

132

Besluit van 27 maart 1986, houdende vaststelling vergoedingen particulier verzekerden (vergoedingen- besluit particulier verzekerden)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 10 januari 1986, DGVGZ/VTA/VZ, nr. 325799;

Gelet op artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen;

Gehoord het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (advies van 5 november 1985, V/550/85/WJW/WR);

De Raad van State gehoord (advies van 14 maart 1986, No. W 13.86.0031/17.6.10.);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 20 maart 1986, DGVGZ/VTA/VZ, nr. 32220;

Hebben goedgevonden en verstaan:

§ 1. Begripsbepalingen

Artikel 1

Dit besluit verstaat onder:

- a. Onze Minister: Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
- b. specialist: een arts die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- c. tandarts-specialist: een tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie dan wel in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopaedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- d. huisarts: een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- e. geneesmiddelen: geneesmiddelen in de zin van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (Stb. 1958, 408) die uitsluitend verkrijgbaar zijn bij een apotheker of een apotheekhoudende geneeskundige, die is ingeschreven in een in artikel 14, eerste lid, van voornoemde wet bedoeld register, op recept van een huisarts, een specialist, een tandarts-specialist, een tandarts of een verloskundige, en die:
 - 1° zijn geregistreerd overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, of

2° zijn genoemd in bijlage II van het Besluit registratie geneesmiddelen (Stb. 1977, 537), of

3° farmaceutische preparaten zijn als bedoeld in artikel 3, zevende lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;

4° met toestemming van de hoofdinspecteur voor de geneesmiddelen ingevolge artikel 54 van het Besluit bereiding en aflevering farmaceutische producten (Stb. 1977, 538) zijn toegelaten.

§ 2. Te vergoeden vormen van hulp op het gebied van de gezondheidszorg

Artikel 2

De in artikel 2, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen bedoelde verzekeringsovereenkomst omvat naast vergoeding van de kosten van de in artikel 2, tweede lid, van die wet genoemde vormen van hulp vergoeding van de kosten van de navolgende vormen van hulp op het gebied van de gezondheidszorg:

- a. kunst- en hulpmiddelen;
- b. ziekenvervoer;
- c. kraamzorg;
- d. hulp door een audiologisch centrum;
- e. psychiatrische dag- of nachtbehandeling;
- f. niet-klinische haemodialyse;
- g. chronisch intermitterende beademing;
- h. revalidatiedagbehandeling;
- i. hulp door een trombosedienst;
- j. hulp door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek;

een en ander met inachtneming van het bij of krachtens dit besluit bepaalde ter zake van omvang, eigen bijdrage en eigen risico.

§ 3. Voorwaarden voor wat betreft de omvang van de vergoedingen

a. Genees- en heelkundige hulp

Artikel 3

1. Vergoeding van de kosten van genees- en heelkundige hulp omvat de vergoeding van de kosten van

a. genees- en heelkundige hulp, verleend door een huisarts, voor zover deze hulp voor wat betreft de omvang past binnen hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is;

b. niet-klinische genees- en heelkundige hulp, verleend door een specialist, voor zover deze hulp voor wat betreft de omvang past binnen hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is;

c. niet-klinische genees- en heelkundige hulp, verleend vanwege een academisch ziekenhuis;

d. paramedische hulp, verleend door heilgymnasten-masseurs, bedoeld in artikel 41, tweede lid, van de Wet op de paramedische beroepen (Stb. 1963, 113), fysiotherapeuten, bedoeld in het Fysiotherapeutenbesluit 1977 (Stb. 1977, 431), oefentherapeuten-Mensendieck, bedoeld in het Besluit oefentherapeuten-Mensendieck 1979 (Stb. 1980, 563), oefentherapeuten-Cesar, bedoeld in het Besluit oefentherapeuten-Cesar 1980 (Stb. 1981, 491) alsmede logopedisten, bedoeld in het Logopedistenbesluit (Stb. 1980, 477).

2. De vergoeding van de kosten van genees- en heelkundige hulp, bedoeld in het eerste lid, onder b en c, omvat niet de vergoeding van de kosten van door Onze Minister aangewezen soorten van genees- en heelkundige hulp.

b. Verloskundige hulp

Artikel 4

1. Vergoeding van de kosten van verloskundige hulp omvat de vergoeding van de kosten van die hulp, verleend door een specialist, een huisarts of een verloskundige.
2. Onze Minister stelt ten aanzien van de vergoeding van de kosten van niet-medisch noodzakelijke verloskundige hulp, verleend door een specialist, alsmede van verloskundige hulp, verleend door een huisarts onderscheidenlijk een verloskundige een bedrag vast dat ten hoogste wordt vergoed.

c. Tandheeskundige hulp

Artikel 5

1. Vergoeding van de kosten van tandheeskundige hulp omvat de vergoeding van de kosten van die hulp, verleend door een tandarts of een tandarts-specialist.
2. Onze Minister stelt ten aanzien van de vergoeding van de kosten van tandheeskundige hulp de omvang van de vergoeding vast, met dien verstande dat de omvang voor verschillende categorieën van verzekerden verschillend kan worden vastgesteld.

d. Farmaceutische hulp

Artikel 6

Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp omvat de vergoeding van de kosten van door huisartsen, specialisten, tandarts-specialisten en verloskundigen voorgeschreven genees- en verbandmiddelen, met uitzondering van verbandwatten en steriel hydrophile-gaas, voorgeschreven ter zake van verloskundige hulp, verleend door huisartsen of verloskundigen.

e. Verpleging en behandeling in een ziekenhuis

Artikel 7

1. Vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis omvat
 - a. de vergoeding van de kosten van een opname in de derde klasse van een ziekenhuis voor onbepaalde duur, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn;
 - b. door Onze Minister aan te wijzen vormen van transplantatie van weefsels en organen.
2. Vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis met het oog op dagverpleging omvat voorts de vergoeding van de kosten van het onderzoek en de behandeling door specialisten alsmede de daarmee verband houdende verpleging, waaronder begrepen verzorging, gedurende een deel van de dag.
3. Betreffende door Onze Minister aangewezen vormen van transplantatie van weefsels en organen wordt onder de vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling, bedoeld in het eerste lid, onder b, mede begrepen:
 - a. de vergoeding van de kosten, verband houdende met het verkrijgen van het meest passende transplantatiemateriaal;

b. de vergoeding van de kosten van het onderzoek en de behandeling, alsmede de verpleging in het ziekenhuis van de donor, op basis van de klasse waarvoor deze verzekerd is;

c. de vergoeding van de kosten van de aan de donor verleende hulp, voor zover ter zake bij of krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen recht op vergoeding van de kosten bestaat, gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits deze hulp verband houdt met de transplantatie.

Artikel 8

De vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis omvat niet de vergoeding van de kosten van het onderzoek, de behandeling en de verpleging, verband houdende met door Onze Minister aangewezen soorten van onderzoek en behandeling door specialisten.

f. Kunst- en hulpmiddelen

Artikel 9

Vergoeding van de kosten van kunst- en hulpmiddelen omvat de vergoeding van de kosten van:

a. de aanschaf, correctie, vervanging en het herstel van door Onze Minister aangewezen kunst- en hulpmiddelen;

b. de beschikbaarstelling in bruikleen van andere door Onze Minister aangewezen kunst- en hulpmiddelen.

g. Ziekenvervoer

Artikel 10

1. Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer omvat de vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verzekerde in Nederland per ambulance, taxi of auto:

a. naar of van een inrichting waarin hij is opgenomen;

b. naar of van een persoon bij wie de verzekerde een onderzoek of een behandeling heeft ondergaan;

c. naar of van een polikliniek van een academisch ziekenhuis, waar hij een onderzoek of behandeling heeft ondergaan; een en ander voor zover de kosten verband houden met een opname, een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.

2. Vergoeding van de kosten van ziekenvervoer omvat tevens de vergoeding van de kosten van het vervoer naar een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 655), is opgenomen.

3. Onze Minister bepaalt de hoogte van de vergoeding van het vervoer per kilometer, indien het vervoer per auto plaatsvindt.

h. Kraamzorg

Artikel 11

1. Vergoeding van de kosten van kraamzorg omvat de vergoeding van de kosten van kraamzorg, gedurende ten hoogste acht dagen, verleend

a. in een ziekenhuis

b. in een kraaminrichting

c. vanwege een kraamcentrum in de vorm van interne kraamzorg dan wel wijkkraamzorg.

2. Indien de verzekerde in verband met een bevalling verblijft in een kraaminrichting of, zonder medische indicatie, in een ziekenhuis, omvat de vergoeding van de kosten, verband houdende met de aldaar verleende kraamzorg, ten hoogste een door Onze Minister vast te stellen bedrag per dag.

3. Vergoeding van de kosten van kraamzorg omvat tevens de vergoeding van de kosten van vervangende kraamzorg, gedurende ten hoogste acht dagen, tot een door Onze Minister vast te stellen bedrag.

i. Hulp door een audiologisch centrum

Artikel 12

Vergoeding van de kosten van hulp door een audiologisch centrum omvat de vergoeding van de kosten van het daar op voorschrift van een specialist verrichte onderzoek.

j. Psychiatrische dag- of nachtbehandeling

Artikel 13

Vergoeding van de kosten van psychiatrische dag- of nachtbehandeling omvat de vergoeding van de kosten van de behandeling, verleend in een inrichting voor psychiatrische dag- of nachtbehandeling.

k. Niet-klinische haemodialyse

Artikel 14

1. Vergoeding van de kosten van niet-klinische haemodialyse omvat de vergoeding van de kosten van de hulp verleend:

- a. in een dialysecentrum;
- b. ten huize van de verzekerde.

2. De in het eerste lid bedoelde vergoeding omvat:

- a. vergoeding van de kosten van de aan de verzekerde verleende haemodialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling en verpleging;
- b. vergoeding van de kosten, verband houdende met door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding.

3. De in het eerste lid, onder b, bedoelde vergoeding omvat bovendien:

- a. vergoeding van de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat;
- b. vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen;
- c. vergoeding van de kosten, verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- d. vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de haemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan, vervanging inbegrepen, alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de haemodialyse.

4. Vergoeding van de kosten, bedoeld in het derde lid, onder a en b, wordt alleen verleend voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien.

I. Chronisch intermitterende beademing

Artikel 15

1. Vergoeding van de kosten van chronisch intermitterende beademing omvat de vergoeding van de kosten, verband houdende met de mechanische beademing

- a. in een beademingscentrum;
- b. ten huize van de verzekerde.

2. De in het eerste lid, onder a, bedoelde vergoeding omvat:

- a. vergoeding van de kosten van de voor de verzekerde noodzakelijke mechanische beademing;
- b. vergoeding van de kosten van de met de beademing verband houdende specialistische hulp, farmaceutische hulp alsmede verpleging en verzorging gedurende minder dan 24 uur.

3. De in het eerste lid, onder b, bedoelde vergoeding omvat:

- a. vergoeding van de kosten in verband met het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksbaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. vergoeding van de kosten van de met de mechanische beademing verband houdende specialistische hulp, verleend door of vanwege het beademingscentrum.

m. Revalidatiedagbehandeling

Artikel 16

Vergoeding van de kosten van revalidatiedagbehandeling omvat de vergoeding van de kosten van behandeling en verzorging van tijdelijk of blijvend gehandicapten gedurende de dag of een gedeelte daarvan door groepsgewijs samenwerkende specialisten, psychologen en deskundigen op paramedisch, verpleegkundig, maatschappelijk, arbeidskundig en revalidatietechnisch terrein, in het kader van de uitvoering van een door bedoelde personen onder verantwoordelijkheid van de specialist opgesteld behandelingsplan.

n. Hulp door een trombosedienst

Artikel 17

Vergoeding van de kosten van hulp door een trombosedienst omvat vergoeding van de kosten van

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- c. het geven van adviezen aan de behandelend arts omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

o. Hulp door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Artikel 18

1. Vergoeding van de kosten van hulp door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek omvat de vergoeding van de kosten van

- a. het onderzoek van en naar erfelijke afwijkingen;
- b. de erfelijkheidsadviesing;
- c. de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding.

2. In de vergoeding van de kosten, bedoeld in het eerste lid, is tevens begrepen:

- a. de vergoeding van de kosten van het onderzoek van en naar erfelijke afwijkingen bij andere personen, indien de uitkomsten daarvan noodzakelijk zijn voor het aan of ten behoeve van de verzekerde uit te brengen advies;

b. het geven van advies aan of ten behoeve van andere personen dan de verzekerde.

§ 4. Voorwaarden voor wat betreft eigen bijdrage en eigen risico van de vergoedingen

Artikel 19

Onze Minister stelt ten aanzien van de vergoedingen van de kosten van geneeskundige hulp, verleend door specialisten, van tandheelkundige hulp en van de hulp, bedoeld in artikel 2, onder a, b en c, de hoogte vast van de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage onderscheidenlijk het voor de verzekerde geldende eigen risico.

§ 5. Hulp in het buitenland

Artikel 20

1. Vergoeding van de kosten van hulp in het buitenland omvat vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen, van de kosten van niet-klinische specialistische behandeling alsmede van de kosten van behandeling door een huisarts tot ten hoogste 200% van de kosten die zouden zijn vergoed indien de verzekerde met toepassing van dit besluit in Nederland een behandeling zou hebben ondergaan.

2. Vergoeding van de kosten van de in het eerste lid genoemde hulp omvat voorts vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde specialist.

3. Vergoeding van de in het eerste en tweede lid bedoelde kosten wordt niet verleend indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

4. Voor de toepassing van het eerste en tweede lid wordt onder huisarts onderscheidenlijk specialist mede verstaan de huisarts onderscheidenlijk specialist die als zodanig in het buitenland werkzaam is.

§ 6. Slotbepalingen

Artikel 21

Dit besluit, dat kan worden aangehaald als Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, treedt in werking op het tijdstip waarop artikel 2 van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in werking treedt.

Lasten en bevelen dat dit besluit met daarbij behorende toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat daarvan afschrift zal worden gezonden aan de Raad van State.

's-Gravenhage, 27 maart 1986

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
J. P. van der Reijden

Uitgegeven de *zevenentwintigste* maart 1986

De Minister van Justitie,
F. Korthals Altes

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Nederlandse Staatscourant van 8 april 1986, nr. 67

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

a. Inleiding

In de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen is voor de particuliere ziektekostenverzekeraars voorzien in een acceptatieplicht met betrekking tot diegenen die toetreden tot de particuliere ziektekostenverzekering. Deze acceptatieplicht, welke is vastgelegd in artikel 2, eerste lid, van de wet, heeft ten doel aan een aantal categorieën van personen de mogelijkheid te bieden een adequate overeenkomst tot verzekering van ziektekosten bij een particuliere ziektekostenverzekeraar te sluiten. Volledigheidshalve zij vermeld dat het hierbij onder meer gaat om personen die niet langer ingevolge de Ziekenfondswet (Stb. 1964, 392) verzekerd of medeverzekerd zijn of op wie niet langer een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren van toepassing is. Hierbij zij opgemerkt dat bij de invoering van de wet de acceptatieplicht bij uitstek van belang zal zijn voor degenen die voorheen vrijwillig verzekerd waren ingevolge de Ziekenfondswet.

Teneinde deze verzekerden maar ook de overigen die vallen onder artikel 2, eerste lid, van de wet een adequate opvang te bieden, is in deze wet een acceptatieplicht van deze personen opgenomen, waarbij regels zijn gesteld met betrekking tot het voorwerp van deze acceptatieplicht, het zogenaamde standaardpakket.

Op grond van artikel 2, tweede lid, dient de verzekeringsovereenkomst, bedoeld in het eerste lid van artikel 2, vergoeding te omvatten van de belangrijkste in dat lid genoemde vormen van hulp. Het gaat hierbij om:

- geneeskundige hulp, verleend door huisartsen en specialisten;
- tandheelkundige hulp;
- verloskundige hulp;
- farmaceutische hulp en
- verpleging en behandeling in ziekenhuizen.

Bovendien kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nog andere vormen van hulp worden aangewezen tegen de kosten waarvan verzekering moet worden geboden. Tenslotte kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur voorwaarden voor wat betreft omvang, eigen risico en eigen bijdrage ten aanzien van de bij of krachtens het tweede lid van artikel 2 aangegeven categorieën worden gesteld. Het onderhavige besluit strekt ter uitvoering van artikel 2, tweede lid, van de wet.

b. Te vergoeden vormen van hulp op het gebied van de gezondheidszorg

Uitgangspunt bij de vaststelling van het standaardpakket, waarop de acceptatieplicht betrekking heeft, is dat dit zoveel mogelijk aansluit bij het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet. Niettemin zal duidelijk zijn dat het standaardpakket niet in alle opzichten identiek kan zijn aan het ziekenfondspakket. Het betreft hier immers een regeling welke betrekking heeft op het terrein van de particuliere ziektekostenverzekering, waar niet sprake is van het verlenen van verstrekkingen in natura, doch van een restitutiesysteem.

Ook voor wat betreft de wijze van vaststelling van het standaardpakket is een systematiek gevolgd die nauwelijks afwijkt van de regelen die gelden bij de vaststelling van het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet. Dit betekent dat waar mogelijk de vormen van hulp en de omvang daarvan zijn vastgelegd in het onderhavige besluit, terwijl de nadere vaststelling van deze omvang, alsmede de voorwaarden voor wat betreft eigen risico en eigen bijdrage worden gesteld bij ministeriële regeling.

Overeenkomstig de in artikel 2, tweede lid, van de in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen voorziene procedure is het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) gehoord met betrekking tot het voorgestelde standaardpakket. Bij brief van 5 november 1985, V/550/85/WJW/WR, heeft het KLOZ zijn advies terzake uitgebracht. Op basis van dat advies kan worden geconcludeerd dat het KLOZ, gegeven het feit dat bij de vaststelling van het standaardpakket als uitgangspunt geldt dat dit zoveel mogelijk aansluit bij het ziekenfondspakket, zich in grote lijnen met het aan het KLOZ voorgelegde pakket kan verenigen. Wel heeft het KLOZ een aantal kanttekeningen geplaatst bij dat voorstel. Voorzover daartoe aanleiding bestond, is met dat advies, waarop hierna in hoofdlijnen zal worden ingegaan, rekening gehouden. Overigens heeft een belangrijk deel van de door het KLOZ gemaakte opmerkingen betrekking op de op dit besluit te baseren ministeriële regeling, die eveneens voor advies aan het KLOZ was voorgelegd.

In zijn advies is het KLOZ met name ingegaan op de artikelen 1 en 10 van het onderhavige besluit. De opmerkingen met betrekking tot artikel 1 worden in het bijzonder ingegeven door het feit dat de particuliere ziektekostenverzekering, anders dan de ziekenfondsverzekering geen stelsel van medewerkersovereenkomsten kent. Het KLOZ is de mening toegedaan dat dit met zich brengt dat met de in het besluit opgenomen omschrijvingen onvoldoende ongewenste ontwikkelingen kunnen worden tegengegaan. Het KLOZ heeft voorgesteld de begripsomschrijving van de huisarts in artikel 1, onder d, met het oog hierop aan te passen. Met betrekking tot dit voorstel zij opgemerkt dat artikel 1 dient te worden bezien in samenhang met artikel 3, eerste lid. Immers, op grond van artikel 1, onder d, wordt voor de toepassing van het onderhavige besluit onder een huisarts verstaan een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Voorts omvat ingevolge artikel 3, eerste lid, vergoeding van de kosten van genees- en heilkundige hulp alleen de vergoeding van de kosten van de hulp voor zover deze voor wat betreft de omvang past binnen hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is. Op deze wijze is aangesloten bij het in de ziekenfondsverzekering bestaande systeem. Ook in het kader van de ziekenfondsverzekering wordt de vergoeding van niet gebruikelijke vormen van hulp tegengegaan met toepassing van soortgelijke bepalingen. Het advies van het KLOZ ter zake is daarom niet overgenomen.

Het KLOZ heeft voorts er op gewezen dat de particuliere verzekering de farmaceutische hulp niet als afzonderlijke vorm van hulp kent, doch dat deze is begrepen onder bijkomende kosten. Aangezien dit voorstel met zich zou brengen dat in belangrijke mate zou worden afgeweken van het met betrekking tot het verstrekkingenpakket ziekenfondsverzekering geldende systeem, is dit niet overgenomen. Hierbij heeft voorts een rol gespeeld dat het overnemen van het voorstel van het KLOZ ook ertoe zou kunnen leiden dat het voor specialistische hulp verschuldigde eigen risico zich tevens zou uitstrekken tot de farmaceutische hulp.

Ten aanzien van artikel 10 heeft het KLOZ geadviseerd toe te voegen dat vergoeding van de kosten van ziekenvervoer dient te betreffen ziekenvervoer in Nederland. Aangezien dit voorstel deze vorm van hulp verduidelijkt is dit overgenomen. Omdat echter de vervanging in het eerste lid van inrichting door ziekenhuis of kraaminrichting en van persoon door specialist of fysiotherapeut een beperking zou inhouden, is de oorspronkelijke tekst gehandhaafd. Overeenkomstig het advies van het KLOZ is tenslotte besloten in het standaardpakket niet op te nemen de vergoeding van de kosten van voedingsmiddelen. Het KLOZ heeft er op

gewezen dat de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (Stb. 1975, 674) een vergoeding van de hiermee gemoeide kosten mogelijk maakt. In de praktijk van de ziekenfondsverzekering hebben zich in het verleden problemen voorgedaan bij de vergoeding van bepaalde voedingsmiddelen. Daarom is bij Besluit van 7 maart 1985, Stcrt. 58, houdende wijziging van het Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering (1982, 139) uitbreiding gegeven aan het aantal voedingsmiddelen, waarop voor rekening van de ziekenfondsverzekering aanspraak kan worden gemaakt. Ten aanzien van particulier verzekerden ligt de situatie, zoals ook aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II, 1985-1986, 18972 en 19010, nr. 11) is meegedeeld in zoverre anders dat indien zich problemen voordoen bij de vergoeding van bepaalde voedingsmiddelen ook nog artikel 4, tweede lid, van het op artikel 57 van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet gebaseerde Koninklijk besluit van 14 augustus 1976, Stb. 434 van toepassing is. Op grond hiervan is het mogelijk personen die – in casu – niet-ziekenfondsverzekerd zijn, in aanmerking te doen komen voor voorzieningen die niet behoren tot het particuliere ziektekostenverzekeringspakket doch wel als verstrekking zijn geregeld in het kader van de ziekenfondsverzekering. Met betrekking tot particulier verzekerden doen zich in de praktijk dan ook geen problemen voor ten aanzien van de vergoeding van de desbetreffende voedingsmiddelen.

2. Artikelsgewijze toelichting

Artikel 2

In dit artikel zijn vermeld de niet in de wet zelf vastgelegde vormen van hulp tegen de kosten waarvan, in het kader van de in artikel 2, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen bedoelde verzekeringsovereenkomst, verzekering moet worden gegeven. In samenhang met de in de wet genoemde vormen van hulp ontstaat aldus een pakket dat wat betreft de soorten van hulp identiek is aan het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet.

Artikel 3

Op grond van het tweede lid kan de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur soorten van genees- en heelkundige hulp aanwijzen ten aanzien waarvan vergoeding van de kosten wordt uitgesloten. Op deze wijze kan onder meer worden voorkomen dat particuliere ziektekostenverzekeraars ingevolge het eerste lid, onder b en c, gehouden zullen zijn bepaalde vormen van hulp te vergoeden ten aanzien waarvan vergoeding op dit moment op grond van bijvoorbeeld medische of financiële overwegingen niet wenselijk wordt geacht. Hierbij kan worden gedacht aan in-vitro-fertilisatie, welke ook in het kader van de ziekenfondsverzekering is uitgesloten van het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet. Het ligt voorts in het voornemen om, overeenkomstig de in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering bestaande praktijk, vergoeding van de kosten, verband houdende met de zogenaamde cosmetische plastisch-chirurgische hulp (de zogenaamde vormverbeterende operaties), uit te sluiten. Dit laatste brengt met zich dat niet de op dit moment in de ziekenfondsverzekering geldende regeling, op grond waarvan cosmetische plastische chirurgie wel, zij het met zeer aanzienlijke eigen bijdragen, ten laste van die verzekering wordt verstrekt, wordt overgenomen.

Artikel 4

De vergoeding van de kosten van verloskundige hulp is, voor zover deze betrekking heeft op het honorarium van de gynaecoloog, de huisarts, of de verloskundige in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering aan een maximum gebonden. Ten aanzien van de gynaecoloog geldt deze

beperking alleen dan, indien sprake is van niet medisch noodzakelijke specialistische hulp. Het tweede lid maakt het mogelijk dat particuliere ziektekostenverzekeraars deze regeling, welke in de praktijk blijkt te voldoen, kunnen continueren.

Artikel 5

Overeenkomstig de in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550) gehanteerde systematiek is besloten ook in dit besluit geen lijst van vormen van tandheelkundige hulp op te nemen. Dit maakt het mogelijk om op flexibele wijze in te spelen op de ontwikkelingen op het terrein van de tandheelkundige gezondheidszorg. Vanwege het feit dat het vergoeden van tandheelkundige hulp veelal aanzienlijke kosten met zich brengt, is in het algemeen aanvaard dat het noodzakelijk is ook op dit terrein keuzes te maken. In beginsel geldt daarbij als uitgangspunt dat met name de tandheelkundige verzorging van de jeugd alsmede van gehandicapten bijzondere aandacht verdient. In verband daarmee is in het tweede lid bepaald dat de omvang van de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp voor de verschillende categorieën van verzekerden verschillend kan worden vastgesteld. Deze verschillen zullen niet alleen in de omvang van de vergoeding tot uitdrukking komen, doch eveneens bij de vaststelling van de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen.

Artikel 7

Deze bepaling regelt de vergoeding van de kosten van verpleging en behandeling in ziekenhuizen. Wat betreft de omvang is deze hulp gelijk aan die welke ten laste van de ziekenfondsverzekering wordt verstrekt op grond van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in samenhang met het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1969, 50).

Artikel 8

Voor een toelichting op deze bepaling moge worden verwezen naar de toelichting bij artikel 3, tweede lid.

Artikel 9

Voor wat betreft de vergoeding van de kosten van kunst- en hulpmiddelen ligt het in het voornemen aan te sluiten bij de bestaande regeling van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars. Deze regeling is met ingang van 1 januari 1981 in overleg met het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ingevoerd. De regeling stemt behoudens ten aanzien van de gezichtshulpmiddelen voor wat betreft de omvang van de vergoeding van kosten overeen met die welke in het kader van de ziekenfondsverzekering met ingang van bovenvermelde datum door de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is ingevoerd. Het voornemen bestaat ook voor wat betreft de gezichtshulpmiddelen bij het ziekenfondspakket aan te sluiten.

Artikelen 10 tot en met 18

De omvang van de vergoedingen van de in deze bepalingen aangegeven vormen van hulp stemt overeen met de aanspraken van ziekenfondsverzekerden met betrekking tot deze vormen van hulp. Volledigheidshalve zij er wel op gewezen dat de vergoeding van de kosten van het medisch noodzakelijk vervoer per auto, bedoeld in artikel 10, eerste lid, zowel betreft vervoer per eigen auto als per huurauto.

Ten aanzien van artikel 14, derde lid, onder a en b, zij erop gewezen dat voor de omvang van de vergoeding van de daar genoemde kosten kan worden aangesloten bij de op dit moment in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering gehanteerde regeling, die inhoudt dat alle kosten worden vergoed met uitzondering van de zogenaamde vaste kosten, voorzover deze betrekking hebben op de derving van het woongenot alsmede op de kosten van het telefoonabonnement.

Artikel 19

In deze bepaling is vastgelegd dat de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage onderscheidenlijk het voor de verzekerde geldende eigen risico vaststelt.

Het voornemen bestaat om op basis van deze bepaling een eigen bijdrage in te voeren met betrekking tot tandheelkundige hulp en kraamzorg. Zowel in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering als in de ziekenfondsverzekering bestaan deze bijdragen ook nu reeds. Ten aanzien van het ziekenvervoer geldt dat een ziekenfondsverzekerde ter zake van vervoer op grond van het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1980, 165) voor zichzelf en zijn medeverzekerden tezamen een bijdrage verschuldigd is van – ingaande 1 januari 1986 – f 115,- per twaalf maanden. Het ziekenfonds vergoedt vervolgens het meerdere. In het kader van de particuliere ziektekostenverzekering geldt een soortgelijk systeem. Het voornemen bestaat dan ook dit over te nemen. Met betrekking tot de kunst- en hulpmiddelen zal ter wille van de uitvoerbaarheid en de relatieve eenvoud van een eigen risico-systematiek worden overgenomen het op dit moment in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering bestaande systeem. Op grond daarvan komt per kalenderjaar een bedrag van f 200,- per gezin onderscheidenlijk f 100,- voor een alleenstaande niet voor vergoeding in aanmerking.

Tenslotte zij opgemerkt dat het in het voornemen ligt om om praktische redenen, de in het kader van de ziekenfondsverzekering bestaande eigen bijdragen terzake van farmaceutische en psychotherapeutische hulp niet over te nemen in het standaardpakket. Zoals bekend, gaat het voor wat betreft de eigen bijdrage voor geneesmiddelen om een bijdrage van f 2,50 per geneesmiddel tot een maximum van f 125,-. Voor wat betreft de psychotherapeutische hulp geldt dat ziekenfondsverzekerden per behandeling f 5,- dienen te betalen. Aangezien de verstrekking beperkt is tot 90 zittingen, zal ten hoogste f 450,- aan de kosten van deze verstrekking bijgedragen dienen te worden.

Het voornemen bestaat om deze eigen bijdragen te vervangen door een eigen risico met betrekking tot de specialistische hulp, op grond waarvan per kalenderjaar f 200,- per gezin en f 100,- voor een alleenstaande niet zal worden vergoed.

DEREGULERING

Het onderhavige voorstel is onderworpen aan de uitgebreide dereguleringsstoets, die is opgenomen in de aanwijzingen inzake de toetsing van ontwerpen van wet en van algemene maatregel van bestuur, zoals vastgesteld door de minister-president bij besluit van 16 januari 1985, Stcrt. 18.

Het onderhavige besluit strekt tot uitvoering van artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Het bevat aldus een uitwerking van de in artikel 2, eerste lid, van de wet bedoelde verzekeringsovereenkomst, die de particuliere ziektekostenverzekeraars op grond van die bepaling dienen aan te bieden aan de verzekerden die daarom vragen en die behoren tot de bij of krachtens de wet aangewezen groepen van verzekerden. De verzekeringsovereenkomst zal betrekking

op een zogenaamd standaardpakket; aan dit pakket is voorts gekoppeld een acceptatieplicht. In dit verband zij voorts verwezen naar pagina 58 tot en met 61 en pagina 77 en 78 van de memorie van toelichting, behorende bij het voorstel van Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (kamerstukken II, 1984-1985, 18972, nrs. 1-3).

De bovenvermelde wet voorziet in de opheffing van de vrijwillige en de bejaardenverzekering. Dit brengt met zich dat bepaalde groepen van verzekerden die tot dan toe gebruik hadden kunnen maken van deze verzekeringen, aangewezen zullen zijn op de particuliere ziektekostenverzekeringen. Teneinde deze verzekerden een adequate opvang te kunnen bieden is in de wet voorzien in de vaststelling van het standaardpakket.

Met betrekking tot de vaststelling daarvan is aangesloten bij de in het kader van de Ziekenfondswet voor wat betreft de vaststelling van het verstrekkingenpakket ingevolge die wet bestaande methodiek. In verband daarmee zijn de belangrijkste vormen van zorg in de wet vastgelegd, terwijl de overige vormen van zorg worden vastgelegd in dit besluit. Met het oog op de rechtszekerheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars en van de verzekerden die op het standaardpakket zijn aangewezen is voorts besloten de omvang van de hulp, welke in de systematiek van deze wet bij of krachtens algemene maatregel van bestuur dient te geschieden eveneens zoveel mogelijk in de onderhavige maatregel vast te leggen. Ten aanzien van bepaalde vormen van zorg is het echter noodzakelijk een uitgebreide omschrijving van verrichtingen op te nemen. In die situaties – hierbij kan met name worden gedacht aan tandheelkundige hulp en kunst- en hulpmiddelen – zal de nadere vaststelling van deze omvang geschieden bij ministeriële regeling. Met die regeling zullen tevens worden gesteld de nadere voorwaarden voor wat betreft eigen risico en eigen bijdrage, zodat ook met betrekking tot de vaststelling van door de verzekerde zelf verschuldigde bijbetalingen is aangesloten bij de in het kader van de ziekenfondsverzekering gehanteerde systematiek.

Gelet op de betrokkenheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars bij deze aangelegenheid is in de wet voorzien dat de representatieve organisatie van particuliere ziektekostenverzekeraars zal worden gehoord, alvorens tot vaststelling van het standaardpakket zal worden overgegaan. In verband daarmee is bij brief van 31 oktober 1985 het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars gehoord. Voorts zal uit het voorgaande duidelijk zijn dat particuliere ziektekostenverzekeraars gebonden zullen zijn een verzekeringsovereenkomst met als inhoud het standaardpakket aan te bieden. Uit het onderhavige besluit zelf vloeien echter voor deze instellingen geen noemenswaardige financiële lasten voort. Voor de uitvoering van het onderhavige besluit zullen geen nieuwe publiekrechtelijke of privaatrechtelijke organen worden ingesteld. De regeling bevat geen afzonderlijke bestuursinstrumenten. Van het onderhavige besluit zal, afgezien van de mogelijkheid dat over de uitleg van bepalingen van dit besluit een procedure zou kunnen worden gevoerd bij de burgerlijke rechter, evenmin het justitieel apparaat gevolgen ondervinden.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
J. P. van der Reijden