



## **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2010, nr. Z/VU-3013503, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met wijzigingen met betrekking tot de zorgverzekering en houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 2.7, zesde lid, 2.8, zesde lid, 2.9, 2.12, tweede lid, 2.16, 3a.1, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering en 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De Regeling zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 2.4, eerste lid, wordt 'tweeëntwintig jaar' vervangen door: achttien jaar.

B

Aan artikel 2.5 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. De verzekerde is voor geneesmiddelen als bedoeld in het eerste lid, niet meer aan eigen bijdragen dan € 200 per kalenderjaar verschuldigd.

C

Artikel 2.6 wordt gewijzigd als volgt:

1. Na onderdeel b wordt een nieuw onderdeel d ingevoegd, luidende:

- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;.

2. Onderdeel n komt te luiden:

- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;.

3. Na onderdeel n wordt een nieuw onderdeel o ingevoegd, luidende:

- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;.

4. Onderdeel dd vervalt.

D

Na artikel 2.9 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### **Artikel 2.11**

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel d, omvatten uitwendige hulpmiddelen met al dan niet inwendige onderdelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van absorberende incontinentie-absorptiematerialen:



- a. materiaal voor verzekerden van drie of vier jaar indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
  - b. materiaal voor verzekerden van vijf jaar en ouder, tenzij sprake is van kortdurende incontinentie of van enuresis nocturna.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
- a. schoonmaakmiddelen en geurmiddelen;
  - b. huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg;
  - c. kleding, met uitzondering van netbroekjes;
  - d. plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna;
  - e. beschermende onderleggers, tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

## E

Artikel 2.12, tweede lid, wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel a wordt '€ 136' vervangen door: € 136,50.
2. In onderdeel b wordt '€ 68' vervangen door: € 68,50.

## F

In artikel 2.13, derde lid, wordt '€ 51' telkens vervangen door '€ 51,50' en wordt '€ 102,50' vervangen door: € 103.

## G

Artikel 2.14 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het derde lid wordt '€ 496,50' vervangen door: € 501,50.
2. In het vierde lid wordt '€ 587,50' vervangen door: € 592.
3. In het vijfde lid wordt '€ 678' vervangen door: € 683.
4. In het zesde lid wordt '€ 64' vervangen door: € 65.

## H

Artikel 2.15 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid vervallen de onderdelen a, b, d, e en f.
2. Het tweede lid alsmede de aanduiding '1' voor het eerste lid vervallen.

## I

In artikel 2.16 wordt na 'omvatten' ingevoegd: , uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar.

## J

Artikel 2.17 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel a komt te luiden:
  - a. loopwagens, niet zijnde rollators;.
2. Onderdeel b vervalt.

## K

In artikel 2.19, eerste lid, wordt 'van dit middel noodzakelijk maken' vervangen door: van deze middelen noodzakelijk maakt, met uitzondering van gebruik bij behandeling van diabetes.



## L

Artikel 2.20 vervalt.

## M

Artikel 2.23 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt '€ 142,50' vervangen door: € 143,50.
2. In het derde lid, onderdeel a, wordt '€ 136' vervangen door '€ 136,50' en wordt '€ 321' vervangen door: € 323,50.
3. In het derde lid, onderdeel b, wordt '€ 68' vervangen door '€ 68,50' en wordt '€ 253' vervangen door: € 255,50.

## N

Artikel 2.32 vervalt.

## O

In artikel 2.33, eerste lid, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel g, een nieuw onderdeel h toegevoegd, luidende:

- h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed of exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

## P

In artikel 2.37, tweede lid, wordt '€ 110,50' vervangen door: € 111,50.

## Q

Artikel 2.38 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt '€ 0,25' vervangen door: € 0,27.
2. in het tweede lid wordt '€ 91' vervangen door: € 92.

## R

In artikel 7.4a, aanhef wordt 'in een FKG als bedoeld in artikel 8.3 zijn ingedeeld' vervangen door: voldoen aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 8.3, eerste lid, of in een DKG als bedoeld in artikel 8.3, tweede lid, zijn ingedeeld.

## S

Artikel 8.3 komt te luiden:

### **Artikel 8.3**

1. Verzekerden voldoen aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 3a.1, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, indien:
  - a. aan hen een geneesmiddel, genoemd in bijlage 9 voor de daarbij vermelde aandoening, ter hand is gesteld,
  - b. er sprake van terhandstelling van dat geneesmiddel van meer dan 180 Defined Daily Doses per kalenderjaar, en
  - c. het geneesmiddel voor rekening van de zorgverzekering komt.
2. De DKG's, bedoeld in artikel 3a.1, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, zijn de DKG's, genoemd in bijlage 10.



T

In bijlage 2 worden na onderdeel 63 een onderdeel toegevoegd, luidende:

#### **64. Anticonceptiva**

Voorwaarde:  
uitsluitend voor een verzekerde jonger dan eenentwintig jaar.

U

Bijlage 3, onderdeel 6, vervalt.

V

Na bijlage 8 worden de bij deze regeling gevoegde bijlagen 9 en 10 toegevoegd.

### **ARTIKEL II**

De Regeling subsidies AWBZ wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 2.6.2 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt '€ 2 113 300 000' vervangen door: € 2 360 300 000.
2. In het vierde lid wordt '€ 75 000 000' vervangen door: € 322 000 000.

B

Artikel 2.6.4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel d, vervalt 'en de subsidieperiode waarvoor een pgb wordt aangevraagd niet onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode'.
2. Er worden twee nieuwe leden toegevoegd, luidende:
  7. Het eerste lid, onderdeel d, is niet van toepassing indien:
    - a. de subsidieperiode waarvoor een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode;
    - b. de verzekerde wil verblijven in een wooninitiatief dat zonder het verlenen van het persoonsgebonden budget in zijn bestaan of voortbestaan wordt bedreigd en de zorg voor de overige in het initiatief verblijvende verzekerden daardoor in gevaar komt;
    - c. de verzekerde een indicatie voor verblijf heeft en het zorgkantoor niet in de zorgverlening aan de verzekerde kan voorzien vanwege het beschikbare aanbod van de door het zorgkantoor gecontracteerde zorg als bedoeld in 4 tot en met 8 en 14 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
  8. Indien het zorgkantoor een persoonsgebonden budget verleent met toepassing van het zevende lid, onderdelen b en c, meldt het zorgkantoor dit onmiddellijk aan het College zorgverzekeringen volgens een door het College zorgverzekeringen vastgesteld model.

C

Artikel 2.11.1, onderdeel b, komt te luiden:

- b. Sezoz te Amsterdam, Stichting Sexualiteit Zwangerschapsonderbreking Zorg.

### **ARTIKEL III**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2011 en werkt met betrekking tot artikel I, onderdelen R, S en V, terug tot en met 1 januari 2010, artikel II, onderdeel B, tot en met 1 juli 2010 en artikel II, onderdeel C, tot en met 1 juni 2010.



---

Deze regeling wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink.*



## TOELICHTING

### 1. Algemeen

Met deze regeling is uitvoering gegeven aan maatregelen die zijn aangekondigd in de bijlage bij de brief van 21 juni 2010<sup>1</sup> aan de Voorzitter van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal en de bij die brief gevoegde nota van toelichting op het bijgevoegde ontwerpbesluit. In de bijlage bij die brief is een standpunt ingenomen op het op 2 april 2010 uitgebrachte Pakketadvies 2010<sup>2</sup> van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alsmede op het rapport Hulpmiddelenzorg 2010<sup>3</sup> dat deel uitmaakt van het Pakketadvies 2010.

Verder zijn met deze regeling de bedragen voor de eigen bijdragen voor hulpmiddelen, kraamzorg en ziekenvervoer geïndexeerd, zoals het CVZ op 25 mei 2010, ZA/2010066470, heeft geadviseerd.

Voorts is met deze regeling de Regeling subsidies AWBZ gewijzigd. Het gaat daarbij om het ophogen van het subsidieplafond voor persoonsgebondenbudgetten (pgb's) met € 247 miljoen, het mogelijk maken dat in de periode van 1 juli 2010 tot 1 januari 2011 aan enkele groepen van verzekerden in zeer bijzondere omstandigheden pgb's kunnen worden verstrekt, alsmede het aanpassen van de lijst van gesubsidieerde abortusklinieken.

### 2. Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### *Onderdeel A*

Artikel 2.4 is gewijzigd omdat met ingang van 1 januari 2011 de leeftijdsgrens voor de in de zorgverzekering opgenomen mondzorg voor jeugdigen naar achttien jaar (was tweeëntwintig jaar) is verlaagd.

##### *Onderdeel B*

De Tweede Kamer heeft op 1 juli 2010 de motie Van der Veen cs<sup>4</sup> aanvaard waarin de regering wordt verzocht af te zien van het invoeren van een eigen bijdrage bij paramedische zorg en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg en de noodzakelijke bezuiniging te vinden in een herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), waarbij voor 2011 rekening wordt gehouden met de hoogte van de bijbetaling.

Ter uitvoering van de motie is daarom geregeld dat de eigen bijdragen die verzekerden in het kader van het GVS per kalenderjaar verschuldigd zijn niet meer mogen bedragen dan € 200. Dit bedrag van € 200 is genoemd in de brief van 30 juni 2010, Z/VU-3011431, aan de Tweede Kamer.

In die brief is aangegeven dat een brede herberekening van GVS-vergoedingslimieten naar verwachting zal leiden tot onvermijdbare bijbetalingen voor groepen van patiënten die om medische redenen niet kunnen 'switchen' van medicatie. Verder is aangegeven dat om met name die patiënten niet te belasten met onevenredig hoge bijbetalingen als gevolg van het herberekenen, gezocht moet worden naar mogelijkheden om de bijbetalingen te maximeren. Bij het vaststellen van de hoogte van een maximum zal een balans moeten worden gevonden tussen enerzijds de noodzaak van voldoende hoge bijbetalingen om patiënten die kunnen switchen naar goedkopere medicatie daartoe te prikkelen en anderzijds de wens om de maximale bijbetaling voor patiënten die niet kunnen switchen niet onevenredig hoog te laten worden. In de brief aan de Kamer is aangegeven dat die balans te vinden is bij een maximum aan bijbetalingen van circa € 200 per verzekerde per kalenderjaar.

##### *Onderdeel C*

Artikel 2.6 is gewijzigd vanwege het functiegericht omschrijven van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie (onderdeel d), uitwendige hulpmiddelen bij stoornissen van de functie van het hematologisch systeem (onderdeel n) en uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (onderdeel o).

De in het nieuwe onderdeel d geregelde uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en

<sup>1</sup> Z/VU-3006963.

<sup>2</sup> Publicatienummer 285.

<sup>3</sup> Publicatienummer 286.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 2009/10, 32 123 XVI, nr. 151.



defecatie worden verder geregeld in een nieuw artikel 2.11 van de Regeling zorgverzekering (Rvz). Daarop wordt hierna in de toelichting op dat artikel ingegaan.

In artikel 2.6, onderdeel dd, was de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden limitatief omschreven. Dit onderdeel is met deze regeling komen te vervallen. De uitwendige hulpmiddelen bij stoornissen van de functie van het hematologisch systeem zijn thans in onderdeel n omschreven. In de nieuwe omschrijving wordt in termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gesproken van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

Onder het hematologisch systeem verstaat de ICF de functies gerelateerd aan:

- de aanmaak van bloed;
- het transport van zuurstof door het bloed;
- het transport van metabolieten door het bloed;
- stolling.

Onder deze functiegerichte omschrijving valt de zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden. Deze zorg wordt in het algemeen verzorgd door trombosediensten. De zelfmeetapparatuur kan ter beschikking worden gesteld aan mensen die langdurig met orale antistollingsmiddelen moeten worden behandeld (>6 maanden tot levenslang) en aan mensen die door hun werkzaamheden niet in staat zijn om zich bij trombosediensten te laten controleren. Mogelijke toebehoren bij deze apparatuur zijn de bij de apparatuur behorende teststrips, een vingerprikstelsel met lancetten en vloeistof voor kwaliteitscontrole.

Het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen en het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling vallen ook onder de te verzekeren prestatie. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden (artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering). De verzekerde die op de zelfmeetapparatuur voor stollingstijden van het bloed is aangewezen, heeft eveneens recht op de daarbij behorende zorg.

De functiegerichte omschrijving in het nieuwe onderdeel o betreft de diabeteshulpmiddelen. Onder deze functiegerichte omschrijving vallen onder andere de injectiepenen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de bloedglucosemeter inclusief de noodzakelijke teststrips inclusief eventuele noodzakelijke toebehoren.

Indien een verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een niet-aangepaste uitvoering van bijvoorbeeld een bloedglucosemeter, heeft een verzekerde aanspraak op een aan de handicap aangepaste bloedglucosemeter. Ketonen teststrips maken geen deel uit van deze functiegerichte omschrijving, maar van de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Het betreft een hulpmiddel waarvoor een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn. Er is dus sprake van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie.

## **Onderdeel D**

### **Artikel 2.11, eerste lid**

Onder deze functiegerichte omschrijving valt een breed scala aan hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met het ontbreken/wegvallen van normale lichaamsfuncties in verband met urinelozing en defecatie. Het gaat onder meer om voorzieningen voor stomapatiënten en voor mensen met incontinentie- of ontlastingsproblemen.

De toevoeging 'met al dan niet inwendige onderdelen' heeft betrekking op hulpmiddelen die deels inwendig en niet klinisch worden ingebracht, zoals bij (vervangende) katheters. Indien een dergelijk hulpmiddel op de polikliniek wordt ingebracht, dan valt het hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. (Deels) geïmplanterde hulpmiddelen vallen altijd onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

Uitgangspunt is dat er sprake moet zijn van functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat de noodzakelijke toebehoren deel uitmaken van deze te verzekeren prestatie. Bij een katheter gaat het dan bijvoorbeeld om glijvloeistof en blaasvloeistoffen. Dit geldt ook voor de urine-opvangzakken en de benodigde hulpstukken voor bevestiging aan het bed of been.

Er is een groot assortiment stomavoorzieningen op de markt dat onder deze te verzekeren prestatie valt. Het betreft onder meer systemen voor de opvang van feces of urine, zowel eendelige als tweedelige systemen, benodigdheden voor verzorging van fistels zoals opvangzakjes en specifieke wondzakken, gordels ter bevestiging van stomazakjes op het lichaam, steunbandages bij parastomale hernia, indikmiddelen, reinigingsgaasjes en huidbeschermingsmiddelen.

Andere voorzieningen die onder de te verzekeren prestatie vallen zijn onder meer katheters, katheterzakken, irrigatiesets voor het spoelen van de dikke darm en hulpmiddelen voor het afsluiten van de stoma, zoals stomapluggen en afdekpleisters.



Bij de lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen die onder de te verzekeren prestatie vallen gaat het onder meer om inlegverbanden die gefixeerd worden met netbroekjes of in goed passend ondergoed worden gedragen dan wel absorberende incontinentiebroeken/-pants. Ook anaaltampons en spoelapparatuur voor anaalspoelen vallen onder de te verzekeren prestatie.

### **Artikel 2.11, tweede lid**

De term 'niet-fysiologische vorm van incontinentie' betekent dat sprake is van ongewild urineverlies op basis van een anatomische afwijking aan de urine- en/of darmwegen dan wel een neurologische aandoening waarbij op voorhand vaststaat dat verzekerde nooit continent zal zijn. Voor kinderen van drie en vier jaar met een niet-fysiologische vorm van incontinentie vallen lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen onder de te verzekeren prestatie.

Kinderen tot drie jaar hebben nooit recht op vergoeding van incontinentieverbanden. Onzindelijkheid is op die leeftijd immers normaal. Ook kinderen van drie of vier jaar kunnen nog onzindelijk zijn. Als hiervoor geen anatomische afwijking of neurologische aandoening is aan te wijzen, is nog steeds sprake van een fysiologische vorm van incontinentie.

Er kan sprake zijn van een vertraagde zindelijkheidstraining. In dat geval bestaat (nog) geen aanspraak op vergoeding van incontinentieverbanden. Kinderen van vijf jaar en ouder kunnen aanspraak maken op vergoeding van incontinentieverbanden ongeacht de vorm van de incontinentie, tenzij alleen sprake is van nachtelijk bedplassen.

Kortdurende incontinentieklachten, zoals ten gevolge van zwangerschap of na een operatie, vormen geen indicatie. De achterliggende gedachte is dat alleen incontinentiemateriaal voor vergoeding in aanmerking komt als sprake is van langdurig gebruik. Het moet gaan om een chronische vorm van incontinentie die niet vanzelf geneest dan wel niet binnen afzienbare tijd afdoende behandeld kan worden.

Als een verzekerde gezien de aard van de incontinentie baat zou kunnen hebben bij bekkenbodetherapie dan kan een zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen de toestemming voor lichaamsgedragen absorberende incontinentiematerialen laten afhangen van de vraag of de verzekerde ook daadwerkelijk bereid is deze therapie te volgen. Het moet dan wel gaan om situaties waarin het volgen van deze therapie redelijkerwijs van een verzekerde verlangd mag worden. Vergoeding van materiaal is dan mogelijk vanaf het moment dat een verzekerde in therapie gaat. Is een verzekerde hier niet toe bereid dan is hij redelijkerwijs niet aangewezen op incontinentiemateriaal (artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering).

### **Artikel 2.11, derde lid**

Reinigingsgaasjes vallen onder de te verzekeren prestatie, maar een verzekerde dient zelf te voorzien in de middelen voor het schoonmaken van de huid rond het stoma. Er is een ruim assortiment anti-allergische en al dan niet desinfecterende schoonmaakmiddelen bij drogist of supermarkt verkrijgbaar. Deze middelen zijn niet kostbaar en kunnen gerekend worden tot de persoonlijke hygiëne. Ook geurmiddelen komen voor eigen rekening.

Alleen voor stomapatiënten omvat de te verzekeren prestatie ook huidbeschermende middelen. Het gaat daarbij om middelen zoals een beschermfilm, -poeder of -pasta, crèmes en tissues. Deze middelen zijn bijvoorbeeld geïndiceerd bij mensen met een gevoelige huid of een hoge stoma, waarbij de huid als gevolg van dunne, agressieve uitscheiding een grotere kans heeft op ontsteking.

Er is speciale kleding op de markt voor zowel mensen met een stoma als mensen met incontinentieproblemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om speciaal ondergoed – waaronder duurzame textiele fixatiebroeken bij incontinentie – hansops of speciale zwemkleding. Ook bestaan banden en hoesjes om de stoma en het stomazakje te verbergen. Dergelijke kleding valt niet onder de te verzekeren prestatie, met uitzondering van wegwerpfixatiebroeken ofwel netbroekjes. Door de mogelijkheid om netbroekjes te verstrekken kan worden tegengegaan dat een verschuiving plaatsvindt van de goedkopere tweedelige systemen (inlegverbanden met fixatiebroekje) naar de duurere eendelige systemen (incontinentiepants).

Ook plaswekkers voor de behandeling van enuresis nocturna zijn uitgesloten van de te verzekeren prestatie. De huurkosten van deze plaswekkers zijn niet zodanig dat de financiële toegankelijkheid van dit hulpmiddel in het geding zou zijn. De huurkosten komen voor eigen rekening.

Het gebruik van beschermende onderleggers is in het algemeen niet nodig in combinatie met lichaamsgedragen incontinentie- en stomamaterialen. Om deze reden zijn deze onderleggers uitgesloten van de te verzekeren prestatie, tenzij er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.





Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om in uitzonderingsgevallen toch de verstrekking van onderleggers toe te staan. Het gaat dan om situaties waarbij dusdanige hygiënische problemen ontstaan, dat die alleen met het gebruik van onderleggers zijn op te lossen.

### **Onderdelen E, F, G, M, P en Q**

Met deze bepalingen zijn de bedragen met betrekking tot de eigen bijdragen voor hulpmiddelen, kraamzorg en ziekenvervoer geïndexeerd.

### **Onderdeel H**

In artikel 2.15 zijn de hulpmiddelen vervallen die onder de nieuwe functiegerichte omschrijving vallen van hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urineloos en defecatie.

Ook de in artikel 2.15, lid 1, onderdeel b, subonderdeel 4°, genoemde 'stomabeschermers voor gelaryngectomeerden' zijn vervallen. Deze vallen niet onder de nieuwe functiegerichte omschrijving zoals hiervoor bedoeld. Het betreft hier stomafilters, douchebeschermers of camouflagebeffen voor mensen met een kunstmatige luchtwegingang (tracheostoma). Een goede stomabescherming is belangrijk voor de longfunctie en de algemene lichamelijke conditie. Zonder stomabescherming krijgen deze mensen meer last van slijmvorming en hoestprikkels. De hier bedoelde stomabeschermers vallen daarmee onder de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als bedoeld in artikel 2.9, dan wel onder noodzakelijke toebehoren hierbij.

### **Onderdeel I**

Door de toevoeging van 'uitsluitend voor verzekerden jonger dan eenentwintig' jaar, is geregeld dat de pessaria en de koperhoudende spiraaltjes slechts voor deze verzekerden onder de te verzekeren prestaties ingevolge de Zorgverzekeringswet vallen.

### **Onderdeel J**

Met deze bepaling worden de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het pakket van de zorgverzekering verwijderd, met uitzondering van de blindentaststokken en de loopwagens, niet zijnde rollators. Het CVZ heeft daartoe in het Pakketadvies 2010 en eerder geadviseerd. Voor het oordeel om deze hulpmiddelen uit het pakket te verwijderen spelen de criteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' een doorslaggevende rol. Het CVZ heeft voor de hulpmiddelen deze criteria een formele invulling gegeven in het Beoordelingskader hulpmiddelenzorg<sup>5</sup>. In mijn brief van 11 november 2008 aan de Tweede Kamer<sup>6</sup> heb ik aangegeven dat dit kader op onderdelen aansluit bij de gestelde beleidsdoelen en dat de subcriteria 'algemeen gebruikelijk' en 'financieel toegankelijk' toepasbaar zijn op de welzijnsgelateerde hulpmiddelen en niet zonder meer op andere zorgvormen van toepassing zijn.

Voor het oordeel over 'algemeen gebruikelijk zijn' is het antwoord op de volgende vragen relevant:

1. Is het hulpmiddel speciaal bedoeld voor mensen met een functioneringsprobleem?
2. Wordt het hulpmiddel alleen in medische speciaalzaken verkocht en is voor de aanmeting specifieke deskundigheid vereist?

Voor het oordeel over 'financieel toegankelijk' is het antwoord op de volgende vragen relevant:

1. Substitueert het hulpmiddel voor algemeen gebruikelijke middelen?
2. Zijn de kosten van het hulpmiddel (of de eventuele meerkosten in verband met een aan de handicap aangepaste uitvoering) dermate hoog dat het hulpmiddel financieel ontoegankelijk wordt voor een grote groep personen? Betreft het een voorzienbaar veel voorkomend functioneringsprobleem?
3. Is het hulpmiddel gerelateerd aan een andere te verzekeren prestatie waardoor mogelijk besparingsaspecten meespelen?

De krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten, looprekken en serveerwagens zijn niet algemeen gebruikelijk. De krukken, loophulpmiddelen met drie of vier poten en looprekken kunnen vanwege de lage kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen relatie is met andere te verzekeren prestaties voor eigen rekening komen en kunnen dus van het pakket uitgesloten worden. Serveerwagens zijn niet algemeen gebruikelijk, maar subsitueren wel voor algemeen gebruikelijke middelen die gelet op hun kosten en duurzaamheid voor eigen rekening komen. De serveerwagens kunnen dus van het pakket uitgesloten worden.

Een rollator is algemeen gebruikelijk. Vanwege de kosten, de duurzaamheid en het feit dat er geen

<sup>5</sup> Rapport CVZ 'Beoordelingskader hulpmiddelenzorg', nr. 258.

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 226.



sprake is van een relatie met een andere te verzekeren prestatie waardoor besparingen zouden kunnen optreden, kunnen rollators voor eigen rekening komen. Zij kunnen dus van het pakket uitgesloten worden.

### **Onderdeel K**

Injectiespuiten of -pennen, al dan niet als wegwerpartikel steriel verpakt met toebehoren, dienen slechts te worden verstrekt of vergoed aan verzekerden, die in verband met een chronische ziekte regelmatig inspuiting van geneesmiddelen behoeven. Naast lijdens aan astma bronchiale en hemofilie kunnen genoemd worden verzekerden die thuis hemodialyse toepassen. Indien verzekerden deze hulpmiddelen gebruiken in het kader van hun diabetesbehandeling, vallen deze middelen onder de functiegerichte omschrijving zoals beschreven in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv. In het tweede lid is een aan een handicap van de verzekerde aangepaste injectiespuit geregeld, indien sprake is van ernstige afwijkingen van het gezichtsvermogen of ernstige motorische afwijkingen.

### **Onderdeel L**

Gezien de functiegerichte omschrijving van de diabeteshulpmiddelen vervalt artikel 2.20.

### **Onderdeel N**

Artikel 2.32 is vervallen vanwege de invoering van een functiegerichte omschrijving van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem.

### **Onderdeel O**

Om te voorkomen dat met de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie de beschermende onderleggers die gebruikt worden voor andere doeleinden zijn uitgesloten van het basispakket, zijn deze toegevoegd aan artikel 2.33.

Het gaat hier om beschermende onderleggers bij hygiënische problemen die zich kunnen voordoen bij verlies van bloed en exsudaat. Beschermende onderleggers die worden gebruikt bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie vallen onder artikel 2.11 voor zover er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

### **Onderdeel R**

Artikel 7.4a is om twee redenen aangepast. In de eerste plaats wordt niet meer uitgegaan van de FKG's bij het vaststellen van de compensatie eigen risico. In de tweede plaats onbrak in deze bepaling ten onrechte de indeling in DKG's.

### **Onderdeel S en onderdeel V, voor zover het betreft bijlage 9**

Met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2010 wordt artikel 3a.1 van het Besluit zorgverzekering gewijzigd. Geregeld wordt dat de indeling in een FKG vervangen wordt door bij ministeriële regeling geregelde voorwaarden met betrekking tot ter hand gestelde geneesmiddelen. De reden hiervoor is dat er aanpassingen worden doorgevoerd in de FKG's die voor de risicoverevening worden gehanteerd. Door deze aanpassingen zouden bij blijvend gebruik van de FKG's als criterium voor de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico, verzekerden die eerst wel voor compensatie in aanmerking kwamen, niet langer recht hebben op deze compensatie. Dit recht op compensatie zou vervallen, terwijl zij wel chronische gebruikers van dezelfde geneesmiddelen blijven en door dit chronisch gebruik ook meerjarig het verplicht eigen risico verschuldigd blijven. Deze consequentie die de aanpassing van de FKG's voor de compensatieregeling zou hebben, is ongewenst. Daarom is de indeling in een FKG als criterium vervangen door de geneesmiddelen op te nemen in een nieuwe bijlage, bijlage 9, van de Rzv. Voor de vaststelling van de Defined Daily Dose wordt aangesloten bij de methodiek die in artikel 2.41 van de Rzv staat beschreven.

### **Onderdeel T**

Aan bijlage 2 is een voorwaarde toegevoegd, teneinde te regelen dat het recht op medicamentueze anticonceptie en antidepressiva voor rekening van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2011 beperkt is. Op medicamentueze anticonceptie voor rekening van de zorgverzekering hebben alleen nog maar verzekerden tot eenentwintig jaar recht.

Met ingang van 1 januari 2011 zal aan bijlage 2 nog een voorwaarde worden toegevoegd vanwege het



besluit van het kabinet het recht op antidepressiva te beperken tot bepaalde indicaties.

### **Onderdeel U**

Onderdeel 6 van bijlage 3 van de Rzv vervalt omdat de indicatiecriteria voor insulinepompen in de praktijk niet worden nageleefd en ook niet in de richtlijnen van de beroepsgroep zijn opgenomen.

### **Onderdeel V**

Omwille van de herkenbaarheid voor de burger zijn de DKG's opgenomen in een bijlage, bijlage 10 bij deze regeling.

## **Artikel II**

### **Onderdelen A en B**

Het aantal verstrekte pgb's in de afgelopen jaren sterk gegroeid. Uit door het CVZ aangeleverde cijfers van de zorgkantoren over de maand april over het aantal toegekende pgb's blijkt dat eind 2010 een substantieel tekort van ruim € 300 miljoen zal ontstaan. Het kabinet heeft in verband daarmee extra financiële middelen weten vrij te maken. Daarbij gaat het om een bedrag van € 247 miljoen. Met het wijzigen van artikel 2.6.2 van de Regeling subsidies AWBZ is dit bedrag aan het subsidieplafond toegevoegd. Dit bedrag is voldoende om tot 1 juli 2010 pgb's toe te kennen. Vanaf 1 juli 2010 is het, gezien het subsidieplafond, niet meer mogelijk nieuwe pgb's toe te kennen. Niet toegekende aanvragen en nieuw aanvragen moeten de zorgkantoren vanaf die datum weigeren.

In overleggen met de Tweede Kamer op 29 juni en 1 juli 2010 en ter uitvoering van de motie Van der Veen cs<sup>7</sup> is besloten om voor bepaalde groepen van verzekerden in zeer bijzondere omstandigheden een uitzondering te maken. Voor deze verzekerden zijn in een nieuw zevende lid van artikel 2.6.4 de voorwaarden geregeld waaraan voldaan moet zijn, wil de uitzondering van toepassing zijn. Die uitzonderingen zijn:

- dat de verzekerde wil verblijven in een wooninitiatief dat zonder het verlenen van het pgb in zijn bestaan of voortbestaan wordt bedreigd en de zorg voor de overige in het initiatief verblijvende verzekerden daardoor in gevaar komt, of
- dat de verzekerde een indicatie voor verblijf heeft en het zorgkantoor niet in de zorgverlening aan de verzekerde kan voorzien vanwege het beschikbare aanbod van de door het zorgkantoor gecontracteerde extramurale zorg als omschreven in de artikelen 4 tot en met 8 en het volledig pakket thuis als omschreven in artikel 14 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

De door mij voorziene werkwijze is met betrekking tot onderdeel a als volgt. Het zorgkantoor zal per cliënt beoordelen of een uitzondering noodzakelijk is. Naar verwachting zal het daarbij om een beperkt aantal situaties gaan. Het betreft namelijk situaties waarin ouders dan wel vertegenwoordigers zelf pgb subsidies hebben gebundeld. In het geval een van de cliënten door omstandigheden niet meer aan het initiatief kan deelnemen (bijvoorbeeld als gevolg van verhuizing of overlijden), dienen de overige individuele cliënten aan het zorgkantoor aan te geven dat de continuïteit van de zorgverlening in gevaar komt als aan de aspirant bewoner geen pgb wordt toegekend. In dit licht is de uitzondering ook alleen van toepassing op cliënten met gebundelde pgb-subsidies die geen deel uitmaken van de reguliere exploitatie van (een keten van) zorg in natura aanbieders.

In geval er sprake is van een initiatief in ontwikkeling geldt dat ook daar de zorgkantoren per individueel initiatief zullen moeten bekijken in hoeverre een beroep kan worden gedaan op de uitzonderingsregeling. Dit betekent dat de initiatiefnemers, niet zijnde onderdeel van een (keten van) natura zorgaanbieder(s), voor 1 september 2010 aannemelijk moeten kunnen maken dat zij, als gevolg van reeds aangegane contractuele verplichtingen, in onoverkomelijke financiële problemen komen door de tijdelijke pgb-maatregel.

Met betrekking tot onderdeel b geldt het volgende.

Cliënten met een verblijfsindicatie kunnen altijd kiezen voor zorg thuis met behulp van extramurale zorg of een volledig pakket thuis, beide vormen van zorg in natura. Het zorgkantoor zal zich in eerste instantie in moeten spannen deze zorgvormen voor de betreffende cliënt te verkennen. Als alle alternatieven zijn afgewogen en niet tot een verantwoorde oplossing hebben geleid gezien de medisch/sociale omstandigheden van de cliënt en/of beperkingen in het beschikbare aanbod van naturazorg kan een beroep worden gedaan op de uitzonderingsregeling. Dit zal per individueel geval worden beoordeeld.

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 123 XVI, nr. 149.



---

In het nieuwe zevende lid is tevens de uitzonderingsgrond geregeld die tot de inwerkingtreding van deze regeling in 2.6.4. eerste lid, onderdeel d, van de Regeling subsidies AWBZ, geregeld was en met de onderhavige regeling uit 2.6.4. eerste lid, onderdeel d, is verwijderd.

Indien het zorgkantoor een pgb verleent in deze nieuwe uitzonderingssituaties dient het zorgkantoor dit onmiddellijk aan het CVZ te melden volgens een door het CVZ vastgesteld model. Dit is geregeld in een nieuw achtste lid van artikel 2.6.4.

### **Onderdeel C**

Eind 2009 heeft het Bestuur van de Stichting MR'70 in Amsterdam het besluit genomen om de abortushulpverleningsactiviteiten te staken. Dit besluit werd genomen omdat het voortbestaan van de stichting niet meer geborgd kon worden door het bestuur. In een door de Stichting MR'70 uitgevoerde verkenning is de Stichting Sexualiteit Zwangerschapsonderbreking Zorg (Sezoz) bereid gevonden de abortusactiviteiten op te pakken. Vervolgens heeft Sezoz een plan voorgelegd dat zowel medisch inhoudelijk als bedrijfsmatig voorziet in een borging van abortushulpverleningsactiviteiten. Op basis van dit plan heeft Sezoz een vergunning op grond van Wet afbreking zwangerschap gekregen en is besloten Sezoz op te nemen in de lijst van abortusklinieken die subsidie op grond van de Regeling subsidies AWBZ ontvangen. Artikel 2.11.1 van die regeling is daartoe gewijzigd. Omdat de vergunning met ingang van 1 juni 2010 is ingegaan, werkt de aanpassing van deze bepaling terug tot en met 1 juni 2010.

### **Artikel III**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2011 en werkt met betrekking de criteria voor de CER terug tot en met 1 januari 2010, met betrekking tot de uitzonderingen op de pgb-weigeringsgronden tot en met 1 juli 2010 en met betrekking tot aanpassing van de lijst van abortusklinieken tot en met 1 juni 2010.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink.*