



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 juli 2011, nr. Z/VU-3073017, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met aanpassing van de te verzekeren prestaties en eigen bijdragen daarvoor en vervanging van bijlage 9

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 2.1, 2.4, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10 2.12, 2.14, 2.16 en 3a.1 van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 2.1 wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel g door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

- h. behandeling van aanpassingsstoornissen.

B

Na artikel 2.1 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 2.2

De zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, omvat tot 1 januari 2016 tevens behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;

C

Artikel 2.3 komt te luiden:

Artikel 2.3

1. Voor eerstelijnspsychologische zorg betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van:
 - a. € 20 per zitting;
 - b. € 50 voor een internetbehandeltraject.
2. De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt een eigen bijdrage voor zorg zoals psychiaters of klinisch-psychologen die plegen te bieden, die hij in een kalenderjaar heeft ontvangen, van:
 - a. € 100 voor een dbc tot honderd minuten;
 - b. € 200 voor een dbc vanaf honderd minuten.
3. De zorg, bedoeld in het tweede lid, geldt als ontvangen op de datum waarop de dbc is geopend.
4. De verzekerde betaalt over een kalenderjaar aan eigen bijdragen, bedoeld in het tweede lid, niet meer dan € 200.
5. Het tweede lid is niet van toepassing op:
 - a. een dbc voor indirecte tijd;
 - b. een dbc voor crisis;
 - c. zorg zoals psychiaters of klinisch-psychologen die plegen te bieden aan een verzekerde die, met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van die wet.



D

Artikel 2.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering betaalt de verzekerde van achttien jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

E

Artikel 2.6 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel f komt te luiden:

- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;

2. Voor onderdeel t wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;

3. De onderdelen x, bb en cc vervallen.

F

In artikel 2.8, tweede lid, wordt '€ 386,50' vervangen door: € 393.

G

Artikel 2.12, tweede lid, wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel a wordt '€ 136,50' vervangen door: € 139.

2. In onderdeel b wordt '€ 68,50' vervangen door: € 69,50.

H

Artikel 2.13 komt te luiden:

Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
 - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. brillenglazen of filterglazen inclusief montuur;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen dient de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van visus leiden dan brillenglazen.
4. Voor lenzen betaalt de verzekerde:
 - a. een eigen bijdrage van € 52,50 per lens als sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. een eigen bijdrage van € 105 per kalenderjaar als sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd geldt een eigen bijdrage van € 52,50 per kalenderjaar.



5. Voor blindengeleidehonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

I

Artikel 2.14 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het derde lid wordt '€ 501,50' vervangen door: € 509,50.
2. In het vierde lid wordt '€ 592' vervangen door: € 600,50.
3. In het vijfde lid wordt '€ 683' vervangen door: € 691.
4. In het zesde lid wordt '€ 65' vervangen door: € 66.

J

Artikel 2.17, onderdeel c, vervalt.

K

Artikel 2.23 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt '€ 143,50' vervangen door: € 146.
2. In het derde lid, onderdeel a, wordt '€ 136,50' vervangen door '€ 139' en wordt '€ 323,50' vervangen door: € 329.
3. In het derde lid, onderdeel b, wordt '€ 68,50' vervangen door '€ 69,50' en wordt '€ 255,50' vervangen door: € 259,50.

L

In artikel 2.24, eerste lid, vervalt, onder vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel c door een punt, onderdeel d.

M

Artikel 2.26 wordt gewijzigd als volgt:

1. De onderdelen c en e vervallen.
2. Onderdeel g komt te luiden:
 - g. opname- en voorleesapparatuur, zijnde daisy-spelers of daisy-programmatuur voor dyslectici en motorisch beperkten;
3. Onderdeel i vervalt.

N

De artikelen 2.30 en 2.31 vervallen.

O

Artikel 2.34, eerste lid, komt te luiden:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel ff, omvatten hulphonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van een verzekerde die volledig doof is of die als gevolg van blijvende ernstige lichamelijke functiebeperkingen aangewezen is op hulp bij die mobiliteit of bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, waardoor zijn zelfstandigheid wordt vergroot en het beroep op zorgondersteuning vermindert.



P

Na artikel 2.36 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:

§ 1.4a. Verblijf

Artikel 2.36a

1. De verzekerde van achttien jaar of ouder betaalt voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met zorg zoals psychiaters of klinisch-psychologen die plegen te bieden een eigen bijdrage van € 145 per maand, met dien verstande dat geen bijdrage verschuldigd is gedurende de eerste eenendertig dagen van dat verblijf.
2. Een onderbreking van ten hoogste zeven dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de eenendertig dagen.
3. Over een gedeelte van een maand is de bijdrage, bedoeld in het eerste lid, gelijk aan het bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover die bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365.

Q

Artikel 2.37 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt '€ 3,90' vervangen door: € 4.
2. In het tweede lid wordt '€ 15,50' vervangen door '€ 16' en wordt '€ 111,50' vervangen door: € 112,50.

R

Artikel 2.38 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt '€ 0,27' vervangen door: € 0,30.
2. in het tweede lid wordt '€ 92' vervangen door: € 93.

S

In bijlage 2 wordt na onderdeel 70 een onderdeel toegevoegd, luidende:

71. Maagzuurremmers, inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten
Voorwaarde:
uitsluitend voor een verzekerde die blijkt het voorschrift langer dan zes maanden op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie.

T

Bijlage 9 wordt vervangen door de bij deze regeling gevoegde bijlage 9.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt inwerking met ingang van 1 januari 2012.

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

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



BIJLAGE 9 VAN REGELING ZORGVERZEKERING

Bijlage behorende bij artikel 8.3, eerste lid, onderdeel a

CER grp	ATC-code (in 2010)	stofnaam/omschrijving ATC-code	DDD-waarde (standaard dagdosering, in 2010) per toedieningsweg/opmerkingen	
			O oraal	O (aer) oraal aerosol
			P parenteraal	P (depot) parenteraal depot
			R rectaal	
			INH inhalatie	INH (aer) inhalatie aerosol
				INH (pdr) inhalatie poeder
				INH (opl) inhalatie oplossing
			TD transdermaal	
			SL sublinguaal	
			OCU oculair	
				VS voorschrift/receptregel (1 voorschrift = 181 DDDs)
				mcg microgram
				mg milligram
				g gram
				ml milliliter
				IE internationale eenheid
				miljE miljoen internationale eenheden
				do dosis
				tabl tablet
				caps capsule

Tabel 1

		Aandoeningen van hersenen en ruggemerg	O	P					
NMA	M03BX01	BACLOFEN	50 mg	0,55 mg					
NMA	L03AX13	GLATIRAMEER		20 mg					
NMA	L03AB07	INTERFERON BETA-1A		4,3 mcg					
NMA	L03AB08	INTERFERON BETA-1B		4 miljE					
NMA	N07XX02	RILUZOL	0,1 g						

Tabel 2

		Astma/COPD	O	P	R	INH (aer)	INH (pdr)	IN-H(opl)		
CAR	R03BA01	BECLOMETASON				0,8 mg	0,8 mg	1,5 mg		
CAR	R03BA02	BUDESONIDE				0,8 mg	0,8 mg	1,5 mg		
CAR	R03BA08	CICLESONIDE				0,16 mg				
CAR	R03BC01	CROMOGLICINEZUUR				40 mg	80 mg	80 mg		
CAR	R03AK03	FENOTEROL met andere ASTMA/COPD-middelen				6 do	3 patroon			
CAR	R03BA05	FLUTICASON				0,6 mg	0,6 mg	1,5 mg		
CAR	R03AC13	FORMOTEROL				24 mcg	24 mcg			
CAR	R03AK07	FORMOTEROL met andere ASTMA/COPD-middelen				4 do	24 mcg			
CAR	R03AC18	INDACATEROL					150 mcg			
CAR	R03BB01	IPRATROPIUM				0,12 mg	0,12 mg	0,3 mg		
CAR	R03DC03	MONTELUKAST	10 mg							
CAR	R03BC03	NEDOCROMIL				8 mg				
CAR	R03AC02	SALBUTAMOL				0,8 mg	0,8 mg	10 mg		
CAR	R03CC02	SALBUTAMOL	12 mg	12 mg						
CAR	R03AK04	SALBUTAMOL met andere ASTMA/COPD-middelen				6 do		7,5 ml		
CAR	R03AC12	SALMETEROL				0,1 mg	0,1 mg			
CAR	R03AK06	SALMETEROL met andere ASTMA/COPD-middelen				4 do	2 do			
CAR	R03AC03	TERBUTALINE				2 mg	2 mg	20 mg		
CAR	R03DA04	THEOFYLLINE	0,4 g	0,4 g	0,4 g					
CAR	R03BB04	TIOTROPIUM					18 mcg	5 mcg		



Tabel 3

		Cystic fibrosis/pancreas	O		IN- H(opl)				
CFP	R05CB13	DORNASE ALFA			2,5 mg				
CFP	A09AA02	MULTI-ENZYMEN	4-6 tabl/caps						

Tabel 4

		Diabetes, type I en type II	O	P	INH				
DIA	A10BF01	ACARBOSE	0,3 g						
DIA	A10BX04	EXENATIDE		15 mcg					
DIA	A10BB01	GLIBENCLAMIDE	10 mg						
DIA	A10BB09	GLICLAZIDE	0,16 g						
DIA	A10BB12	GLIMEPIRIDE	2 mg						
DIA	A10BD04	GLIMEPIRIDE met ROSIGLITAZON	1 tabl						
DIA	A10AB01	INSULINE (humaan)		40 IE					
DIA	A10AC01	INSULINE (humaan)		40 IE					
DIA	A10AD01	INSULINE (humaan)		40 IE					
DIA	A10AB05	INSULINE, ASPART		40 IE					
DIA	A10AD05	INSULINE, ASPART		40 IE					
DIA	A10AE05	INSULINE, DETEMIR		40 IE					
DIA	A10AE04	INSULINE, GLARGINE		40 IE					
DIA	A10AB06	INSULINE, GLULISINE		40 IE					
DIA	A10AB04	INSULINE, LISPRO		40 IE					
DIA	A10AD04	INSULINE, LISPRO		40 IE					
DIA	A10BX07	LIRAGLUTIDE		1,2 mg					
DIA	A10BA02	METFORMINE	2 g						
DIA	A10BD05	METFORMINE met PIOGLITAZON	2 tabl						
DIA	A10BD03	METFORMINE met ROSIGLITAZON	2 tabl						
DIA	A10BD07	METFORMINE met SITAGLIPTINE	2 tabl						
DIA	A10BD02	METFORMINE met SULFONYLUREUMDERI- VATEN	2 tabl						
DIA	A10BD08	METFORMINE met VILDAGLIPTINE	2 tabl						
DIA	A10BG03	PIOGLITAZON	30 mg						
DIA	A10BX02	REPAGLINIDE	4 mg						
DIA	A10BG02	ROSIGLITAZON	6 mg						
DIA	A10BH03	SAXAGLIPTINE	5 mg						
DIA	A10BH01	SITAGLIPTINE	0,1 g						
DIA	A10BB03	TOLBUTAMIDE	1,5 g						
DIA	A10BH02	VILDAGLIPTINE	0,1 g						

Tabel 5

		Epilepsie	O	P	R				
EPI	N03AF01	CARBAMAZEPINE	1 g		1 g				
EPI	N03AD01	ETHOSUXIMIDE	1,25 g						
EPI	N03AX10	FELBAMAAT	2,4 g						
EPI	N03AA02	FENOBARBITAL	0,1 g	0,1 g					
EPI	N03AB02	FENYTOINE	0,3 g	0,3 g					
EPI	N03AX18	LACOSAMIDE	0,3 g	0,3 g					
EPI	N03AX09	LAMOTRIGINE	0,3 g						
EPI	N03AX14	LEVETIRACETAM	1,5 g	1,5 g					
EPI	N03AF02	OXCARBAZEPINE	1 g						
EPI	N03AA03	PRIMIDON	1,25 g						
EPI	N03AX17	STIRIPENTOL	1 g						
EPI	N03AX03	SULTIAM	0,4 g						
EPI	N03AX11	TOPIRAMAAT	0,3 g						
EPI	N03AG01	VALPROINEZUUR	1,5 g	1,5 g	1,5 g				
EPI	N03AG04	VIGABATRINE	2 g						



Tabel 6

		Glaucoom	O	P	OCU					
GLA	S01EC01	ACETAZOLAMIDE	0,75 g	0,75 g						
GLA	S01EA03	APRACLONIDINE			0,3 ml					
GLA	S01ED02	BETAXOLOL			0,2 ml					
GLA	S01EE03	BIMATOPROST			0,1 ml					
GLA	S01EA05	BRIMONIDINE			0,2 ml					
GLA	S01EC04	BRINZOLAMIDE			0,2 ml					
GLA	S01ED05	CARTEOLOL			0,2 ml					
GLA	S01EA02	DIPIVEFRINE			0,2 ml					
GLA	S01EC03	DORZOLAMIDE			0,3 ml					
GLA	S01EE01	LATANOPROST			0,1 ml					
GLA	S01ED03	LEVOBUNOLOL			0,2 ml					
GLA	S01ED04	METIPRANOLOL			0,2 ml					
GLA	S01ED54	METIPRANOLOL, COMBINATIES			0,3 ml					
GLA	S01EB01	PILOCARPINE			0,4 ml/40 mg					
GLA	S01EE05	TAFLUPROST			0,3 ml					
GLA	S01ED01	TIMOLOL			0,2 ml					
GLA	S01ED51	TIMOLOL, COMBINATIES			0,2 ml/0,1 ml					
GLA	S01EE04	TRAVOPROST			0,1 ml					

Tabel 7

		Groeihormonen		P						
GRO	H01AC03	MECASERMINE		2 mg						
GRO	H01AC01	SOMATROPINE		2 IE						

Tabel 8

		Hartaandoeningen	O	O (aer)	P	SL	TD			
HAR	C01BD01	AMIODARON	0,2 g		0,2 g					
HAR	C03CA02	BUMETANIDE	1 mg		1 mg					
HAR	C01AA05	DIGOXINE	0,25 mg		0,25 mg					
HAR	C01BA03	DISOPYRAMIDE	0,4 g		0,4 g					
HAR	C01CE03	ENOXIMON			1 g					
HAR	C01BC04	FLECAINIDE	0,2 g		0,2 g					
HAR	C03CA01	FUROSEMIDE	40 mg		40 mg					
HAR	C01CA16	IBOPAMINE	0,3 g							
HAR	C01EB03	INDOMETACINE			1 mg					
HAR	C01CA02	ISOPRENALINE	90 mg		90 mg					
HAR	C01DA08	ISOSORBIDE DINITRAAT	60 mg	20 mg	10 mg	20 mg	0,1 g			
HAR	C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRAAT	40 mg							
HAR	C01EB17	IVABRADINE	10 mg							
HAR	C01BA01	KINIDINE	1,2 g							
HAR	C01BB01	LIDOCAINE			3 g					
HAR	C01CE02	MILRINON			50 mg					
HAR	C01DX16	NICORANDIL	40 mg							
HAR	C01DA02	NITROGLYCERINE	5 mg	2,5 mg	10 mg	2,5 mg	5 mg			
HAR	C01BC03	PROPAFENON	0,3 g		0,3 g					

Tabel 9

		HIV/AIDS	O	P						
HIV	J05AF06	ABACAVIR	0,6 g							
HIV	J05AE05	AMPRENAVIR	1,2 g							
HIV	J05AE08	ATAZANAVIR	0,3 g							
HIV	J05AE10	DARUNAVIR	1,2 g							
HIV	J05AF02	DIDANOSINE	0,4 g							
HIV	J05AG03	EFAVIRENZ	0,6 g							
HIV	J05AF09	EMTRICITABINE	0,2 g							



		HIV/AIDS	O	P					
HIV	J05AR06	EMTRICITABINE met TENOFOVIR met EFAVIRENZ	1 tabl						
HIV	J05AX07	ENFUVRTIDE		0,18 g					
HIV	J05AG04	ETRAVIRINE	0,4 g						
HIV	J05AE07	FOSAMPRENAVIR	1,4 g						
HIV	J05AD01	FOSCARNET		6,5 g					
HIV	J05AB06	GANCICLOVIR	3 g	0,5 g					
HIV	J05AE02	INDINAVIR	2,4 g						
HIV	J05AF05	LAMIVUDINE	0,3 g						
HIV	J05AR02	LAMIVUDINE met ABACAVIR	1 tabl						
HIV	J05AE06	LOPINAVER	0,8 g						
HIV	J05AX09	MARAVIROC	0,6 g						
HIV	J05AE04	NELFINAVIR	2,25 g						
HIV	J05AG01	NEVIRAPINE	0,4 g						
HIV	J05AX08	RALTEGRAVIR	0,8 g						
HIV	J05AE03	RITONAVIR	1,2 g						
HIV	J05AE01	SAQUINAVIR	1,8 g						
HIV	J05AF04	STAVUDINE	80 mg						
HIV	J05AF07	TENOFOVIR DISOPROXIL	0,245 g						
HIV	J05AR03	TENOFOVIR DISOPROXIL met EMTRICITABINE	1 tabl						
HIV	J05AE09	TIPRANAVIR	1 g						
HIV	J05AB14	VALGANCICLOVIR	0,9 g						
HIV	J05AF01	ZIDOVUDINE	0,6 g	0,6 g					
HIV	J05AR01	ZIDOVUDINE met LAMIVUDINE	2 tabl						
HIV	J05AR04	ZIDOVUDINE met LAMIVUDINE met ABACAVIR	2 tabl						

Tabel 10

		Kanker	O	P					
KAN	L03AC01	ALDESLEUKINE		0,2 mg					
KAN	L01XX01	AMSACRINE		1 VS					
KAN	L01XX25	BEXAROTEN	1 VS						
KAN	L01DC01	BLEOMYCINE		1 VS					
KAN	L01XX32	BORTEZOMIB		1 VS					
KAN	L01AB01	BUSULFAN	1 VS						
KAN	L01BC06	CAPECITABINE	1 VS						
KAN	L01AA02	CHLOORAMBUCIL	1 VS						
KAN	L01XA01	CISPLATINE		1 VS					
KAN	L01AA01	CYCLOFOSFAMIDE	1 VS	1 VS					
KAN	L01BC01	CYTARABINE		1 VS					
KAN	L01AX04	DACARBAZINE		1 VS					
KAN	L01DA01	DACTINOMYCINE		1 VS					
KAN	L01XE06	DASATINIB	1 VS						
KAN	L01DB02	DAUNORUBICINE		1 VS					
KAN	L01DB03	EPIRUBICINE		1 VS					
KAN	L01XE03	ERLOTINIB	1 VS						
KAN	L01XX11	ESTRAMUSTINE	1 VS						
KAN	L01CB01	ETOPOSIDE	1 VS	1 VS					
KAN	L01XE10	EVEROLIMUS	1 VS						
KAN	L03AA02	FILGRASTIM		0,35 mg					
KAN	L01BB05	FLUDARABINE	1 VS						
KAN	L01BC02	FLUOROURACIL		1 VS					
KAN	L01XE02	GEFITINIB		1 VS					
KAN	L01XX05	HYDROXYCARBAMIDE	1 VS						
KAN	L01DB06	IDARUBICINE		1 VS					
KAN	L01XE01	IMATINIB	1 VS						
KAN	L01XE07	LAPATINIB	1 VS						
KAN	L04AX04	LENALIDOMIDE	10 mg						
KAN	L03AA10	LENOGRASTIM		0,35 mg					



		Kanker	O	P					
KAN	L01AD02	LOMUSTINE	1 VS						
KAN	L01AA03	MELFALAN	1 VS	1 VS					
KAN	L01BB02	MERCAPTOPYRINE	1 VS						
KAN	L01DC03	MITOMYCINE		1 VS					
KAN	L01XX23	MITOTAAN	1 VS						
KAN	L01DB07	MITOXANTRON		1 VS					
KAN	L01XE08	NILOTINIB	1 VS						
KAN	L03AA13	PEGFILGRASTIM		0,3 mg					
KAN	L01XB01	PROCARBAZINE	1 VS						
KAN	L01XE05	SORAFENIB	1 VS						
KAN	L01XE04	SUNITINIB	1 VS						
KAN	L01BC53	TEGAFUR, COMBINATIES	1 VS						
KAN	L01AX03	TEMOZOLOMIDE	1 VS						
KAN	L01CB02	TENIPOSIDE		1 VS					
KAN	L01AC01	THIOTEPA		1 VS					
KAN	L01BB03	TIOGUANINE	1 VS						
KAN	L01XX17	TOPOTECAN	1 VS						
KAN	L01XX14	TRETINOINE	1 VS						
KAN	L01CA01	VINBLASTINE		1 VS					
KAN	L01CA02	VINCRISTINE		1 VS					

Tabel 11

		Nieraandoeningen	O	P					
NIE	B03XA02	DARBEPOETINE ALFA		4,5 mcg					
NIE	B03XA01	EPOETINE		1000 IE					
NIE	V03AE03	LANTHAANCARBONAAT	2,25 g						
NIE	B03XA03	METHOXYPOLYETHYLEENGLYCOL EPOETINE BETA		4 mcg					
NIE	V03AE01	POLYSTYREENSULFONZUUR	45 mg						
NIE	V03AE02	SEVELAMER	6,4 g						

Tabel 12

		Ziekte van Parkinson	O	P	TD				
PAR	N04BB01	AMANTADINE	0,2 g						
PAR	N04BC07	APOMORFINE		20 mg					
PAR	N04BC01	BROMOCRIPTINE	40 mg						
PAR	N04BX02	ENTACAPON	1 g						
PAR	N04BA03	LEVODOPA met DECARBOXYLASE- en COMT-REMMER	0,45 g						
PAR	N04BA02	LEVODOPA met DECARBOXYLASEREMMER	0,6 g						
PAR	N04BC02	PERGOLIDE	3 mg						
PAR	N04BC05	PRAMIPEXOL	2,5 mg						
PAR	N04BD02	RASAGILINE	1 mg						
PAR	N04BC04	ROPINIROL	6 mg						
PAR	N04BC09	ROTIGOTINE			6 mg				
PAR	N04BD01	SELEGILINE	5 mg						
PAR	N04BX01	TOLCAPON	0,45 g						

Tabel 13

		Psychische aandoeningen	O	P	P (depot)	R	TD	SL	
GGZ	N07BB03	ACAMPROSAAT	2 g						
GGZ	N06AX22	AGOMELATINE	25 mg						
GGZ	N06AA09	AMITRIPTYLINE	75 mg	75 mg					
GGZ	N05AX12	ARIPRAZOL	15 mg	15 mg					
GGZ	N06BA09	ATOMOXETINE	80 mg						
GGZ	N05AD07	BENPERIDOL	1,5 mg						
GGZ	N05AD06	BROOMPERIDOL	10 mg	10 mg	3,3 mg				



		Psychische aandoeningen	O	P	P (depot)	R	TD	SL		
GGZ	N07BC01	BUPRENORFINE						8 mg		
GGZ	N07BC51	BUPRENORFINE, COMBINATIES						8 mg		
GGZ	N06AX12	BUPROPION	0,3 g							exclusief (genees)middelen bij stoppen met roken
GGZ	N05BE01	BUSPIRON	30 mg							
GGZ	N05AA01	CHLOORPROMAZINE	0,3 g	0,1 g		0,3 g				
GGZ	N05AF03	CHLOORPROTIXEEN	0,3 g	50 mg						
GGZ	N05CC01	CHLORALHYDRAAT	1 g			1 g				
GGZ	N06AB04	CITALOPRAM	20 mg	20 mg						
GGZ	N06AA04	CLOMIPRAMINE	0,1 g	0,1 g						
GGZ	N05AH02	CLOZAPINE	0,3 g	0,3 g						
GGZ	N07BB01	DISULFIRAM	0,2 g							
GGZ	N06AA16	DOSULEPINE	0,15 g							
GGZ	N06AA12	DOXEPINE	0,1 g	0,1 g						
GGZ	N06AX21	DULOXETINE	60 mg							
GGZ	N06AB10	ESCITALOPRAM	10 mg							
GGZ	N06AF03	FENELZINE	60 mg							
GGZ	N05AB02	FLUFENAZINE	10 mg		1 mg					
GGZ	N06AB03	FLUOXETINE	20 mg							
GGZ	N05AF01	FLUPENTIXOL	6 mg		4 mg					
GGZ	N05AG01	FLUSPIRILEEN			0,7 mg					
GGZ	N06AB08	FLUVOXAMINE	0,1 g							
GGZ	N06DA04	GALANTAMINE	16 mg							
GGZ	N05AD01	HALOPERIDOL	8 mg	8 mg	3,3 mg					
GGZ	N05BB01	HYDROXYZINE	75 mg	75 mg						
GGZ	N06AA02	IMIPRAMINE	0,1 g	0,1 g						
GGZ	N05AN01	LITHIUM	24 mmol							
GGZ	N06AA21	MAPROTILINE	0,1 g	0,1 g						
GGZ	N06DX01	MEMANTINE	20 mg							
GGZ	N07BC02	METHADON	25 mg	25 mg						
GGZ	N06BA04	METHYLFENIDAAT	30 mg							
GGZ	N06AX03	MIANSERINE	60 mg							
GGZ	N06AX11	MIRTAZAPINE	30 mg							
GGZ	N06AG02	MOCLOBEMIDE	0,3 g							
GGZ	N07BB04	NALTREXON	50 mg							
GGZ	N06AA10	NORTRIPTYLINE	75 mg	30 mg						
GGZ	N05AH03	OLANZAPINE	10 mg	10 mg	10 mg					
GGZ	N05AX13	PALIPERIDON	6 mg		2,5 mg					
GGZ	N06AB05	PAROXETINE	20 mg							
GGZ	N05AG03	PENFLURIDOL	6 mg							
GGZ	N05AB03	PERFENAZINE	30 mg	10 mg	7 mg	16 mg				
GGZ	N05AC01	PERICIAZINE	50 mg	20 mg						
GGZ	N05AG02	PIMOZIDE	4 mg							
GGZ	N05AD05	PIPAMPERON	0,2 g							
GGZ	N05AH04	QUETIAPINE	0,4 g							
GGZ	N05AX08	RISPERIDON	5 mg		2,7 mg					
GGZ	N06DA03	RIVASTIGMINE	9 mg				9,5 mg			
GGZ	N05AE03	SERTINDOL	16 mg							
GGZ	N06AB06	SERTRALINE	50 mg							
GGZ	N05AL01	SULPIRIDE	0,8 g	0,8 g						
GGZ	N06AF04	TRANLYCYPROMINE	10 mg							
GGZ	N06AX05	TRAZODON	0,3 g							
GGZ	N06AX16	VENLAFAXINE	0,1 g							
GGZ	N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	30 mg	30 mg	15 mg					

Tabel 14

		Reuma	O	P	R					
REU	L04AB04	ADALIMUMAB		2,9 mg						



		Reuma	O	P	R					
REU	L04AC03	ANAKINRA		0,1 g						
REU	M01CB03	AURANOFINE	6 mg							
REU	M01CB01	AUROTHIOBARNSTEENZUUR		2,4 mg						
REU	L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL		14 mg						
REU	L04AB01	ETANERCEPT		7 mg						
REU	L04AB06	GOLIMUMAB		1,66 mg						
REU	P01BA02	HYDROXYCHLOROQUINE	516 mg ¹							
REU	L04AB02	INFLIXIMAB		3,75 mg						
REU	L04AA13	LEFLUNOMIDE	20 mg							
REU	L01BA01	METHOTREXAAT		3,571 mg						
REU	L04AX03	METHOTREXAAT	2,5 mg							
REU	A07EC01	SULFASALAZINE	2 g		2 g					

¹ WHO DDD-waarde is 516 mg (base), is gelijk aan 666mg (sulfaat) vlgns Z-index.

Tabel 15

		Schildklieraandoeningen	O	P						
THY	H03BB01	CARBIMAZOL	15 mg							
THY	H03AA01	LEVOTHYROXINE	0,15 mg	0,15 mg						
THY	H03AA02	LIOTHYRONINE	60 mcg	60 mcg						
THY	H03BA02	PROPYLTHIOURACIL	0,1 g							
THY	H03AA05	SCHILDKLIER PREPARATEN	150 mg							
THY	H03BB02	THIAMAZOL	10 mg							

Tabel 16

		Transplantaties	O	P						
TRA	L04AX01	AZATHIOPRINE	0,15 g	0,15 g						
TRA	L04AD01	CICLOSPORINE	0,25 g	0,25 g						
TRA	L04AA18	EVEROLIMUS	1,5 mg							
TRA	L04AA06	MYCOFENOLZUUR	2 g	2 g						
TRA	L04AA10	SIROLIMUS	3 mg							
TRA	L04AD02	TACROLIMUS	5 mg	5 mg						

Tabel 17

		Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	O	R						
CRO	A07EA04	BETAMETHASON		100 ml						
CRO	A07EA06	BUDESONIDE	9 mg	1 tabl						
CRO	A07EC02	MESALAZINE	1,5 g	1,5 g						
CRO	A07EC03	OLSALAZINE	1 g							



TOELICHTING

1. Algemeen

Met deze regeling is de Regeling zorgverzekering (Rzv) gewijzigd in verband met:

- a. het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (verder te noemen: Zvw-pakket);
- b. het aanwijzen van zorg die voorwaardelijk wordt toegelaten tot het Zvw-pakket;
- c. het verhogen van de eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg (elp-zorg) die ook voor verzekerden onder de achttien jaar geldt;
- d. het invoeren van een eigen bijdrage voor tweedelijnsgeestelijke gezondheidszorg (tweedelijns-ggz) voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
- e. het logischer regelen van de eigen bijdrage voor bijzondere tandheeskunde;
- f. het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie en hulpmiddelen in verband met beperkingen in het spreken, zoals het College voor zorgverzekeringen heeft geadviseerd op 14 februari 2011 (Uitgave CVZ, nr. 296-a).
- g. het invoeren van een eigen bijdrage voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met tweedelijns-ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
- h. het indexeren van de eigen bijdragen Zvw zoals dat jaarlijks geschiedt;
- i. het beperken van de aanspraak op maagzuurremmers;
- j. het vervangen van bijlage 9 door een nieuwe bijlage 9.

De getroffen maatregelen, genoemd onder a, c, d, g, en i, zijn noodzakelijk vanwege de budgettaire problematiek in 2011 van circa € 1,1 miljard (Kamerstukken II 2010/11, 32780-XVI, nr. 3). Deze problematiek heeft een structureel karakter.

Met de maatregel genoemd in onderdeel f wordt een volgende stap gezet in het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg, een traject dat met ingang van 1 januari 2009 in gang is gezet. Met het functiegericht omschrijven kunnen innovaties makkelijker instromen en hebben zorgverzekeraars meer mogelijkheden voor zorg op maat. Bovendien wordt zo onnodige regelgeving vermeden.

In de artikelsgewijze toelichting wordt op de maatregelen verder ingegaan.

2. Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Vanwege pakketmaatregelen is het van belang dat de Zvw-aanspraken op het terrein van de ggz scherper worden geformuleerd. Dit kan bijvoorbeeld door daar waar dit wenselijk is behandelingen voor bepaalde eenduidig omschreven indicaties van het pakket uit te sluiten, zoals bijvoorbeeld bij plastische chirurgie ook is geregeld. Daartoe is uiterlijk eind 2012 advies van het CVZ voor een scherpere pakketafbakening in de ggz noodzakelijk. Voor de korte termijn biedt dit geen oplossing voor de budgettaire problematiek. Op korte termijn is het wél haalbaar om de behandeling van complete stoornissen uit het pakket te verwijderen. Vandaar dat – vooruitlopend op het CVZ-advies – ervoor is gekozen om per 2012 de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het pakket te verwijderen. Deze aandoening (met symptomen die verwant zijn aan depressieve- of angstsymptomen) is niet van dien aard dat ze een specifieke diagnose ‘angststoornis’ of ‘depressie’ rechtvaardigt. Gezien de aard van de klachten is de aandoening aanpassingsstoornis een relatief lichte DSM-IV diagnose. Deze uitsluiting is door toevoeging van een nieuw onderdeel aan artikel 2.1 van de Rzv geregeld.

Onderdeel B

In het nieuwe artikel 2.2 is behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie tot 1 januari 2016 voorwaardelijk tot het pakket toegelaten. Deze behandeling komt ten laste van de zorgverzekering indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. Het onderzoek strekt ertoe om dusdanige gegevens te verzamelen dat, aan de hand van advies van het CVZ op basis van de onderzoeksresultaten, in 2015 kan worden besloten of de behandeling per 1 januari 2016 onvoorwaardelijk tot het Zvw-pakket wordt toegelaten.



Onderdeel C

Het nieuwe artikel 2.3 van de Rzv regelt de eigen bijdrage voor behandeling in de ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

In het eerste lid van artikel 2.3 is de eigen bijdrage voor elp-zorg geregeld. Deze eigen bijdrage is per 1 januari 2012 verhoogd van € 10 naar € 20 per zitting.

Voor een internetbehandeltraject is een eigen bijdrage van € 50 geregeld.

Met het tweede lid zijn de nieuwe eigen bijdragen voor de tweedelijns-ggz geregeld. Deze bedraagt € 100 voor een diagnose behandeling combinatie (dbc) tot honderd minuten en € 200 voor een dbc vanaf honderd minuten.

In het derde lid is geregeld dat daarvoor geldt dat de zorg is ontvangen op de datum waarop de dbc is geopend. De declaratie wordt immers toegerekend aan de datum van openen van de dbc (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 8). Indien een verzekerde in een kalenderjaar achttien jaar wordt, is hij de eigen bijdrage verschuldigd als de dbc wordt geopend nadat hij deze leeftijd bereikt heeft. Wordt de dbc geopend voordat hij achttien jaar is, dan is hij geen eigen bijdrage verschuldigd.

In het vierde lid is geregeld dat de bijdragen voor dbc's niet meer bedraagt dan € 200 per kalenderjaar. In het vijfde lid is geregeld dat geen eigen bijdrage geldt indien er sprake is van een dbc voor indirecte tijd of een dbc voor crisis dan wel indien ggz wordt verleend aan een verzekerde, die met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder h, van die wet. In laatstbedoelde bepaling is het begrip psychiatrisch ziekenhuis gedefinieerd als een door Onze Minister als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan, gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestesvermogens en mede geschikt is voor de desbetreffende categorie van met toepassing van hoofdstuk VI, § 1, of hoofdstuk VIII van de Wet Bopz opgenomen personen.

Onderdeel D

Met het wijzigen van artikel 2.4, eerste lid, van de Rzv is uitvoering gegeven aan advies van het CVZ van 1 juni 2010¹.

Binnen de bijzondere tandheelkunde zijn verschillende patiëntengroepen aan te merken:

- 'tandheelkundig gehandicapten' (artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering);
- 'niet-tandheelkundige lichamelijk of geestelijk gehandicapten' waaronder begrepen 'angstpatiënten' (artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering);
- 'medisch gecompromitteerden' (artikel 2.7, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit zorgverzekering).

Bij het invoeren van de bijdrage in geval van bijzondere tandheelkunde was uitgangspunt dat verzekerden met een 'tandheelkundige handicap' financieel niet bevoordeeld mochten worden ten opzichte van patiënten zonder die aandoening.

Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap was dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kon worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg.

De opsomming van behandelingen waarvoor een bijdrage verschuldigd is, dateert uit 1995 en is sinds die tijd aangevuld met behandelingen die (buiten de 'bijzondere tandheelkunde') niet langer meer tot de aanspraken/verzekerde prestatie worden gerekend (preventief onderzoek, incidenteel consult en extractie). Het verdient daarom aanbeveling het criterium voor de bijdrage niet langer te stelen op de aard van de behandeling, maar op de relatie tot de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Met inachtneming van de hiervoor genoemde uitgangspunten is de bepaling gewijzigd.

De gewijzigde bepaling houdt in dat verzekerden een bijdrage zijn verschuldigd wanneer er geen rechtstreeks verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Verzekerden zijn geen bijdrage verschuldigd wanneer er een rechtstreeks verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

De effecten van de wijziging voor de verschillende patiënten beschreven zijn als volgt te benoemen:
Tandheelkundig gehandicapten

- Schisis (indicatie voor bijzondere tandheelkunde) patiënten zijn geen bijdrage verschuldigd voor

¹ Signalement Mondzorg 2010, publicatie CVZ, volgnummer: 29075178.



een frameprothese ter overbrugging van schisis. Deze patiënten zijn bijvoorbeeld wel een bijdrage verschuldigd voor de behandeling van een gaatje (geen indicatie voor bijzonder tandheelkunde) in de onderkaak.

Niet-tandheelkundige lichamelijk of geestelijk gehandicapten

- Epilepsie (indicatie voor bijzondere tandheelkunde) patiënten zijn geen bijdrage verschuldigd als de behandeling in relatie staat tot de indicatie voor bijzondere tandheelkunde (schade aan het gebit door een epileptische aanval). Voor andere tandheelkundige benadelingen betalen zij wel een bijdrage.
- Patiënten met bepaalde stoornissen aan het bewegingapparaat (indicatie voor bijzondere tandheelkunde), die door middel van met de mond te bedienen apparatuur hun handicap kunnen compenseren betalen geen bijdrage voor tandheelkundige hulp die nodig is om de bediening van de apparatuur mogelijk te maken. Voor andere tandheelkundige benadelingen betalen zij wel een bijdrage.

Angstpatiënten

- Angstpatiënten hebben vanwege hun angst recht op bijzondere tandheelkundige hulp maar betalen wel een bijdrage omdat de indicatie voor bijzondere tandheelkunde (de angst) niet in relatie staat tot de indicatie voor een tandheelkundige behandeling.

Medisch gecompromitteerden

- Oncologie (indicatie voor bijzondere tandheelkunde) patiënten zijn bijvoorbeeld geen bijdrage verschuldigd voor het herstel van de tandheelkundige functie.

Onderdeel E, M (voor zover het artikel 2.26, onderdeel i, betreft) en N (voor zover het artikel 2.31 betreft)

Artikel 2.6 is gewijzigd ten einde functiegerichte omschrijvingen in te voeren van de hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie (onderdeel f, zie voor een nadere toelichting hierop de toelichting op de onderdelen H, J, I, M en N), en in verband met beperkingen in het spreken (onderdeel s).

Onder de in onderdeel s opgenomen functiegerichte omschrijving vallen onder andere de spraakvervangende hulpmiddelen zoals de letter- of symbolensets en -borden, (draagbare) communicatieapparatuur (zowel tekst- als plaatjessystemen) en apparatuur voor synthetische spraak. Het kan hierbij echter ook gaan om softwaretoepassingen voor een computer of een ander systeem.

Verzekerden die hiervoor in aanmerking kunnen komen, zijn mensen met ernstige taal-/ spraakstoornissen die nauwelijks tot niet meer kunnen spreken. Dit communicatieprobleem kan het gevolg zijn van stoornissen in de functie stem en spraak of van stoornissen in een mentale functie gerelateerd aan taalexpressie.

Hulpmiddelen ter correctie van de vloeiendheid van spreken (stotteren) vallen niet onder deze functiegerichte omschrijving, omdat deze hulpmiddelen in termen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-classificatie) de functiestoornis 'vloeiendheid van spreken' corrigeren en niet een beperking in het spreken compenseren. Op deze wijze is door middel van de ICF-classificatie een onderscheid gemaakt tussen 'gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen' en 'welzijnsgerelateerde hulpmiddelen'. Hulpmiddelen die ingrijpen op een stoornisniveau vallen onder de eerste categorie (classificatie functies en anatomische eigenschappen in de ICF) en hulpmiddelen die een compensatie bieden aan een beperking vallen onder de tweede categorie (classificatie activiteiten en participatie in de ICF).

In de functiegerichte omschrijving is opgenomen dat het hulpmiddel 'gerelateerd' moet zijn aan beperkingen in het spreken. Dit 'gerelateerd aan' heeft tot doel om algemeen gebruikelijke voorzieningen niet onder de te verzekeren prestatie te laten vallen. Gerelateerd aan houdt in dat er een relatie moet zijn tussen specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt en de functiestoornis. Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Een voorbeeld hiervan is een computer. Dit hulpmiddel beschikt niet over specifieke functionaliteiten. De aanschaf van een computer is voor mensen zonder beperkingen dan ook een normale zaak. Specifieke software met spraakuitvoer kan daarentegen wel gerelateerd zijn aan beperkingen in het spreken en komt om die reden mogelijk voor vergoeding in aanmerking. Indien een verzekerde kan volstaan met een algemeen gebruikelijk hulpmiddel, is een verzekerde redelijkerwijs niet aangewezen op een hulpmiddel op grond van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 2.26, onderdeel i, waarin tot 2012 de spraakvervangende hulpmiddelen waren opgenomen, vervalt met de invoering van deze functiegerichte omschrijving.

De onderdelen x en bb van artikel 2.6 vervallen vanwege de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie.



Artikel 2.6, onderdeel cc, en artikel 2.31 vervallen omdat de Bone Anchored Hearing Aid (BAHA) per 1 januari 2012 geheel onder de dbc-financiering is gebracht en daarmee geheel onder de medisch-specialistische zorg valt. Daarmee kan het uit de hulpmiddelenzorg worden verwijderd. De operatie en het aanbrengen van de eerste BAHA viel al onder de medisch-specialistische zorg.

Onderdelen F, G, H (voor zover het de aanpassing van de bedragen betreft), I, K, Q en R

De in deze bepalingen genoemde bedragen worden jaarlijks trendmatig aangepast. De aanpassingen in deze regeling betreffen de aanpassingen voor 2012, zoals op 30 mei 2011, ZA/201154126, geadviseerd door het CVZ.

Onderdelen H, J, M (voor zover het artikel 2.26, onderdelen c, e en g betreft), N (voor zover het artikel 2.30 betreft) en O

In artikel 2.13 is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie nader vormgegeven. Uit de nieuwe omschrijving in artikel 2.6, onderdeel f, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de aangevraagde voorziening en de stoornis in de visuele functie. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken schaffen mensen zonder visuele beperking in het algemeen niet aan.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Ook mensen zonder stoornis in de visuele functie schaffen dergelijke hulpmiddelen aan. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

Uitgaande van de ICF-classificatie kan een splitsing worden gemaakt tussen de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie (classificatie functies) en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor de beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie activiteiten en participatie). Deze splitsing is tot uitdrukking gebracht in de onderdelen a en b van het eerste lid.

Onder de functiegerichte omschrijving in het eerste lid, onderdeel a, vallen hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de visuele functie te verbeteren. Het gaat om de groep hulpmiddelen die in voorgaande regelgeving werd aangeduid als 'gezichtshulpmiddelen'. Deze hulpmiddelen kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld te weten: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Op grond van het tweede lid, onderdeel a, en het derde lid vallen gewone brillen en contactlenzen zonder medische indicatie niet onder de te verzekeren prestatie. Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen.

Onder de bijzondere optische hulpmiddelen vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen etc. Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen.

Ook ptosisbrillen en kapenbrillen vallen onder te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om hulpmiddelen die compensatie bieden voor functieverlies van het ooglid respectievelijk de traanklieren (functies van aan het oog verwante structuren).

Kunsttranen worden op grond van de Medev (juli 2001) – een Europese richtlijn over hulpmiddelen – beschouwd als geneesmiddel. Deze middelen vallen daarmee niet onder de hulpmiddelenzorg.

In het derde lid is het indicatiegebied voor lenzen omschreven. Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:

- een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
- grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
- sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
- keratoconus en hoornvliestransplantatie.

Ook zijn er indicaties waarbij een gekleurde of ingekleurde contactlens een aanzienlijke verbetering in het gezichtsvermogen dan wel een optimale benutting van de kwaliteit van de restvisus kan opleveren in vergelijking met filterglazen. Het gaat daarbij onder meer om aandoeningen als achromatopsie, albinisme of personen met irisaandoeningen (aniridie, iriscoloboma).

Een sclerale lens is aangewezen wanneer een corneale lens niet past of de visus niet te corrigeren is met een corneale lens. Ook kan het zijn dat er klachten of intoleranties optreden bij gebruik van een corneale lens. In het vierde lid is de eigen bijdrage voor lenzen geregeld.



Ook afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog) dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en vallen daarmee onder deze te verzekeren prestatie.

Onder de functiegerichte omschrijving in het eerste lid, onderdeel b, vallen twee soorten hulpmiddelen, te weten:

- hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
- hulpmiddelen ter compensatie in beperkingen bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.

Bij de eerste categorie hulpmiddelen gaat het om een groot scala aan hulpmiddelen die mensen met een visuele beperking gebruiken voor hun communicatie en informatievoorziening. Hieronder vallen voorzieningen zoals in- en uitvoerapparatuur voor computers, grootlettersoftware, spraaksoftware voor mobiele telefoons, beeldschermloepen en voorleesapparatuur/-programmatuur waaronder apparatuur voor het voorlezen van Daisy-lectuur en TV-ondertiteling. Van belang is dat deze hulpmiddelen compenseren bij beperkingen in het lezen en/of schrijven van teksten en gebruik van telecommunicatieapparatuur, waarbij er een relatie moet bestaan tussen het specifieke hulpmiddel en de visuele stoornis. Een dergelijke relatie is bij een computer of mobiele telefoon (waaronder smart-phone) niet aanwezig, maar wel bij de specifiek voor blinden en slechtzienden op de markt gebrachte hulpmiddelen – bijvoorbeeld een brailleleesregel of spraaksoftware – die de computer of mobiele telefoon toegankelijk maakt voor mensen met een visuele beperking.

Uitgangspunt bij de hulpmiddelenzorg is dat het gaat om functionerende hulpmiddelen. Dit betekent dat hulpmiddelen gebruiksklaar worden afgeleverd zodat de verzekerde ermee aan de slag kan. Onder het gebruiksklaar afleveren van deze apparatuur valt onder meer de programmatuur die nodig is om de apparatuur te laten werken, de noodzakelijke updates en upgrades, installatie, instructie en nazorg. Op grond van het tweede lid, onderdeel b, vallen eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven niet onder de te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om eenvoudige, relatief goedkope hulpmiddelen, zoals een reglette met prikpen, braillelettertang of -schijf, braillefolie, -labels en -papier, handschriftgeleiders, agenda's en kalenders in grootletterschrift, notitieblokken, toetsenbordstickers, eenvoudige hand- en standloepen en leeslinialen.

Ook grootletter- en luisterboeken vallen hieronder. Dergelijke lectuur kan zonder meerkosten geleend worden bij openbare of anderslezenbibliotheken.

Bij de tweede categorie gaat het om hulpmiddelen voor de oriëntatie en/of het omzeilen van obstakels, waarmee de mensen met een visuele beperking in staat zijn de weg te verkennen en zich veilig, adequaat en zelfstandig te kunnen verplaatsen in het verkeer. Het gaat daarbij om hulpmiddelen zoals de blindentaststok en blindengeleidehond.

Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op een blindengeleidehond, indien deze hond een substantiële bijdrage levert aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijk verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen.

Omdat blindentaststokken, blindengeleidehonden en tactielleesapparaten vallen onder de functiegerichte omschrijving zoals die in het nieuwe artikel 2.13 is geregeld, zijn artikel 2.17, onderdeel c, artikel 2.30 en artikel 2.34, eerste lid, onderdeel a, vervallen. Dit laatste geldt ook voor een aantal in artikel 2.26 opgenomen communicatiehulpmiddelen voor zover specifiek bedoeld voor visueel beperkten.

Onderdeel L

Zoals het CVZ voorstelt zijn de eetapparaten, conform de ICF-classificatie, vanaf 1 januari 2012 geschaard onder artikel 2.35 van de Rzv. Hierdoor kan artikel 2.24, eerste lid, onderdeel d, per 1 januari 2012 vervallen.

Onderdeel P

In de nieuwe paragraaf 1.4a en het daarin opgenomen nieuwe artikel 2.36a, is voor verzekerden van achttien jaar en ouder de eigen bijdrage voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met ggz geregeld. De hoogte van deze eigen bijdrage voor ggz-verblijf is € 145 per maand. Het bedrag van € 145 komt overeen met de eigen bijdrage die de laagste inkomensgroep bij verblijf in een AWBZ-instelling moet betalen indien een eigen bijdrage op grond van artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd is. Besloten is deze bijdrage niet te heffen gedurende de eerste maand van verblijf. Omdat een maand niet altijd even veel dagen heeft, is geregeld dat geen bijdrage verschuldigd is gedurende de eerste eenendertig dagen van verblijf. Voor de berekening van de eenendertig dagen telt, ingevolge het tweede lid, een onderbreking van ten hoogste zeven dagen niet mee. Na die onderbreking loopt de telling gewoon door. De dagen van onderbreking zelf tellen niet mee voor de berekening van de eigen bijdrage. Bijvoorbeeld als de verzekerde op dag twintig wordt ontslagen en na vier dagen weer wordt opgenomen, is die eerste dag voor de eigen bijdrage dag eenentwintig. Indien de verzekerde een gedeelte van de maand is opgenomen, wordt het bedrag naar rato verlaagd.



De berekening daarvoor is dat de maandbijdrage van € 145 wordt vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover die bijdrage is verschuldigd, gedeeld door 365.

De eigen bijdrage voor verblijf is verschuldigd naast de eigen bijdrage die op grond van artikel 2.3 voor de behandel-DBC waar ook verblijf aan is gekoppeld, betaald moet worden.

De uitzonderingen die geregeld zijn in artikel 2.3, tweede lid, zijn niet van toepassing op de eigen bijdrage voor verblijf. Met andere woorden verzekerden van achttien jaar en ouder die een DBC voor indirecte tijd of een DBC voor crisis ontvangen of die met toepassing van Wet Bopz voor rekening van de Zvw zijn opgenomen, zijn na een verblijf van meer dan eenendertig dagen een eigen bijdrage van € 145 per maand verschuldigd.

Een verblijf langer dan 365 dagen komt ten laste van de AWBZ. Vanaf dat moment betaalt de verzekerde voor dat verblijf met de daarbij behorende zorg, de AWBZ-bijdrage.

Onderdeel S

Het belang van het gebruik van maagzuurremmers wordt niet in twijfel getrokken. Omdat echter bij kortdurend gebruik de maagzuurremmers doorgaans gebruikt worden voor aandoeningen met lage ziektelast en de kosten voor de patiënt zeer beperkt zijn, is tot deze maatregel besloten. Omdat bij langdurig gebruik doorgaans zowel wat betreft ziektelast als wat betreft de kosten de situatie anders is, is besloten om een uitzondering te maken voor patiënten die deze middelen chronisch gebruiken. Als de maagzuurremmers worden voorgeschreven voor een chronische aandoening, en het te verwachten gebruik langer zal duren dan zes maanden, worden de maagzuurremmers nog wel vergoed, behalve voor het allereerste recept. Het allereerste recept moet dan wel door de patiënt zelf betaald worden.

Onderdeel T

De compensatieregeling voor het eigen risico wordt jaarlijks geactualiseerd. De CER-groepen zoals gedefinieerd voor de CER 2010 zijn uitgebreid met nieuwe werkzame stoffen/ATC-codes, die in 2010 voor het eerst in de G-Standaard van Z-Index voorkomen.

Voorts is de vormgeving van de DDD-waarde voor de CER-groep Kanker gelijkgeschakeld met de gewijzigde uitvoering van de uitkering op grond van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten. Dat betekent dat de DDD-waarde gelijk is aan één voorschrift, ongeacht de afgeleverde hoeveelheid of sterkte van het betreffende geneesmiddel. Praktisch betekent dat, dat in het DDD-referentiebestand de DDD-factor een vaste waarde van 181 krijgt.

De DDD-waarde van de parenterale toediening van methothrexaat (ATC-code L01BA01) in de CER-groep Reuma is gewijzigd van 10 mg per dag in 25 mg per week (dat is omgerekend 3,571 mg per dag).

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