advies van het Zorginstituut Nederland over het überhaupt laten bestaan van de voorwaarde van een voorafgaand ziekenhuisverblijf is dit knelpunt met de wijziging van artikel 2.5c, tweede lid, onderdeel a, Bzv opgelost. Geregeld is nu dat de geriatrische revalidatie binnen een week moet aansluiten op het ziekenhuisverblijf. Verder is dit onderdeel aangepast, omdat verwezen moest worden naar de Wlz in plaats van de AWBZ.

²¹ Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 460.

²² Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nrs.478 en 496.

²³ Kamerstukken II 2013/14, 29689, nr. 501.

Onderdeel F en H (voor zover het verpleging en verzorging betreft)

In het nieuwe artikel 2.10, 2.11 en 2.12 van het Bzv zijn conform de volgorde in artikel 10 van de Zvw de te verzekeren prestaties verpleging en verzorging, de kraamzorg en verblijf geregeld en niet meer zoals voorheen eerst het verblijf met zorg.

Artikel 2.10

Eerste lid

Aanhef en onderdeel a

In het nieuwe artikel 2.10 van het Bzv is de verpleging en verzorging omschreven als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Net als bij de andere bepalingen in het Bzv is met de formulering "plegen te bieden" met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsgroep, de inhoud en omvang van de zorg nader bepaald. De term "plegen te bieden" wordt ingevuld met de toepassing van artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. Het vermelden van de beroepsgroep "verpleegkundigen" kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Deze omschrijving introduceert niet de verpleegkundige als enige functionaris die verpleging of verzorging mag verlenen. De term "plegen te bieden" regelt dus niet dat zij uitsluitend de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering kunnen verlenen. Het concretiseert slechts het domein van de zorg waarop de prestatie betrekking heeft. Verzorgende handelingen maken integraal onderdeel uit van de verpleegkundige zorg en kunnen ook door andere beroepsbeoefenaren geleverd worden, zoals de verzorgende. Het deskundigheidsgebied van zowel de verzorgende individuele gezondheidszorg als dat van de verpleegkundige is in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg omschreven. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen "wie" de zorg voor rekening van de zorgverzekering mag leveren. Hij specificeert dat in zijn polis. Het is aan de verzekerde om te kiezen met welke zorgverzekeraar hij een zorgverzekering afsluit en voor welke polis hij kiest.

Door te verwijzen naar zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, valt het door de beroepsgroep aanvaarde arsenaal van verpleging en verzorging in het basispakket; niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De zorg kan ook inhouden achter de voordeur van iemand komen om poolshoogte te nemen, bijvoorbeeld omdat er van iemand uit zijn omgeving, van gemeenten of van sociale teams verontrustende signalen zijn ontvangen over de gesteldheid van de persoon door.

Onder de zorg valt verder bijvoorbeeld ook palliatief terminale thuiszorg, zorg op afstand en het instrueren van de mantelzorger ten behoeve van de zorgbehoevende verzekerde. Tevens valt casemanagement onder de aanspraak, waaronder casemanagement dementie of oncologie.

Met betrekking tot het aanvaarde arsenaal zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie door de beroepsgroep belangrijke gradometers. De beroepsgroepen maken dit inzichtelijk in richtlijnen, standaarden en protocollen.

In onderdeel a is bepaald dat de zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv, of een hoog risico daarop. Hiermee is tot uitdrukking gebracht dat het gaat om zorg die samenhangt met de

geneeskundige zorg in de eerste lijn (huisartsenzorg) of in de tweede lijn (medisch-specialistische zorg). De bepaling omvat dus ook de verpleging zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg en voorheen in artikel 2.11 in het Bzv was geregeld.

De behoefte aan geneeskundige zorg omvat ook zorg in verband met het hoog risico op een aandoening. Dit hoge risico op een aandoening vormt de basis voor de inzet van "louter" ADL-ondersteuning bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen.

Verpleging en verzorging worden niet ingezet op het gebied van bijvoorbeeld selectieve preventie of bij sociale problematiek, die buiten de behoefte aan geneeskundige zorg vallen (schuldhulpverlening; opvoedingsproblematiek; sociaal-economische problematiek).

Bij de verpleging en verzorging (zonder verblijf) waarop de Zvw met ingang van 1 januari 2015 betrekking heeft, is er in het algemeen sprake van medische problematiek of een hoog risico daarop. Het gaat vooral om mensen bij wie de gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren en die dikwijls al (intensief) te maken hebben met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg.

Het gaat bij verzorging in deze bepaling met name om kwetsbare ouderen met een lichamelijke aandoening op beperking of met dementie. Ouderen met lichamelijke aandoeningen maken ook het meest gebruik van verpleging. Het is dan ook van belang bij deze cliënten alert te zijn op de behoefte aan verpleegkundige zorg dan wel een behoefte te voorkomen. Bij deze groep bestaat immers een hoog risico op een aandoening of medische problematiek. Door de cliënt te observeren kunnen problemen worden gesignaleerd en kan daaraan gekoppeld worden gehandeld. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan signaleren van symptomen van decubitus, uitdroging, smetten, verslechtering van de fysieke en/of psychische situatie en het in de gaten houden van therapietrouw. Tijdige signalering hiervan voorkomt ernstigere aandoeningen die gepaard kunnen gaan met hogere kosten of ziekenhuisopnames.

De behoefte aan (alleen) verzorging zoals die tot nu toe ten laste van de AWBZ werd verleend, kan echter ook meer in het verlengde van de behoefte aan begeleiding liggen. Het gaat bij deze verzorging om mensen die behoefte hebben aan ondersteuning bij ADL. Deze verzorging houdt geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Deze behoefte aan ondersteuning bij ADL komt met name voor bij mensen met een verstandelijke of zintuiglijke beperking of psychiatrische problematiek. Deze verzorging in de vorm van ondersteuning bij ADL is niet naar het basispakket overgeheveld, maar per 1 januari 2015 gepositioneerd onder de Wmo 2015, net als de voorheen onder de AWBZ-aanspraken vallende begeleiding.

Indien deze mensen een lichamelijke aandoening krijgen waardoor een geneeskundige hulpvraag ontstaat, zullen zij zowel verpleging als hun bij de geneeskundige hulpvraag behorende verzorging vanuit de Zvw ontvangen. Verder blijft voor mensen die begeleiding en ADL ondersteuning krijgen via de Wmo 2015, de overige medische zorg vanzelfsprekend onder de te verzekeren prestaties Zvw vallen.

Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Dat wil zeggen zij kan een verpleegkundige diagnose te stellen, bepalen welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. De medische diagnose is voorbehouden aan de huisarts, physician

assistent, verpleegkundig specialist of de medisch-specialist (verder te noemen: behandelaar), maar deze hoeft niet vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose. Contact met de behandelaar is van belang om de verpleegkundige en de medische diagnose te combineren, met andere woorden tot een compleet behandel-/zorgtraject te komen. Het is aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige en in voorkomende gevallen de verzorgende, om te bepalen op welk moment de behandelaar op de hoogte wordt gesteld.

De bepaling vereist geen verwijzing van de behandelaar voor het verkrijgen van verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekering. Het regelen van een dergelijke procedurele voorwaarde is een bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Hij kan desgewenst wel in de polis regelen dat een verwijzing noodzakelijk is. Het is aan de verzekerde om wel of niet voor zo'n polis te kiezen.

De bepaling staat verder niet in de weg dat de verpleegkundige op verzoek van de gemeente gaat kijken bij de cliënt.

Een verzekerde kan geen beroep doen op verpleging en verzorging als hij deze zorg vanuit de Wlz ontvangt. Artikel 2.1, eerste lid, van het Bzv zorgt er immers voor dat verpleging en verzorging van mensen met een Wlz-indicatie buiten de dekking van hun zorgverzekering blijft.

Onderdeel b

Onder de zorg in de wijk valt niet de verpleging en verzorging die wordt verleend bij verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg (denk aan ziekenhuisverblijf). Dit verblijf met de daarbij behorende zorg is in het nieuwe artikel 2.12 van het Bzv geregeld en daarom in onderdeel b van artikel 2.10 van het Bzv uitgesloten.

Onderdeel c

De kraamzorg valt ingevolge artikel 10, onderdeel f, van de Zvw onder verzorging in de zin van de Zvw. Het gaat hier echter niet om zorg die valt onder de verpleging en verzorging die geregeld zijn in de onderhavige bepaling. Daarom is kraamzorg van de verpleging en verzorging van artikel 2.10, eerste lid, uitgesloten en geregeld in het nieuwe artikel 2.11 van het Bzv.

Tweede lid

Verpleging aan verzekerden tot achttien jaar valt onder de Zvw. Verzorging aan verzekerden tot achttien jaar valt onder de Jeugdwet. Ook als de verzekerde verpleging uit de Zvw krijgt. Daarop is één uitzondering, namelijk de verzorging die onderdeel is van de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (de zogenoemde intensieve kindzorg zoals die tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ kwam). Uiteraard valt gebruikelijke zorg daar niet onder²⁴.

²⁴ Zorg die naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten.

Bij intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening zoals tot nu toe ten laste van de AWBZ werd verleend, gaat het om de volgende twee situaties:

- kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Onder permanent toezicht wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is met betrekking tot fysieke functies, zodat tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat het kind zorg nodig heeft op zowel te plannen dagen en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de kinderen die een behoefte aan permanent toezicht hebben, kan elk moment iets ernstig mis gaan.
- Het kan ook gaan om kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Bij deze kinderen moet de zorg weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid beschikbaar zijn, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. Bij de specifieke verpleegkundig handelingen, gaat het om handelingen als het toedienen van zuurstof, aan- en afkoppelen beademingsapparatuur, toediening van intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding, verwisselen van canules en openhouden en doorspoelen van katheters en dergelijke.

Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap ook een verstandelijke handicap manifesteert, kunnen tot hun vijfde levensjaar behoren tot de doelgroep voor de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze zorg daarom onder de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

De Commissie Bekostiging Intensieve Kindzorg (BIKZ) heeft op 28 april 2010 geadviseerd over een adequate bekostiging van de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening en hoe deze zorg in het kader van de Zvw vormgegeven zou kunnen worden²⁵. Om de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening in het kader van de Zvw goed uit te kunnen voeren, is het van belang dat de gezamenlijke beroepsgroepen een kwaliteitskader opstellen. Het is wenselijk om de bevindingen en aanbevelingen van de commissie BIKZ daarbij te betrekken. Het kwaliteitskader dient ook om de afbakening tussen de verzorging in de Zvw en de verzorging in de Jeugdwet te verhelderen.

²⁵ Kamerstukken II 2009/10, 29 247, nr. 126.

Artikel 2.11

In deze bepaling is de kraamzorg geregeld naar inhoud en omvang zoals die voorheen in artikel 2.12 was geregeld.

Artikel 2.12

In het nieuwe artikel 2.12 is het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg geregeld op gelijke wijze zoals dat tot 1 januari 2015 geregeld was in artikel 2.10 van het Bzv. Het enige verschil is dat er geen sprake is van een verblijf van ten hoogste 365 dagen, maar van een periode van ten hoogste drie jaar (1095 dagen).

Hoe de dagen van onderbreking meetellen bij de berekening van de drie jaar wordt in het tweede en het derde lid van het nieuwe artikel 2.12 geregeld op de wijze waarop dat tot de inwerkingtreding van dit besluit in artikel 2.10, tweede en derde lid, was geregeld.

Het besluit om het verblijf met zorg na drie jaar onder de Wlz te laten vallen, heeft alleen betrekking op de op behandeling gerichte intramurale ggz. In geval van somatische problematiek is er geen medische noodzaak voor lang verblijf en komt verblijf langer dan drie jaar dan ook niet voor.

Artikel 2.17

In het nieuwe onderdeel c van artikel 2.17, eerste lid, is geregeld dat de in de artikel 2.10 omschreven verpleging en verzorging niet onder het eigen risico valt²⁶.

Onderdeel G

De verwijzing naar artikel 2.12 in artikel 2.16d moet vervangen worden naar een verwijzing naar artikel 2.11, nu kraamzorg vanaf 1 januari 2015 in laatstgenoemd in plaats van eerstgenoemd artikel is ondergebracht.

Artikel II

Artikel 5 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (BUB WMG) stelt, net als nu, dat de artikelen 50 tot en met 56 van de WMG niet van toepassing zijn op zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg. Daarbij geldt een uitzondering voor zorg zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv. Met het oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Zvw-zorg geldt tarief- en prestatieregulering. Teneinde zorg te dragen voor de toegankelijkheid en (macro)betaalbaarheid van de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv is het noodzakelijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit de prestaties en bijbehorende tarieven voor wijkverpleging vaststelt en dat deze van toepassing zijn wanneer dit type zorg wordt verleend door vrijgevestigden. Om dit te bewerkstelligen is het noodzakelijk om de relevante artikelen van de WMG van toepassing te verklaren wanneer zorg zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv

²⁶ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 440.

wordt verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg.

Artikel III

Onderdelen A en B

Sinds jaar en dag maakt de neonatale hielprikscreening onderdeel uit van de aanspraken op grond van de AWBZ. De hielprikscreening houdt in dat bij pasgeborenen uit de hiel bloed wordt afgenomen waaruit vervolgens wordt onderzocht of de pasgeborene lijdt aan een aantal zeldzame erfelijke aandoeningen. Tijdige opsporing van deze aandoeningen kan ernstige schade aan de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling voorkomen of beperken.

Het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) heeft een uitvoeringstoets verricht, waaruit gebleken is dat het praktisch mogelijk is om de neonatale hielprikscreening in te voeren in Caribisch Nederland. Met de invoering is het mogelijk ook in Caribisch Nederland pasgeborenen te screenen en, indien nodig, tijdig te behandelen ingeval van een van de genoemde aangeboren ziekte. Bij de uitvoering gebruik wordt gemaakt van de Nederlandse infrastructuur. Dat houdt in dat het afgenomen bloed naar Nederland wordt gestuurd en door het RIVM op het voorkomen van een of meer van genoemde ziekten wordt onderzocht.

In de Regeling aanspraken zorgverzekering BES zal de aanspraak op de neonatale hielprikscreening nader worden uitgewerkt, zoals dat op dit moment voor AWBZ-verzekerden geregeld is in de Regeling zorgaanspraken AWBZ en, met ingang van 1 januari 2015, ingevolge artikel 12.1.9 van de Wlz, op grond van de Wet publieke gezondheid zal worden gefinancierd.

Onderdeel C

Net als in Europees Nederland wordt het onderzoek naar zeldzame erfelijke aandoeningen (de neonatale screening van pasgeborenen, de hielprik) neergelegd bij de minister van VWS. De landelijke aansturing en begeleiding van het onderzoek ligt bij het RIVM, onderdeel van het ministerie van VWS.

Artikel IV

Met deze bepaling is geborgd dat instellingen die een toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen hebben voor persoonlijke verzorging en/of verpleging met ingang van 1 januari 2015 ambtshalve een toelating hebben voor verpleging en verzorging zoals die zorg met ingang van die datum onder artikel 2.10 van het Bzv valt. Voor nieuwe instellingen zal aan het CIBG gevraagd worden om vanaf 1 januari 2015 alleen toelatingen af te geven voor zowel de onder artikel 2.10 Bzv vallende zorg, zijnde zowel verpleging, als verzorging.

Artikel V

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2015.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers