



## 590

**Besluit van 20 november 1991, houdende vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, aanwijzing van de vormen van zorg waarvoor een specifiek eigen risico kan gelden, vaststelling van regels ter zake van de door de verzekerden verschuldigde bijdrage in de kosten van zorg, aanmerking van instellingen als erkende instellingen en opheffing van de contracteerplicht ten aanzien van zodanige instellingen alsmede daarmee verband houdende wijzigingen dan wel intrekking van andere regelingen (Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering)**

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 september 1991, DGVGZ/VMP-419 257, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op de artikelen 6, eerste en derde lid, 7, tweede, derde en vierde lid, 8, tweede lid, 10, eerste lid, 11, 14, eerste lid, 16, eerste lid, 17, achtste lid, 45, vierde lid, en 77 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1990, 176), artikel 8 van de Ziekenfondswet (Stb. 1986, 347) en artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Stb. 1986, 123);

Gezien de adviezen van de Ziekenfondsraad (adviezen van 24 augustus 1989, nr. 449, 27 september 1990, SGZ/19 438, GGZ/18 969, 25 april 1991, SGZ/8443, 27 juni 1991, SGZ/680, 22 augustus 1991, SGZ/14 511, SGZ/14 609, SGZ/14 610, GGZ/15 933), 23 augustus 1991, SGZ/15 403, 26 september 1991, ERK/9956, GGZ/17 290 en 24 oktober 1991, SEA/19 483 en het advies van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (advies van 12 juli 1991, V/330/91/WJW/EW);

De Raad van State gehoord (advies van 30 oktober 1991, no. W13.91 0493);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 20 november 1991, VMP-91404, uitgebracht in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

### *§ 1. Algemene bepalingen*

#### **Artikel 1**

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de wet: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1990, 176);
- b. het uitvoeringsorgaan: het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan waarbij de verzekerde ingevolge artikel 9 van de wet is ingeschreven.

#### **Artikel 2**

1. De verzekerden hebben aanspraak op de zorg, omschreven in de artikelen 3 tot en met 29, behoudens voor zover het zorg, voorzieningen of activiteiten betreft die wordt of worden bekostigd dan wel kan of kunnen worden bekostigd op grond van de Wet op de bejaardenoorden (Stb. 1990, 468), de Wet op de jeugdhulpverlening (Stb. 1989, 360), de Welzijnswet (Stb. 1987, 73) of de Tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg (Stb. 1990, 210).

2. De aanspraak op zorg, met uitzondering van die, omschreven in artikel 14, tweede lid, kan, onverminderd artikel 30, slechts tot gelding worden gebracht, voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen.

3. Op de zorg, omschreven bij dit besluit, bestaat geen aanspraak, voor zover deze objectief voorzienbaar samenhangt met een onderzoek in een ziekenhuis dat of behandeling in een ziekenhuis die niet behoort tot de in artikel 9, eerste lid, omschreven zorg.

4. Onze Minister kan, indien het onverwijd treffen van zodanige maatregel noodzakelijk is met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling, medisch-ethische implicaties van nieuwe ontwikkelingen of het belang van de verzekerden, voor een periode van zes maanden, welke door hem éénmaal met zes maanden kan worden verlengd, de inhoud en omvang van de aanspraak op in dit besluit omschreven zorg beperken of nader omschrijven.

#### **Artikel 3**

1. De zorg, omschreven in de artikelen 9, 17, 18 en 23, en de zorg, omschreven in de artikelen 19, 20, onder e, 21, eerste lid, en 22, tweede lid, voor zover deze gepaard gaat met verblijf gedurende het etmaal, omvat tevens:

- a. tandheekkundige hulp;
- b. farmaceutische hulp;
- c. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging;
- d. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- e. het individueel gebruik van een rolstoel.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

3. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met e.

## *§ 2. Algemene geneeskundige zorg*

### **Artikel 4**

Geneeskundige hulp omvat hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, volgens de algemeen aanvaarde standaard, verloskundige hulp daaronder niet begrepen.

### **Artikel 5**

1. Erfelijkheidsonderzoek omvat hulp door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, inhoudende onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen, erfelijkheidsadvisering en daarmee verband houdende psycho-sociale begeleiding. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in de eerste volzin.

2. Het erfelijkheidsonderzoek omvat slechts het afnemen van vruchtwater dan wel ander foetaal weefsel bij zwangeren indien de afname wordt verricht door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek waaraan op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1971, 268) een vergunning voor zodanige verrichting is verleend, dan wel door een medisch-specialist die voor bedoelde verrichting een overeenkomst met een zodanig centrum heeft gesloten.

3. Erfelijkheidsadvisering omvat tevens het uitbrengen van een advies aan of ten behoeve van andere personen dan de verzekerde.

### **Artikel 6**

Paramedische hulp omvat dieetadvisering en ergotherapie met een medisch doel.

### **Artikel 7**

1. Farmaceutische hulp omvat de aflevering, volgens de algemeen aanvaarde standaard, van de volgende geneesmiddelen:

a. geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (Stb. 1958, 408) in Nederland mogen worden afgeleverd;

b. sera en vaccins als bedoeld in het Sera- en Vaccinsbesluit (Stb. 1934, 104);

c. bloed en uit bloed bereide produkten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie (Stb. 1988, 546);

d. voedingsmiddelen bestemd voor medische toepassing;

e. verbandmiddelen anders dan voor toepassing bij verloskundige hulp.

2. Onze Minister kan:

a. geneesmiddelen aanwijzen, die niet dan wel slechts bij toepassing in daarbij aan te wijzen gevallen dan wel slechts met toestemming van het uitvoeringsorgaan of slechts op voorschrift, in de in het eerste lid bedoelde zorg zijn begrepen;

b. tot een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen behorende geneesmiddelen aanwijzen, voor het verkrijgen waarvan de verzekerde een bijdrage in de kosten verschuldigd is, gelijk aan het positieve verschil tussen:

1. de vergoeding van de kosten voor de inkoop die krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646) als onderdeel van het tarief in rekening mag worden gebracht, en

2. de bij het desbetreffende geneesmiddel te vermelden vergoedingslimiet, omgerekend naar de desbetreffende hoeveelheid, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting;

c. bepalen dat de verzekerde per voorschrift slechts aanspraak heeft op aflevering van geneesmiddelen voor een daarbij door Onze Minister aan te geven periode.

3. Onze Minister stelt regelen met betrekking tot de systematiek en de procedure van indeling van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en de vaststelling van vergoedingslimieten als bedoeld in het tweede lid, onder b.

### **Artikel 8**

1. Hulpmiddelen omvatten de middelen welke door Onze Minister als zodanig zijn aangewezen alsmede de verplegingsartikelen verband houdende met verpleging ingevolge dit besluit.

2. Onze Minister kan bepalen dat hulpmiddelen in eigendom dan wel in bruikleen worden verschaft en regelen stellen met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen, het verstrekken van reserve-hulpmiddelen en de voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

3. De kosten van normaal gebruik en onderhoud van hulpmiddelen zijn, tenzij Onze Minister anders bepaalt, voor rekening van de verzekerde.

### **Artikel 9**

1. Opneming en verder verblijf in een ziekenhuis omvat onderzoek en behandeling van genees-, heel- en verloskundige aard door specialisten alsmede de daarmee verband houdende verpleging en verblijf in een ziekenhuis, niet zijnde een instelling die zorg levert als bedoeld in artikel 20, onder e.

2. Transplantatie van weefsel en organen is slechts begrepen in de zorg, omschreven in het eerste lid, voor zover deze door Onze Minister is aangewezen.

3. Aanspraak op opneming en verder verblijf bestaat slechts voor zover deze een ononderbroken periode van 365 verpleegdagen in één of meer ziekenhuizen te boven gaat. Een onderbreking van niet langer dan 30 dagen geldt niet als onderbreking, doch deze dagen gelden voor de berekening van de 365 dagen evenmin als verpleegdagen. Indien genoemde periode is verstreken en binnen 30 dagen opnieuw opname nodig is, is er evenmin sprake van een onderbreking.

4. Een verzekerde die voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering verblijft in een sanatorium voor tuberculosepatiënten en vanuit dit sanatorium wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met een andere bestemming, heeft, zolang zijn verblijf in laatstbedoeld ziekenhuis een periode van 365 dagen niet overschrijdt, geen aanspraak op opneming en verder verblijf in dat ziekenhuis.

5. Een verzekerde die voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering verblijft in een instelling die zorg levert als bedoeld in artikel 20, onder e, en vanuit deze instelling wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met een andere bestemming dan wel indien deze instelling een algemeen of academisch ziekenhuis is, naar een andere afdeling van dit algemeen of academisch ziekenhuis, heeft geen aanspraak op opneming en verder verblijf in dat ziekenhuis, zolang zijn verblijf in dat ziekenhuis dan wel op die andere afdeling een periode van 365 dagen niet overschrijdt.



6. Onze Minister bepaalt in welke gevallen een verzekerde op opnemings en verder verblijf in een ziekenhuis is aangewezen.

### *§ 3. Zorg bestaande uit verzorging of verpleging*

#### **Artikel 10**

1. Verzorging omvat huishoudelijke hulp en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in verband met ziekte, gebrek, herstel, invaliditeit en psycho-sociale nood, dan wel na bevalling.

2. Indien redelijkerwijs te verwachten is dat de verzekerde gedurende meer dan drie maanden op de zorg, omschreven in het eerste lid, is aangewezen, en het uitvoeringsorgaan schriftelijk heeft verklaard dat die zorg niet binnen twee weken kan worden verleend door een persoon of instelling met wie of met welke het uitvoeringsorgaan ter zake van die zorg een overeenkomst heeft gesloten, kan de verzekerde zich voor het geldend maken van zijn aanspraak op die zorg, wenden tot een andere persoon of instelling die die zorg kan leveren. In de omstandigheid, bedoeld in de vorige volzin, bestaat aanspraak op een uitkering tot ten hoogste de kosten van de zorg indien deze zou zijn verleend door een persoon of instelling met wie of met welke het uitvoeringsorgaan ter zake van die zorg een overeenkomst heeft gesloten, verminderd met de voor die zorg krachtens artikel 31 vastgestelde bijdrage.

#### **Artikel 11**

Verpleging omvat verpleegkundige hulp in verband met ziekte, gebrek, herstel of invaliditeit, volgens de algemeen aanvaarde standaard.

#### **Artikel 12**

De zorg, omschreven in artikel 10 onderscheidenlijk artikel 11, omvat tevens psycho-sociale hulp, bestaande uit advisering, behandeling of begeleiding van psycho-sociale, psychologische, ortho-pedagogische of medisch-maatschappelijke aard.

#### **Artikel 13**

De zorg, omschreven in artikel 11, omvat tevens de met een medisch doel te verlenen paramedische hulp, bestaande uit logopedie, fysiotherapie en oefentherapieën Mensendieck en Cesar, volgens de algemeen aanvaarde standaard.

#### **Artikel 14**

1. Kraamverpleging omvat verpleging van moeder en kind gedurende ten minste 24 uur, redelijk gespreid over 7 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. Kraamverzorging en verpleging in een instelling in gevallen waarin de verzekerde, gelet op zijn behoefte, daarop strikt medisch niet is aangewezen, omvat verzorging en verpleging van moeder en kind in een instelling gedurende ten minste 7 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

#### **Artikel 15**

Verzorging in een instelling in deeltijd omvat verzorging, psycho-sociale hulp en verblijf in een instelling met gestructureerde activiteiten gedurende een deel van het etmaal.

## **Artikel 16**

Verzorging en verpleging in een instelling in deeltijd omvat geneeskundige hulp van algemene aard, paramedische hulp, psycho-sociale hulp, verzorging, verpleging en verblijf in een instelling gedurende een deel van het etmaal.

## **Artikel 17**

Verzorging met opnemings in een instelling omvat verzorging, psycho-sociale hulp en verblijf in een instelling met gestructureerde activiteiten gedurende het etmaal.

## **Artikel 18**

Verzorging en verpleging met opnemings in een instelling omvat geneeskundige hulp van algemene aard, paramedische hulp, psycho-sociale hulp, verzorging, verpleging en verblijf in een instelling gedurende het etmaal.

### *§ 4. Revalidatiezorg*

## **Artikel 19**

Revalidatie omvat onderzoek, behandeling en advisering van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatietechnische aard, volgens de algemeen aanvaarde standaard, al dan niet gepaard gaande met verzorging, verpleging, of verblijf in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan, gericht op het voorkomen of verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

### *§ 5. Geestelijke gezondheidszorg*

## **Artikel 20**

Geestelijke gezondheidszorg omvat:

- a. onderzoek en advisering met betrekking tot psychische stoornissen;
- b. begeleiding in verband met psychische stoornissen, bestaande uit activiteiten van dagstructurerende, activerende of ondersteunende aard, gericht op het voorkomen van terugval, het draaglijk maken van psychische stoornissen of het stimuleren van zelfhandhaving en zelfredzaamheid;
- c. behandeling van specialistische of gedragswetenschappelijke aard, gericht op het herstellen van psychische stoornissen, volgens de algemeen aanvaarde standaard;
- d. begeleiding als bedoeld onder b met opnemings, verblijf, verzorging en verpleging in een instelling gedurende het etmaal;
- e. behandeling als bedoeld onder c, met opnemings, verblijf, verzorging en verpleging in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan.

### **Artikel 21**

1. Zorg voor blinden en slechtzienden omvat onderzoek, behandeling, begeleiding en verblijf in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan, met inbegrip van ambulante hulpverlening, gericht op bevordering en behoud van de zelfstandigheid van de visueel gehandicapte.

2. Zorg voor blinden en slechtzienden omvat tevens opnemng in een gezinsvervangend tehuis voor blinden en slechtzienden, verblijf in zodanig tehuis gedurende het etmaal, verzorging en mogelijkheden voor vrije-tijdsbesteding, gericht op de bevordering van de integratie van de zintuiglijk gehandicapte in de samenleving.

3. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste en tweede lid.

### **Artikel 22**

1. Zorg voor doven en slechthorenden omvat hulp door een audiologisch centrum, inhoudende onderzoek, advisering, voorlichting en psycho-sociale hulp met betrekking tot verbetering van en omgang met een gestoorde gehoorfunctie.

2. Zorg voor doven en slechthorenden omvat tevens onderzoek, behandeling, begeleiding, verzorging en verblijf in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan en vervoer, gericht op bevordering en behoud van de zelfstandigheid van de auditief gehandicapte, met dien verstande dat de aard en inhoud daarvan worden bepaald door de bestemming van de instelling.

3. Zorg voor doven en slechthorenden omvat tevens opnemng in een gezinsvervangend tehuis voor doven en slechthorenden, verblijf in zodanig tehuis gedurende het etmaal, verzorging en mogelijkheden voor vrije-tijdsbesteding, gericht op de bevordering van de integratie van de zintuiglijk gehandicapte in de samenleving.

4. Onze Minister kan nadere regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste, tweede en derde lid.

### § 7. Zorg voor verstandelijk gehandicapten

### **Artikel 23**

1. Zorg voor verstandelijk gehandicapten omvat opnemng en verder verblijf in een instelling voor zwakzinnigen, alsmede de door de instelling te verlenen geneeskundige hulp, verzorging, verpleging en behandeling, met dien verstande dat de aard en de omvang daarvan worden bepaald door de bestemming van de instelling.

2. Zorg voor verstandelijk gehandicapten omvat tevens de door de instelling, bedoeld in het eerste lid, georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen.

3. Onze Minister kan nadere regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste en tweede lid.

### **Artikel 24**

1. Plaatsing in een dagverblijf voor verstandelijk gehandicapten omvat de door het dagverblijf gedurende de dag of een gedeelte daarvan te verlenen hulp ter bevordering en tot behoud van de zelfstandigheid van

de verstandelijk gehandicapte, alsmede verzorging in het dagverblijf en vervoer.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 25**

1. Opneming en verder verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk gehandicapten omvat door het gezinsvervangend tehuis aan de verstandelijk gehandicapte gedurende het etmaal te verlenen verblijf, verzorging en mogelijkheden voor vrije-tijdsbesteding, gericht op de bevordering van de integratie van de verstandelijk gehandicapte in de samenleving.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### *§ 8. Zorg bestaande uit georganiseerde preventie*

#### **Artikel 26**

Onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van het hepatitis-B virus omvat onderzoek van een bij de verzekerde afgenomen bloedmonster door een laboratorium, dat daartoe door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne is aangewezen.

#### **Artikel 27**

1. Onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omvat zodanig onderzoek voor daarvoor in aanmerking komende, door Onze Minister aan te wijzen groepen van verzekerden. Onze Minister stelt regelen met betrekking tot de inhoud en omvang van de in de eerste volzin bedoelde zorg.

2. Het onderzoek geschiedt onder verantwoordelijkheid van een door Onze Minister aangewezen ent-administratie op een door Onze Minister aan te geven wijze.

#### **Artikel 28**

1. Vaccinaties omvatten de vaccinaties, opgenomen in een door Onze Minister vast te stellen vaccinatieprogramma, waarin wordt aangegeven welke groepen van verzekerden voor toediening van de benoemde vaccins in aanmerking komen alsmede hoe de uitvoering van dat programma plaatsvindt.

2. De uitvoering van de vaccinaties geschiedt onder verantwoordelijkheid van een door Onze Minister aangewezen ent-administratie.

#### **Artikel 29**

Preventieve zorg voor kinderen tot 4 jaar omvat periodiek geneeskundig onderzoek van de gezondheidstoestand van het kind alsmede begeleiding van en voorlichting aan de ouders met betrekking tot een gezonde ontwikkeling van het kind.

### Artikel 30

1. Het uitvoeringsorgaan kan, behoudens met betrekking tot de zorg, omschreven in artikel 4, met de verzekerde overeenkomen of in zijn reglement bepalen dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van daarbij aan te wijzen aanspraken zijn toestemming behoeft dan wel diens aanspraken slechts tot gelding kan brengen op voorschrift van daarbij aan te wijzen personen of instellingen.

2. Het eerste lid is niet van toepassing indien de zorg strekt tot uitvoering van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling als bedoeld in de Krankzinnigenwet (Stb. 1884, 96), dan wel strekt tot uitvoering van een last als bedoeld in artikel 37, eerste lid, of een rechterlijk bevel als bedoeld in artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht (Stb. 1984, 92).

3. Voor zover het betreft zorg als bedoeld in de artikelen 16 en 18, wordt een beslissing inzake toestemming als bedoeld in het eerste lid ten aanzien van de verzekerde die een bejaarde is als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Wet op de bejaardenoorden dan wel een persoon die op de voet van artikel 1a van die wet met een bejaarde wordt gelijkgesteld, door het uitvoeringsorgaan niet genomen dan nadat door of namens die verzekerde aan het uitvoeringsorgaan een advies als bedoeld in artikel 13 van het Besluit indicatie-advisering (Stb. 1988, 456) is overgelegd, dat is afgegeven door de in artikel 1, onder a, van dat besluit bedoelde commissie van de woonplaats van de verzekerde.

### § 10. Eigen bijdragen

### Artikel 31

1. Onze Minister kan ten aanzien van de zorg, omschreven in de artikelen 8, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 20 tot en met 23 en 25, bepalen dat verzekerden bijdragen in de kosten van die zorg. De verschuldigde bijdrage kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort.

2. Onze Minister kan, in overeenstemming met Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de hoogte van de bijdrage voor de zorg, omschreven in de artikelen 9, 17, 18, 21, tweede lid, 22, derde lid, 23 en 25, en voor de zorg, omschreven in de artikelen 19, 20, onder e, 21, eerste lid, en 22, tweede lid, voor zover deze gepaard gaat met verblijf gedurende het etmaal, mede afhankelijk stellen van het inkomen van de verzekerde.

### § 11. Specifiek eigen risico

### Artikel 32

Het uitvoeringsorgaan kan bij reglement bepalen dat de verzekerde met hem een specifiek eigen risico kan overeenkomen, met betrekking tot de zorg, omschreven in de artikelen 7, 8, 10, 11, alsmede 20, onder c, voor zover het een behandeling van gedragswetenschappelijke aard betreft.



### Artikel 33

1. Ten aanzien van de verzekerde die als gewezen militair jegens Onze Minister van Defensie voor zichzelf aanspraken heeft op geneeskundige behandeling, verzorging en verpleging, treden deze aanspraken, voor zover artikel 90, zesde, zevende of achtste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement (Stb. 1982, 279), dan wel artikel 53, vijfde of zesde lid, van het Reglement rechtstoestand dienstplichtigen (Stb. 1982, 280) op hem van toepassing is, in de plaats van de aanspraken op zorg ingevolge dit besluit.

2. Ten aanzien van de verzekerde die als gezinslid van een militair met toestemming van Onze Minister van Defensie in het buitenland verblijft bij de aldaar geplaatste militair en voor wie de militair ingevolge artikel 22, eerste lid, van de Regeling gezondheidszorg aanspraak heeft op verlening van geneeskundige verstrekkingen door de militair geneeskundige dienst van de Nederlandse krijgsmacht, treedt deze aanspraak voor zover de Regeling gezondheidszorg op hem van toepassing is, in de plaats van de aanspraken op zorg ingevolge dit besluit.

3. Onze Minister en Onze Minister van Defensie stellen regelen vast inzake een jaarlijkse uitkering door de Ziekenfondsraad aan Onze Minister van Defensie ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in verband met het vervallen van aanspraken op grond van het bepaalde in artikel 7, eerste en tweede lid, van de wet.

4. Onze Minister en Onze Minister van Defensie kunnen nadere regelen vaststellen met betrekking tot de uitvoering van dit artikel.

### § 13. Zorg onder bijzondere omstandigheden

#### Artikel 34

1. Aan een verzekerde wordt een uitkering gedaan ter zake van de kosten van zorg, omschreven in dit besluit, indien die zorg anders dan op de in artikel 10 van de wet omschreven wijze is verkregen als gevolg van de navolgende omstandigheden:

- a. tijdelijk verblijf hier te lande buiten het werkgebied van het uitvoeringsorgaan;
- b. wonen in het buitenland;
- c. tijdelijk verblijf in het buitenland wegens uitoefening van bedrijf of beroep of wegens door de Ziekenfondsraad aan te geven redenen;
- d. niet ingeschreven zijn bij een uitvoeringsorgaan;
- e. in spoedeisende gevallen waarin uitstel redelijkerwijs niet kon worden gedoogd.

2. In de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onder a, bestaat aanspraak op een uitkering, mits de zorg is verleend door instellingen of personen, die in de verblijfplaats van de verzekerde of naaste omgeving daarvan praktijk uitoefenen of gevestigd zijn en ter zake van die zorg een overeenkomst met een uitvoeringsorgaan hebben gesloten.

3. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onder b en c, bestaat aanspraak op een uitkering tot een door de Ziekenfondsraad vast te stellen bedrag voor zorg, verleend in het land waar de verzekerde woont of verblijft, voor zover de verlening van de zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

4. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onder d en e, bestaat aanspraak op een uitkering, mits de zorg is verleend in Nederland. De Ziekenfondsraad kan nadere voorwaarden stellen voor het verkrijgen van de uitkering in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onder d. De Ziekenfondsraad kan bepalen dat premies, betaald ten

behoefte van een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van in dit besluit omschreven zorg of de kosten daarvan, in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onder d, gelden als kosten van zodanige zorg.

5. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onder a, d en e is de uitkering gelijk aan de kosten van de zorg indien deze is verleend door een instelling of persoon die ter zake van die zorg een overeenkomst met enig uitvoeringsorgaan heeft gesloten. Indien de zorg door een ander is verleend, is de uitkering gelijk aan de kosten van de zorg, voor zover deze de kosten van zodanige zorg, verleend door een persoon of instelling waarmee het uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft gesloten, niet te boven gaan.

#### *§ 14. Erkenning van categorieën van instellingen*

### **Artikel 35**

1. Voor de toepassing van de wet wordt een instelling die zorg verleent als bedoeld in de artikelen 4, 6, 7, 8, 10 tot en met 20, 26 en 29 als erkend aangemerkt.

2. Ten aanzien van instellingen die zorg verlenen als bedoeld in de artikelen 4, 6, 7, 8, 10 tot en met 20 en 29 is artikel 45, eerste lid, van de wet niet van toepassing.

3. In afwijking van het tweede lid vervalt ten aanzien van een instelling die op 31 december 1992 zorg verleent als bedoeld in de artikelen 4, 6, 7, 10 tot en met 20 en 29 en die als zodanig door Onze Minister is erkend op grond van artikel 8a van de Ziekenfondswet dan wel artikel 8 van de wet, de in artikel 45, eerste lid, van de wet bedoelde verplichting met ingang van 1 januari 1994.

#### *§ 15. Overgangs- en slotbepalingen*

### **Artikel 36**

Het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550)<sup>1</sup> wordt gewijzigd als volgt:

#### **A**

Artikel 1, onderdeel d, komt te luiden:

d. huisarts: een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, dan wel een andere arts die geneeskundige hulp op algemeen niveau biedt.

#### **B**

In artikel 2 vervallen de onderdelen d, h, i, n en p en wordt de puntkomma na onderdeel o vervangen door een punt.

#### **C**

Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onderdeel a vervalt.

2. In het tweede lid worden de woorden «naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is» vervangen door de woorden: volgens de algemeen aanvaarde standaard.

#### **D**

In artikel 4, eerste lid, wordt «onder a en b» vervangen door: onder b.

## E

De artikelen 8, 9 en 10 vervallen.

## F

Artikel 11 komt te luiden:

### Artikel 11

Indien het ziekenfonds als gevolg van de toepassing van artikel 9, vijfde lid, van de Ziekenfondswet, verzekerden heeft ingeschreven op naam van een persoon of instelling, wordt de desbetreffende verstrekking verleend door de betrokken persoon of door diens waarnemer, onderscheidenlijk de betrokken instelling, een en ander onverlet hetgeen elders is bepaald omtrent het verlenen van de hulp door een andere persoon of instelling.

## G

De laatste volzin van artikel 12, derde lid, wordt vervangen door: Het voorgaande is niet van toepassing op verzorging met opneming in een instelling en verzorging en verpleging met opneming in een instelling als bedoeld in de artikelen 17 en 18 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, alsmede op opneming in een instelling als bedoeld in artikel 25 van dat besluit.

## H

In artikel 14, vijfde lid, worden de woorden «psychiatrisch ziekenhuis, onderscheidenlijk een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis of afdeling met andere bestemming onderscheidenlijk naar een andere afdeling» vervangen door: instelling, bedoeld in artikel 20, onder e, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten, wordt overgeplaatst naar een instelling met een andere bestemming.

## I

De artikelen 17, 18, 19, 23 en 24a vervallen.

## J

Na artikel 24 wordt een nieuw artikel 24a ingevoegd, luidende:

### Artikel 24a

Op hulp, welke bij of krachtens dit besluit als verstrekking is geregeld, bestaat geen aanspraak, voor zover deze objectief voorzienbaar samenhangt met een onderzoek in een ziekenhuis dat of een behandeling in een ziekenhuis die niet behoort tot de in artikel 2, onderdeel e, van dit besluit genoemde verstrekking of tot de zorg, omschreven in artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

## Artikel 37

Het Besluit controletaak uitvoeringsorganen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1984, 229) wordt gewijzigd als volgt:

## A

In artikel 1 vervalt onderdeel d.

B

In artikel 2 vervallen het cijfer 1 voor het eerste lid en het tweede lid.

C

In artikel 3 vervalt, na vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel b door een punt, het onderdeel c.

#### **Artikel 38**

De onderdelen a en f van artikel 1 van het Besluit van 1 februari 1985 (Stb. 1985, 84)<sup>2</sup> vervallen.

#### **Artikel 39**

Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132)<sup>3</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1, onderdeel d, komt te luiden:

d. huisarts: een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, dan wel een andere arts die geneeskundige hulp op algemeen niveau biedt.

B

In artikel 2 vervallen de onderdelen b, c, f en h.

C

Artikel 6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid worden de woorden «waarin de verzekerde niet goed te behandelen is met enig ander geneesmiddel» vervangen door: indien het een geneesmiddel betreft, dat bestemd is voor de behandeling van in Nederland zeldzaam voorkomende ziekten.

2. Het tweede lid wordt vervangen door:

2. De vergoeding van de kosten, bedoeld in het eerste lid, omvat niet de kosten van geneesmiddelen, op het verkrijgen waarvan verzekerden in de zin van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1990, 176) krachtens het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering geen aanspraak hebben. In gevallen waarin verzekerden in de zin van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor het verkrijgen van een geneesmiddel bijdragen in de kosten daarvan, blijft ten aanzien van dat geneesmiddel een bedrag, gelijk aan die bijdrage, buiten de vergoeding van kosten op grond van dit besluit.

D

De artikelen 11, 12, 16 en 18 vervallen.

## Artikel 40

Het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, 456) wordt gewijzigd als volgt:

### A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel c wordt de zinsnede «artikel 6, derde lid, van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (Stb. 1977, 444)» vervangen door: artikel 30, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

2. Onderdeel e komt te luiden:

e. verpleging: verpleging als bedoeld in de artikelen 16 en 18 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering;.

3. Onderdeel f komt te luiden:

f. het uitvoeringsorgaan: het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan waarbij de verzoeker ingevolge artikel 9 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1990, 176) is ingeschreven.

### B

De laatste volzin van artikel 3, eerste lid, wordt vervangen door:

In het verzoek kan worden aangegeven of de verzoeker in aanmerking wenst te komen voor opname in een bejaardenoord, waarbij het bejaardenoord met name kan worden genoemd dan wel voor verpleging, waarbij eveneens de aanbieder van die verpleging met name kan worden genoemd.

### C

Het tweede lid van artikel 5 vervalt onder gelijktijdige wijziging van de aanduiding van het derde lid in: 2.

### D

In artikel 8, derde lid, wordt de zinsnede «de leden die zijn verbonden aan of werkzaam voor de verpleeginrichting of het bejaardenoord,» vervangen door: de leden die hetzij zijn verbonden aan of werkzaam voor het bejaardenoord hetzij werkzaam zijn als of bij een aanbieder van verpleging.

### E

Artikel 10 vervalt.

### F

In artikel 11, derde lid, wordt de zinsnede «gezonden aan de verpleeginrichting of het bejaardenoord, waarin opname of dagbehandeling van de verzoeker naar verwachting zal plaatsvinden of reeds heeft plaatsgevonden» vervangen door: gezonden aan degene die de verpleging naar verwachting zal aanbieden dan wel het bejaardenoord waarin opname naar verwachting zal plaatsvinden.

### G

Artikel 12 vervalt.



## H

Artikel 13 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid komt onderdeel b te luiden:
  - b. verpleging;
2. De onderdelen c en d in het eerste lid vervallen.
3. Na wijziging van de aanduiding van onderdeel e in het eerste lid in c komt dat onderdeel te luiden:
  - c. opneming of verpleging als bedoeld onder a en b wordt niet noodzakelijk geacht.
4. In het tweede lid worden de woorden «de in het eerste lid, onder e, genoemde conclusie» vervangen door: de in het eerste lid, onder c, genoemde conclusie, en worden de woorden «dan die, genoemd in het eerste lid, onder a tot en met d,» vervangen door: dan die, genoemd in het eerste lid, onder a en b,.
5. Het derde lid komt te luiden:
  3. Het advies kan strekken tot beide in het eerste lid, onder a en b, genoemde conclusies gezamenlijk.

## I

In artikel 14 wordt de zinsnede «eerste lid, onder e, de mate van urgentie tot opneming onderscheidenlijk dagbehandeling aangegeven» vervangen door: eerste lid, onder c, de mate van urgentie tot opneming onderscheidenlijk verlening van verpleging aangegeven.

## J

Artikel 15 komt te luiden:

Artikel 15

In een advies dat strekt tot de conclusie, vermeld in artikel 13, eerste lid, onder b, kan de commissie aangeven hoe lang naar haar oordeel de verzoeker ten hoogste op de zorg is aangewezen.

## K

In artikel 18 wordt de zinsnede «opneming en verder verblijf in een verpleeginrichting en uit het verzoek blijkt dat dat verblijf» vervangen door: verpleging en uit het verzoek blijkt dat die verpleging, en worden in de tweede volzin de woorden «het verblijf» vervangen door: de verpleging.

## L

Artikel 20 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid worden de woorden «De instelling waarvoor» vervangen door: De instelling of de aanbieder van verpleging, en wordt «zij» vervangen door: zij onderscheidenlijk hij.
2. In het tweede lid worden de woorden «verzoekt de instellingen» vervangen door: verzoekt de instelling of de aanbieder van verpleging.
3. Het derde lid komt te luiden:
  3. De commissie bevordert de opneming van dan wel de verlening van verpleging aan die verzoekers ten aanzien van wie een advies is afgegeven dat strekt tot een der conclusies, vermeld in artikel 13, eerste lid, onder a en b, en waarvan de geldigheidsduur, zo die is bepaald, voor twee-derden is verstreken.
4. Het vierde lid vervalt.

M

Artikel 28 vervalt.

N

Artikel 33 komt te luiden:

Artikel 33

Dit besluit kan worden aangehaald als: Besluit indicatie-advisering.

#### **Artikel 41**

Ingetrokken worden:

- a. het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (Stb. 1977, 444);
- b. het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1971, 505);
- c. het Besluit bijzondere ziektekosten militairen en gewezen militairen (Stb. 1991, 446);
- d. het Besluit aanmerking als erkende instelling bijzondere ziektekostenverzekering.

#### **Artikel 42**

1. De Ziekenfondsraad regelt, met inachtneming van het tweede lid, voor zover nodig de afwikkeling van de gevolgen voor de in het tweede lid bedoelde instellingen van het intrekken van het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1971, 505).

2. De ingevolge het Besluit nadere regelen vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1971, 169) als regionaal contactkantoor aangewezen instellingen stellen overeenkomstig door de Ziekenfondsraad te stellen regelen de bescheiden ter beschikking, die voor een goede uitvoering van de wet noodzakelijk zijn.

3. Indien aan de toepassing van dit artikel kosten verbonden zijn, komen deze ten laste van het in artikel 38 van de Wet financiering volksverzekeringen (Stb. 1989, 129) bedoelde Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

#### **Artikel 43**

Tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip blijven de artikelen 4, 6 en 29 buiten toepassing.

#### **Artikel 43a**

Tot het tijdstip, bedoeld in artikel 43, worden de artikelen 10 tot en met 18 onderscheidenlijk 20 vervangen door de artikelen 10, 11, 12, 13, 14 en 15 onderscheidenlijk 20, 20a, 20b, 20c, 20d en 20e, luidende:

#### **Artikel 10**

1. Opneming en verder verblijf in een verpleeginrichting of een inrichting, behorende tot de door Onze Minister aan te wijzen categorieën van inrichtingen, waarin lichamelijk gehandicapten verblijven, omvat de door de inrichting te verlenen geneeskundige hulp, verzorging, verpleging en behandeling met dien verstande dat de aard en omvang daarvan worden bepaald door de bestemming van de inrichting.

2. Zorg voor lichamelijk gehandicapten omvat tevens de door de inrichting, bedoeld in het eerste lid, georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen.

3. Onze Minister stelt per categorie van inrichtingen nadere regelen met betrekking tot de inhoud en de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste en tweede lid.

#### **Artikel 11**

1. Zorg aan gehandicapte bewoners van «Het Dorp» van de Stichting Exploitatie Het Dorp te Arnhem omvat de voor de verzekerde noodzakelijke verzorging, waaronder begrepen aangepaste huisvesting, en zo nodig verpleging gedurende dag en nacht, alsmede de met de verzorging verband houdende bezigheidstherapie, geneeskundige behandeling, alsmede de daarmee verband houdende fysiotherapie, logopedie en arbeidstherapie, tandheelkundige behandeling, genees- en verbandmiddelen en kunst- en hulpmiddelen.

2. Onze Minister stelt nadere regelen met betrekking tot de inhoud en omvang van en voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 12**

1. Opneming en verder verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor lichamelijk gehandicapten omvat door het gezinsvervangend tehuis aan de lichamelijk gehandicapte gedurende het etmaal te verlenen verblijf, verzorging en mogelijkheden voor vrije-tijdsbesteding, gericht op de bevordering van de integratie van de lichamelijk gehandicapte in de samenleving.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 13**

1. Plaatsing in een dagverblijf voor lichamelijk gehandicapten omvat de door het dagverblijf gedurende de dag of een gedeelte daarvan te verlenen hulp ter bevordering en tot behoud van de zelfstandigheid van de lichamelijk gehandicapte, alsmede verzorging in het dagverblijf en vervoer.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 14**

1. Dagbehandeling in een verpleeginrichting omvat de door de verpleeginrichting gedurende de dag of een gedeelte daarvan te verlenen hulp en verzorging met het doel de verzekerde in staat te stellen zich zo lang mogelijk in zijn eigen milieu te handhaven, de daartoe aangewezen begeleiding en voorlichting van het milieu van de verzekerde, alsmede vervoer.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 15**

1. Hulp door of vanwege een kruisorganisatie omvat verpleging, verzorging, begeleiding, voorlichting en in bruikleen te verstrekken verpleegartikelen.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde zorg.

#### **Artikel 20**

1. Opneming en verder verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis omvat onderzoek, behandeling, verpleging en verblijf.

2. De zorg, omschreven in het eerste lid, omvat tevens de door het psychiatrisch ziekenhuis onderscheidenlijk de psychiatrische afdeling georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen.

3. Onze Minister bepaalt in welke gevallen een verzekerde op opneming en verder verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling is aangewezen. Hij kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste lid.

#### **Artikel 20a**

1. Hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg omvat ambulante psycho-sociale behandeling, advisering, begeleiding en voorlichting.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, omschreven in het eerste lid.

#### **Artikel 20b**

1. Hulp door of vanwege een regionale instelling voor beschermd wonen omvat verblijf en begeleiding.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de inhoud en omvang van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 20c**

1. Niet-klinische psychiatrische hulp omvat hulp op verwijzing door de huisarts van verzekerde, te verlenen door een psychiater of zenuwarts, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de inhoud en omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 20d**

1. Hulp in een psychiatrische polikliniek omvat onderzoek en behandeling.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de inhoud en omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

#### **Artikel 20e**

1. Psychiatrische deeltijdbehandeling omvat onderzoek, behandeling en verzorging gedurende een deel van de dag.

2. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de inhoud en omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de in het eerste lid omschreven zorg.

## **Artikel 43b**

Tot het tijdstip, bedoeld in artikel 43, komen de artikelen 2, 3, 9, 30, 31, 32 en 35 te luiden:

### **Artikel 2**

1. De verzekerden hebben aanspraak op de zorg, omschreven in de artikelen 3, 5 tot en met 15 en 19 tot en met 29, behoudens voor zover het zorg, voorzieningen of activiteiten betreft die wordt of worden bekostigd dan wel kan of kunnen worden bekostigd op grond van de Wet op de bejaardenoorden (Stb. 1990, 468), de Wet op de jeugdhulpverlening (Stb. 1989, 360), de Welzijnswet (Stb. 1987, 73) of de Tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg (Stb. 1990, 210).

2. De aanspraak op zorg kan, onverminderd artikel 30, slechts tot gelding worden gebracht, voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen.

3. Op de zorg, omschreven bij dit besluit, bestaat geen aanspraak, voor zover deze objectief voorzienbaar samenhangt met een onderzoek in een ziekenhuis dat of behandeling in een ziekenhuis die niet behoort tot de in artikel 9, eerste lid, omschreven zorg.

4. Onze Minister kan, indien het onverwijld treffen van zodanige maatregel noodzakelijk is met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling, medisch-ethische implicaties van nieuwe ontwikkelingen of het belang van de verzekerden, voor een periode van zes maanden, welke door hem éénmaal met zes maanden kan worden verlengd, de inhoud en omvang van de aanspraak op in dit besluit omschreven zorg beperken of nader omschrijven.

### **Artikel 3**

1. De zorg, omschreven in de artikelen 9, 10, 20 en 23, en de zorg, omschreven in de artikelen 19, 21, eerste lid, en 22, tweede lid, voor zover deze gepaard gaat met verblijf gedurende het etmaal, omvat tevens:

- a. tandheelkundige hulp;
- b. farmaceutische hulp;
- c. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven behandeling en verpleging;
- d. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- e. het individueel gebruik van een rolstoel.

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

3. Onze Minister kan regelen stellen met betrekking tot de omvang van en de voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met e.

### **Artikel 9**

1. Opneming en verder verblijf in een ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 20, omvat onderzoek en behandeling van genees-, heel- en verloskundige aard door specialisten alsmede de daarmee verband houdende verpleging en verblijf in een ziekenhuis.

2. Transplantatie van weefsel en organen is slechts begrepen in de zorg, omschreven in het eerste lid, voor zover deze door Onze Minister is aangewezen.



3. Aanspraak op opneming en verder verblijf bestaat slechts voor zover deze een ononderbroken periode van 365 verpleegdagen in één of meer ziekenhuizen te boven gaat. Een onderbreking van niet langer dan 30 dagen geldt niet als onderbreking, doch deze dagen gelden voor de berekening van de 365 dagen evenmin als verpleegdagen. Indien genoemde periode is verstreken en binnen 30 dagen opnieuw opname nodig is, is er evenmin sprake van een onderbreking.

4. Een verzekerde die voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering verblijft in een sanatorium voor tuberculosepatiënten en vanuit dit sanatorium wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met een andere bestemming, heeft, zolang zijn verblijf in laatstbedoeld ziekenhuis een periode van 365 dagen niet overschrijdt, geen aanspraak op opneming en verder verblijf in dat ziekenhuis.

5. Een verzekerde die voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 20, en vanuit zodanig ziekenhuis wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis met een andere bestemming onderscheidenlijk naar een andere afdeling van dat algemeen of academisch ziekenhuis, heeft geen aanspraak op opneming en verder verblijf in dat ziekenhuis, zolang zijn verblijf in dat ziekenhuis dan wel op die andere afdeling een periode van 365 dagen niet overschrijdt.

6. Onze Minister bepaalt in welke gevallen een verzekerde op opneming en verder verblijf in een ziekenhuis is aangewezen.

### **Artikel 30**

1. Het uitvoeringsorgaan kan met de verzekerde overeenkomen of in zijn reglement bepalen dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van daarbij aan te wijzen aanspraken zijn toestemming behoeft dan wel diens aanspraken slechts tot gelding kan brengen op voorschrift van daarbij aan te wijzen personen of instellingen.

2. Het eerste lid is niet van toepassing indien de zorg strekt tot uitvoering van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling als bedoeld in de Krankzinnigenwet (Stb. 1884, 96), dan wel strekt tot uitvoering van een last als bedoeld in artikel 37, eerste lid, of een rechterlijk bevel als bedoeld in artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht (Stb. 1984, 92).

3. Voor zover het betreft opneming en verder verblijf in een verpleeg- inrichting als bedoeld in artikel 10 en dagbehandeling in een verpleeginrichting als bedoeld in artikel 14, wordt een beslissing inzake toestemming als bedoeld in het eerste lid ten aanzien van de verzekerde die een bejaarde is als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Wet op de bejaardenoorden dan wel een persoon die op de voet van artikel 1a van die wet met een bejaarde wordt gelijkgesteld, door het uitvoeringsorgaan niet genomen dan nadat door of namens die verzekerde aan het uitvoeringsorgaan een advies als bedoeld in artikel 13 van het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, 456) is overgelegd, dat is afgegeven door de in artikel 1, onder a, van dat besluit bedoelde commissie van de woonplaats van de verzekerde.

### **Artikel 31**

1. Onze Minister kan ten aanzien van de zorg, omschreven in de artikelen 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 20a, 20b, 20c, 21, 22, 23 en 25, bepalen dat verzekerden bijdragen in de kosten van die zorg. De verschuldigde bijdrage kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort.

2. Onze Minister kan, in overeenstemming met Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de hoogte van de bijdrage voor de zorg, omschreven in de artikelen 9, 10, 11, 12, 20, 20b, 21, tweede lid, 22, derde lid, 23 en 25, en voor de zorg, omschreven in de artikelen 19, 21, eerste lid, en 22, tweede lid, voor zover deze gepaard gaat met verblijf gedurende het etmaal, mede afhankelijk stellen van het inkomen van de verzekerde.

### **Artikel 32**

Het uitvoeringsorgaan kan bij reglement bepalen dat de verzekerde met hem een specifiek eigen risico kan overeenkomen, met betrekking tot de zorg, omschreven in de artikelen 7 en 8.

### **Artikel 35**

1. Voor de toepassing van de wet wordt een instelling die zorg verleent als bedoeld in de artikelen 7, 8, 19, 20c en 26 als erkend aangemerkt.

2. Ten aanzien van instellingen die zorg verlenen als bedoeld in de artikelen 7, 8, 19 en 20c is artikel 45, eerste lid, van de wet niet van toepassing.

3. In afwijking van het tweede lid vervalt ten aanzien van een instelling die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit zorg verleent als bedoeld in de artikelen 4, 6, 7, 19 en 29 en die als zodanig door Onze Minister is erkend op grond van artikel 8a van de Ziekenfondswet dan wel artikel 8 van de wet, de in artikel 45, eerste lid, van de wet bedoelde verplichting met ingang van 1 januari 1994.

### **Artikel 43c**

Tot het tijdstip, bedoeld in artikel 43, komt het derde lid van artikel 12 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550) te luiden:

Het voorgaande is niet van toepassing op verblijf in gezinsvervangende tehuizen als bedoeld in de artikelen 12, 21, 22 en 25 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

### **Artikel 43d**

1. De hierna genoemde ministeriële regelen, berustende op bepalingen van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968, welke tussentijds kunnen worden gewijzigd, blijven van kracht tot uiterlijk het tijdstip, bedoeld in artikel 43:

a. het Besluit ziekenhuisverpleging Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1968, 103);

b. de Regeling hulp aan auditief gehandicapten bijzondere ziektekostenverzekering (Stcrt. 1991, 122);

c. de Regeling verzorging visueel gehandicapten Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1987, 243);

d. het Besluit gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1984, 116);

e. het Besluit zwakzinnigenzorg Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1968, 103);

f. het Besluit voorwaarden gezinsverpleging Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1970, 55);

g. de Regeling psychiatrische ziekenhuisverpleging AWBZ (Stcrt. 1988, 252);

h. het Besluit dagverblijven gehandicapten Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1985, 95);

- i. het Besluit tandheelkundige hulp Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1975, 1);
  - j. de Regeling rolstoelen in AWBZ-inrichtingen (Stcrt. 1987, 243);
  - k. het Besluit verpleging in verpleeginrichtingen Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1968, 103);
  - l. het Besluit dagbehandeling in een verpleeginrichting Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1977, 128);
  - m. het Besluit verzorging in «Het Dorp» Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1972, 22);
  - n. de Regeling hulp door of vanwege een regionale instelling voor beschermd wonen Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1988, 148);
  - o. de Regeling beperking niet-klinische psychiatrische hulp AWBZ (Stcrt. 1988, 252);
  - p. de Regeling poliklinische psychiatrische hulpverlening AWBZ (Stcrt. 1988, 252);
  - q. de Regeling psychiatrische deeltijdbehandeling AWBZ (Stcrt. 1988, 252);
  - r. de Regeling hulpmiddelen AWBZ (Stcrt. 1988, 253);
  - s. het Besluit hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1981, 251);
  - t. het Besluit uitvoering vaccinatieprogramma Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1974, 129);
  - u. het Besluit uitvoering onderzoek aangeboren stofwisselingsziekten Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1974, 129);
  - v. het Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1979, 250);
  - w. de Eigen-bijdrage-regeling AWBZ (Stcrt. 1987, 103);
  - x. het Besluit gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1984, 116);
  - y. het Besluit verstrekken van inlichtingen door gemeentebesturen aan de Provinciale Ent administraties (Stcrt. 1974, 161).
2. Als regelen ingevolge de artikelen 5 en 22, eerste juncto vierde lid, van dit besluit gelden tot het in artikel 43 bedoelde tijdstip de hierna genoemde, op bepalingen van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering berustende ministeriële regelingen, welke tussentijds kunnen worden gewijzigd:
- a. het Besluit erfelijkheidsonderzoek ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1984, 232);
  - b. de Regeling audiologische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1990, 251).

#### **Artikel 44**

1. Indien een verzekerde op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit in het genot is van een verstrekking voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering, op welke verstrekking als zodanig na dat tijdstip ingevolge dit besluit geen aanspraak meer bestaat, behoudt hij tot uiterlijk 1 januari 1993 aanspraak op die verstrekking met inachtneming van de daaraan ten grondslag liggende beslissingen van het betrokken uitvoeringsorgaan.

2. Indien een verzekerde op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit in het genot is van een verstrekking krachtens de Ziekenfondswet, waarop met ingang van dat tijdstip geen aanspraak ingevolge die wet meer bestaat, heeft hij tot uiterlijk 1 januari 1993 aanspraak op die verstrekking op grond van de wet met inachtneming van de daaraan ten grondslag liggende beslissingen van het betrokken ziekenfonds.

3. Indien een verzekerde op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit in het genot is van zorg, welke met ingang van dat tijdstip begrepen is onder de in dit besluit omschreven zorg en met betrekking tot de kosten waarvan hij is verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar of waarvan de kosten in aanmerking komen voor vergoeding ingevolge een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, heeft hij, ingeval de zorg wordt verleend door een persoon of instelling met wie het uitvoeringsorgaan geen overeenkomst heeft gesloten, tot uiterlijk 1 januari 1993 aanspraak op voortzetting van vergoeding van de kosten van die zorg voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering voor zover die kosten de kosten van zodanige zorg, verleend door een persoon of instelling waarmee het uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft gesloten, niet te boven gaan.

4. Indien de verzekerde onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip, bedoeld in artikel 43, in het genot is van een voorziening op grond van het Besluit gezinsverzorging en huishoudelijke hulp Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (Stcrt. 1978, 226) waarop met ingang van dat tijdstip geen aanspraak ingevolge dat besluit meer bestaat, heeft hij gedurende ten hoogste een jaar aanspraak op een uitkering op grond van de wet met inachtneming van de aan het genot van die voorziening ten grondslag liggende beslissing van de daarbij betrokken bedrijfsvereniging als bedoeld in de Organisatiewet Sociale Verzekering (Stb. 1989, 119), onderscheidenlijk van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds, dan wel de directie van het Spoorwegpensioenfonds.

<sup>1</sup> Laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 17 juli 1991, Stb. 407

<sup>2</sup> Laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 13 december 1989, Stb. 614

<sup>3</sup> Laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 28 mei 1991, Stb. 266

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 10 december 1991 nr. 240

#### Artikel 45

1. De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit vast te stellen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan zijn.

2. Dit besluit kan worden aangehaald als: Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

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

's-Gravenhage, 20 november 1991

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
H. J. Simons

Uitgegeven de *eenentwintigste* november 1991

De Minister van Justitie a.i.,  
C. I. Dales

## NOTA VAN TOELICHTING

### A. Algemeen

#### 1. Inleiding

Op 10 mei 1990 heeft het kabinet met de nota «Werken aan zorgvernieuwing» (kamerstukken II, 1989-90, 21 545, nrs. 1 en 2) een actieprogramma voor het beleid op het terrein van de zorgsector in de jaren negentig aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden. In die nota heeft het kabinet zijn visie weergegeven over de gewenste fundamentele herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen door middel van onder meer de invoering van een moderne zorgverzekering voor alle ingezetenen.

In de nota «Werken aan zorgvernieuwing» is aangegeven dat de ingezette lijn om naar de toekomstige zorgverzekering toe te groeien door middel van aanpassingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Stb. 1990, 176) wordt doorgezet. Daartoe wordt de AWBZ gemoderniseerd en geleidelijk met zorgaanspraken uitgebreid. Ten aanzien van dit hervormingsproces heeft het kabinet een drietal ijkpunten geformuleerd, te weten:

1. een werkend stelsel van budgettering op weg naar een hanteerbaar stelsel van normuitkeringen;
2. een voldoende operationeel te achten functionele omschrijving van zorg, welke een basis vormt voor een zorgverzekering, waarbij onder andere als gevolg van het ontstaan van substitutiemogelijkheden kostenbeheersing een kans krijgt en onderlinge concurrentie van zorgverzekeraars inhoud kan krijgen;
3. een nadere politieke beschouwing van het advies van de Raad van State over de juridische aspecten van de verhouding basis-aanvullend pakket.

Elke voorgenomen wijziging wordt steeds aan de hand van deze punten getoetst.

De toekomstige moderne zorgverzekering die het kabinet voor alle ingezetenen voor ogen heeft, dient een kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk stelsel van gezondheidszorg te waarborgen. Bovendien dient deze zorgverzekering een uitvoeringsstructuur in een moderne vormgeving te krijgen, welke in het bijzonder tot uitdrukking komt in de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg. Deze zorgverzekering gaat dan ook een eigen plaats innemen binnen het geheel van de Nederlandse sociale zekerheid. De structuur van deze verzekering wijkt bovendien in belangrijke mate af van die van de tot nu toe in de AWBZ opgenomen volksverzekering tegen ziektekosten. In het tot nu toe geldende stelsel is er sprake van strakke regulering waarbij weinig of geen eigen verantwoordelijkheid bestaat voor zowel vragers als aanbieders van zorg. In de moderne zorgverzekering staat een eigen verantwoordelijkheid daarentegen centraal, ook voor wat betreft de beheersing van de kosten van de zorg.

Aan de mogelijkheid tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid wordt in het nieuwe stelsel vorm gegeven door zowel aan de verzekerden als aan de zorgverzekeraars binnen de in de wet gestelde grenzen ruime keuzemogelijkheden en meer ruimte voor substitutie te bieden. Deze ruime keuzemogelijkheden omvatten onder meer de vrijheid van zorgverzekeraars om binnen de grenzen van de wet concrete invulling te geven aan het zoveel mogelijk in functionele termen omschreven pakket van verzekeringsaanspraken, de vrijheid zowel om op basis van restitutie van gemaakte kosten als volgens het systeem van verstrekking van zorg in



natura te werken en de vrijheid van verzekerden om te kiezen voor een eigen risico aan de voet, eventueel aangevuld met specifieke eigen risico's voor bepaalde zorg.

Met de onderhavige maatregel (het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering), die zijn basis vindt in de met de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase gewijzigde en gemoderniseerde AWBZ, worden twee essentiële onderdelen van de tweede stap van de stelselwijziging ingevoerd. Enerzijds vindt uitbreiding plaats van het AWBZ-pakket met de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, zorg op het terrein van de revalidatie, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek, kraamzorg en farmaceutische hulp. Anderzijds worden voor de zorg bestaande uit verzorging en verpleging, geestelijke gezondheidszorg, hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, revalidatie en farmaceutische hulp functionele omschrijvingen ingevoerd.

Vanwege de veelheid en de ingrijpende aard van de wijzigingen is besloten de aanspraken die verzekerden krachtens de AWBZ hebben, opnieuw te formuleren en het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (Stb. 1977, 444) in te trekken.

De wijzigingen in het AWBZ-pakket maakten het voorts noodzakelijk het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550), het Besluit controletaak uitvoeringsorganen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1984, 229), het Besluit van 1 februari 1985 (Stb. 1985, 84), het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132), het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, 456) en het Besluit aanmerking als erkende instelling bijzondere ziektekostenverzekering, te wijzigen. Daarnaast worden het Besluit bijzondere ziektekosten militairen en gewezen militairen (Stb. 1991, 446) en het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1971, 505) ingetrokken.

In het beoogde stelsel zal de beheersing van de kosten van de zorg in belangrijke mate behoren tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars, de aanbieders van zorg en de verzekerden. Daartoe zal geleidelijk de huidige regeling op het terrein van erkenning, planning en tarifiering worden aangepast. Alleen dan ontstaan mogelijkheden voor verzekeraars en aanbieders van zorg om daadwerkelijk bij te dragen aan een doelmatige en, in een aantal gevallen, derhalve goedkopere zorgverlening. De functionele omschrijving van de zorg is daarbij een belangrijk instrument. Naast de bestaande regelgeving op het terrein van de erkenning, de planning en de tarifiering, een en ander in combinatie met de contracteerplicht, beperkt de voorzieningsgerichte omschrijving van zorgaanspraken sterk de mogelijkheid voor verzekeraars om invloed uit te oefenen op de organisatie van de zorgverlening. Het is derhalve van groot belang dat verzekeraars de mogelijkheid wordt geboden daarop meer invloed te hebben. Een stelsel van functionele omschrijvingen, dat substitutie van zorg en zorg op maat mogelijk maakt, draagt daartoe bij.

Met het oog hierop zijn de omschrijvingen zodanig geformuleerd dat aan de verzekeraars en de verzekerden de speelruimte wordt geboden om het met de aanspraken corresponderende zorgaanbod te concretiseren. De omschrijvingen bieden daardoor de ruimte om de zorgverlening aan de verzekerde zoveel mogelijk af te stemmen op de behoefte van de verzekerde. Daarmee kan worden bereikt dat onnodige, onnodig kostbare en ondoelmatige zorg kan worden tegengegaan. De bezwaren tegen de voorzieningsgerichte omschrijving richt zich immers met name tegen het gegeven dat de verzekeraar gehouden is precies datgene te bieden dat is omschreven in de wettelijke aanspraak. Een verzekerde die aan minder dan het geregelde behoefte heeft, moet toch hetgeen volledig geregeld is afnemen, wil hij zorg kunnen ontvangen.

Teneinde verzekeraars en verzekerden de beoogde ruimte te bieden, geven de functionele omschrijvingen de aanspraken op zorg in globale zin weer.

Onder punt 4 van dit deel van de nota van toelichting wordt op de afbakening van de functioneel omschreven aanspraak verder ingegaan.

In het voorgaande is de functionele omschrijving als één van de instrumenten die kunnen bijdragen aan kostenbeheersing, aangeduid.

Evenzeer van belang zijn instrumenten als het overeenkomstenstelsel, de beperking van de contracteerplicht, de introductie van maximumtarieven, de budgettering van verzekeraars en de nominale premie, alsmede de mogelijkheid voor verzekerden om voor een eigen risico te kiezen. Dit samenstel van maatregelen biedt voor alle betrokkenen, te weten verzekeraars, aanbieders van zorg en verzekerden een voldoende aantal stimuli tot een kostenbewust handelen. Volledigheidshalve zij nog opgemerkt dat de huidige wettelijke aanbodbeheersing slechts geleidelijk zal worden beëindigd, opdat deze geleidelijk door verzekeraars en andere partijen in het veld kunnen worden overgenomen.

Op 27 juni 1991 heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd inzake de functionele omschrijving van huisartsenhulp, op 22 augustus 1991 over de functionele omschrijving van de zorg op het terrein van de verzorging en verpleging, de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie en op 23 augustus 1991 over de functionele omschrijving van de farmaceutische hulp. De Raad heeft voorts op 22 augustus 1991 afzonderlijk geadviseerd over een ontwerp-Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

De adviezen van de Raad zijn zoveel mogelijk verwerkt in de tekst van dit besluit en de daarbij behorende nota van toelichting. Op 24 oktober 1991 heeft de Raad vervolgens nog geadviseerd over de budgettering AWBZ en de invoering van normatieve elementen met ingang van 1 januari 1992.

Zoals in punt 2 is aangegeven heeft dit laatstgenoemde advies een belangrijke rol gespeeld bij de besluitvorming van het kabinet tot de per 1 januari 1992 te nemen maatregelen.

De in dit besluit neergelegde aanspraken op zorg hebben betrekking op individueel afdwingbare rechten van verzekerden. Een aantal zaken die op zich van belang zijn voor de gezondheidszorg, zijn niet hieronder te brengen. Het gaat hier om zaken waarbij de individuele afdwingbaarheid ontbreekt. Zo worden er bijvoorbeeld vanuit de kruisorganisaties en de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg activiteiten gedaan op het gebied van de collectieve preventie. Ook valt daarbij te denken aan een aangelegenheid als de coördinatie van het vrijwilligerswerk op het gebied van de verzorging en verpleging.

Ten aanzien van dit soort zaken wijst de Raad er in zijn adviezen op dat het in feite gaat om aangelegenheden die bij uitstek tot de verantwoordelijkheid van verzekerden, verzekeraars en aanbieders van zorg behoren. Voorts is de Raad van mening dat voorlichting ter voorkoming van ziekten, instructie en voorlichting bij een feitelijke zorgvraag behoren bij een goede beroepsuitoefening door de hulpverlener of hulpverlenende instelling. De wijze waarop hieraan invulling moet worden gegeven, zal ter regeling aan de verzekeraars in de overeenkomsten met aanbieders van zorg overgelaten worden. Ook de consultatiefunctie en de mogelijkheden daarvoor, zijn naar de opvatting van de Raad bij uitstek een aangelegenheid om in bedoelde overeenkomsten te regelen.

Gelet op het vorenstaande, zijn bedoelde activiteiten niet in dit besluit geregeld. Omdat het hier om aangelegenheden gaat, die er aan bijdragen dat zo veel mogelijk wordt voorkomen dat de verzekerde een beroep moet doen op de in dit besluit geregelde zorg ofwel om zaken die

om andere redenen nauw verbonden zijn met de zorg, mag worden verwacht dat verzekeraars en aanbieders van zorg de nodige afspraken zullen maken. Dit te meer, omdat de met deze activiteiten tot op heden gemoede gelden ook beschikbaar blijven.

Met betrekking tot de uitvoering van de AWBZ zij vermeld dat de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase uitgaat van de huidige uitvoeringsorganisatie, in welk kader de AWBZ wordt uitgevoerd door ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en organen die een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoeren. Niet wordt beoogd met ingang van 1 januari 1992 een verbod te stellen op een eventueel winstoogmerk van particuliere ziektekostenverzekeraars die de AWBZ uitvoeren. Dit aspect zal eerst aan de orde komen in het kader van de toekomstige Wet op de zorgverzekering. Gedurende de invoeringsfase van het nieuwe stelsel die beheerst wordt door de met de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase aangebrachte modernisering in de structuur van de AWBZ zal voorts geen wijziging worden aangebracht in de toelatingsvoorwaarden voor de uitvoering van de AWBZ. Hiertoe is besloten om alle verzekeraars ruimschoots de gelegenheid te geven zich in te stellen op de toekomstige situatie.

In het kader van het nieuwe stelsel zullen de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars, evenals overigens de ziekenfondsen en de organen die een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoeren, van karakter veranderen. Voor de particuliere ziektekostenverzekeraars en de organen die een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoeren zal dit onder meer het gevolg zijn van het in de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase neergelegde uitgangspunt dat met zorgaanbieders overeenkomsten dienen te worden gesloten. Dit is daarom van belang omdat op deze wijze de mogelijkheid ontstaat om invloed uit te oefenen op de organisatie van de zorgverlening. De toekomstige zorgverzekeraars zullen immers risico's dienen te dragen. Voor de huidige ziekenfondsen geldt dit op dit moment nog maar in zeer beperkte mate. In het licht hiervan kan dan worden geconcludeerd dat de toekomstige zorgverzekeraars vooral overeenkomst zullen vertonen met de onderlinge particuliere ziektekostenverzekeraars.

Zoals in het kader van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase is uiteengezet, is het kabinet van opvatting dat het aspect van de risicodragendheid onder meer zal leiden tot marktwerking en daarmee een belangrijke bijdrage zal leveren aan de beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg.

Ingevolge de met genoemde wet aan de AWBZ – in artikel 6, achtste lid, en artikel 17, elfde lid – toegevoegde voorhangprocedure, dient het onderhavige besluit aan de beide kamers der Staten-Generaal te worden overgelegd. Mochten uit in dat kader gevoerd overleg wijzigingen van dat besluit voortvloeien, dan zal de daartoe noodzakelijke wijziging van het onderhavige besluit, conform de wettelijke voorhangprocedure, eveneens aan de beide kamers worden overgelegd.

## *2. Fasegewijze invoering Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering*

Met de totstandkoming van het onderhavige besluit wordt een belangrijke stap gezet in de richting van de invoering van de door het kabinet beoogde zorgverzekering. Gelet op het belang van deze stap, hecht het kabinet eraan dat de invoering van de in dit besluit geregelde aspecten op verantwoorde wijze plaatsvindt. Met het oog hierop heeft het kabinet zich indringend beraden op de vraag of, en zo ja, op welke onderdelen en in welke mate zich serieuze technische en administratieve problemen zouden kunnen voordoen, indien zou worden vastgehouden aan de

voorzien invoeringsdatum voor het totale pakket van maatregelen, zoals aangegeven in punt 1 van deze nota van toelichting.

In het licht hiervan zal eerst een aanduiding worden gegeven van de overige te treffen uitvoeringsmaatregelen. Vervolgens zal worden ingegaan op de consequenties hiervan voor de onderscheiden actoren, te weten verzekerden, verzekeraars en aanbieders van zorg.

De realisering van de stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase maakt het noodzakelijk dat, naast het onderhavige besluit, een aantal andere maatregelen wordt getroffen, onder meer betreffende de budgettering van de uitvoeringsorganen AWBZ, de invoering van nominale premies in de AWBZ, de inschrijving van verzekerden en, in samenhang daarmee, de duur van die inschrijving de vaststelling van de werkingssfeer van maximum tarieven, alsmede een afstemming van de werkingssfeer van de Wet tarieven gezondheidszorg op de functionele omschreven zorgaanpakken. Voor de financieringswijze van de zorgaanpakken is tenslotte het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering van belang. In dat besluit is geregeld dat de organisatie en administratie van een belangrijk deel van de zorgaanpakken geschiedt met inschakeling van verbindingkantoren en het Centraal Administratiekantoor AWBZ (CAK).

De nieuwe opzet van het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering vereist een concretisering van de zorgaanpakken in de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders en het tot stand brengen van overeenkomsten tussen verzekeraars en verzekerden. Alleen dan kan het stelsel daadwerkelijk werken.

Uit het voorgaande blijkt dat de daadwerkelijke invoering van het onderhavige besluit nog een aantal stappen vereist. Voor de onderhavige maatregel geldt ingevolge artikel 6, achtste lid, juncto artikel 17, elfde lid, van de AWBZ een zogenaamde voorhangprocedure. Deze houdt in dat het besluit na zijn vaststelling aan de Eerste en Tweede Kamer dient te worden overgelegd en eerst in werking kan treden op een tijdstip dat, nadat dertig dagen zijn verstreken en door de kamers geen wens tot regeling bij wet is uitgesproken, bij koninklijk besluit wordt vastgesteld. Dit houdt echter niet in dat de nadere uitwerking eerst ter hand zou kunnen worden genomen, nadat het onderhavige besluit in werking is getreden. Het kabinet is van oordeel dat de verdere uitwerking reeds nu ter hand kan worden genomen.

Voor de beoordeling van de vraag of invoering, gelet op de uitvoeringstechnische aspecten nog verantwoord kan worden genoemd, is ook van belang de mate waarin is voorzien in overgangsregelingen.

Van belang in dat verband is dat ingevolge de Wet houdende onder andere beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, is bepaald dat modelovereenkomsten, gesloten vóór de inwerkingtreding van die wet, behoudens indien deze voordien zijn herzien, van kracht kunnen blijven tot 1 januari 1994. In de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase is voorzien in een overgangsregime voor overeenkomsten als bedoeld in artikel 44 van de Ziekenfondswet met betrekking tot vormen van zorg die worden overgeheveld van de Ziekenfondswet naar de AWBZ. Echter, dit neemt niet weg dat door de onderscheiden partijen een aantal stappen gezet dient te worden. Hierbij zij aangetekend dat voor particuliere ziektekostenverzekeraars en voor organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren, de uitvoeringsconsequenties wegens het ontbreken van overeenkomsten van een andere orde kunnen zijn dan voor de ziekenfondsen. Voor deze laatste is het hanteren van een overeenkomstenregime ook nu reeds gebruikelijk.

Niet voor alle overgangsproblemen is echter voorzien in overgangsregelgeving.



De inwerkingtreding van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase maakt het met betrekking tot de zorgaanspraken die naar de AWBZ worden overgebracht, nodig dat (model)overeenkomsten tot stand worden gebracht. Eveneens is nodig dat verzekeraars de verzekeringsreglementen aanpassen, omdat dit aan verzekerden duidelijkheid geeft over de wijze waarop de desbetreffende verzekeraar voornemens is uitvoering te geven aan onder meer de onderhavige maatregelen. De totstandkoming van een dergelijk reglement is met name van belang voor die verzekerden die met hun verzekeraar geen of nog geen overeenkomst hebben gesloten over de wijze waarop de zorgaanspraken tot gelding worden gebracht. Voor die gevallen zal het reglement daarin dienen te voorzien. Het kabinet is zich er dan ook van bewust dat de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering, ondanks de voorziene overgangsmaatregelen, een omvangrijke en gecompliceerde operatie is.

Het kabinet heeft er kennis van genomen dat een groot aantal organisaties heeft aangedrongen op uitstel. Naar het oordeel van deze organisaties is de voorbereidingstijd te kort om een verantwoorde invoering te waarborgen.

De signalen die het kabinet terzake hebben bereikt, hebben het kabinet aanleiding gegeven de Ziekenfondsraad, ten gevolge op de adviesaanvraag van 7 mei 1991, op 24 september 1991 een nadere adviesaanvraag te zenden, waarin een fasering was voorzien van de aanvankelijk per 1 januari 1992 voorgenomen wijzigingen. Teneinde het de betrokken partijen mogelijk te maken zich volledig te richten op de functioneel omschreven zorgaanspraken, leek het wenselijk de volledige afschaffing van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering uit te stellen tot 1 januari 1993. Op die wijze zou de uitvoering met inschakeling van verbindingkantoren en het Centraal Administratiekantoor AWBZ nog een jaar langer mogelijk blijven. Op 24 oktober 1991 heeft de Raad zijn advies inzake budgettering AWBZ/invoering normatieve elementen per 1 januari 1992, uitgebracht. Een meerderheid van de Raad is, blijkens dat advies, van opvatting dat de in de adviesaanvraag aangegeven maatregelen niet per 1 januari 1992 genomen moeten worden. Een minderheid meent dat invoering van de beoogde maatregelen wel mogelijk zou zijn.

Het kabinet heeft de ontvangen adviezen en standpunten zwaar laten wegen bij de besluitvorming. In het bijzonder heeft een belangrijke rol gespeeld het oordeel over de vraag of voor verzekeraars en aanbieders van zorg voldoende tijd beschikbaar zou zijn om terzake nadere afspraken te maken, voor verzekeraars om invulling te geven aan de concretisering van de zorgaanspraken en voor verzekerden om inzicht te krijgen in hun rechten en verplichtingen en zich voor te bereiden op de keuzen die zij moeten maken.

Op grond van het voorgaande is het kabinet tot de conclusie gekomen dat een verantwoorde invoering van de met ingang van 1 januari 1992 voorgenomen maatregelen, gezien de daarmee gemoeide uitvoeringsproblemen, alleen mogelijk zou zijn, indien tot een verdere fasering van deze maatregelen zou worden besloten.

In het licht hiervan heeft het kabinet, naar aanleiding van overleg met verzekeraars over de administratieve uitvoerbaarheid van budgettering en op basis van het eerdergenoemde advies van de Ziekenfondsraad van 24 oktober 1991, besloten het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering voor het jaar 1992 te handhaven voor de voorzieningen die ingaande 1 januari 1992 nog niet functioneel zouden worden omschreven. Het gaat hierbij in hoofdzaak om de zwakzinnigenzorg en de voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten. Dit brengt met zich dat de centrale financiering, met inschakeling van verbindingkantoren en het Centraal Administratiekantoor AWBZ, in 1992 voor deze voorzie-



ningen wordt gecontinueerd. Extra lasten die het gevolg zouden zijn van een wijziging in de financiering, de administratie en organisatie van die uitvoering worden daardoor voorkomen. Naast de fasering van de invoering van de functionele omschrijving en de budgettering van de zorgaanspraken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg tot 1 januari 1993, waartoe het kabinet reeds eerder had besloten, heeft het kabinet gemeend dat een zorgvuldige besluitvorming ook met zich zou moeten brengen dat de invoering van de functionele omschrijving en de budgettering van de aanspraken op het terrein van de verzorging en verpleging wordt uitgesteld tot 1 januari 1993. Dit betekent dat het genoemde Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering in 1992 ook van toepassing blijft op de verpleeginrichtingen, het kruiswerk en de gezinsverzorgende tehuizen en dagverblijven voor lichamelijke gehandicapten, terwijl de huidige subsidiëring van de gezinszorg ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten eveneens dient te worden gecontinueerd. Gelet op de totale omvang van het naar de AWBZ over te hevelen pakket en de daarmee samenhangende administratieve inspanning die met name van de verzekeraars zou worden gevergd, heeft het kabinet tenslotte besloten de uitbreiding van de AWBZ met huisartsenhulp uit te stellen tot 1 januari 1993.

Zoals in de nadere memorie van antwoord, inzake het voorstel van Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase (nr. 21 592) die op 8 november 1991 aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal is gezonden, is aangegeven heeft het kabinet de intentie de overige voorgenomen maatregelen per 1 januari 1993 door te voeren. Teneinde echter een zorgvuldige invoering te waarborgen, is in het onderhavige besluit bepaald dat de maatregelen die na 1 januari 1992 zijn voorzien niet zonder nadere besluitvorming in werking treden, doch bij afzonderlijk koninklijk besluit worden ingevoerd.

Met de boven uiteengezette fasering van de maatregelen die op 1 januari 1992 worden doorgevoerd, meent het kabinet enerzijds de invoeringsproblemen te hebben gereduceerd tot een aanvaardbaar niveau, waardoor dit voor verzekerden, verzekeren en aanbieders niet leidt tot onverantwoorde invoeringsproblemen. Anderzijds is daarmee toch een belangrijke stap gezet met betrekking tot de invoering van de stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase.

### *3. Specifiek eigen risico*

In het kader van de behandeling van het voorstel van Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase in de Tweede Kamer der Staten-Generaal is een nota van wijziging (kamerstukken II, 1990-1991, 21 592, nr. 30) ingediend, waarmee onder meer wordt beoogd de vrijheid die verzekerden hebben om in het kader van het eigen risico zelf invulling te geven aan de wijze waarop zij hun aanspraken geldend kunnen maken, belangrijk te vergroten. Daartoe is naast het algemeen eigen risico aan de voet, dat reeds onderdeel vormde van het wetsvoorstel, de mogelijkheid geopend dat het uitvoeringsorgaan in het reglement bepaalt dat de verzekerde met hem kan overeenkomen dat een specifiek eigen risico kan gelden met betrekking tot de kosten die deze verzekerde maakt voor een of meer bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg. Evenals het algemeen eigen risico, is dus ook het specifiek eigen risico vrijwillig, dat wil zeggen dat de verzekerde moet kunnen kiezen voor een verzekering zonder eigen risico.

De verzekerde kan evenwel alleen gebruik maken van de vrijheid een eigen risico te nemen indien en voorzover verzekeraars al dan niet gedeeltelijk het restitutiesysteem toepassen en daadwerkelijk eigen risico's aanbieden.

Tenslotte is in dit kader van belang dat het de verzekeraar niet is toegestaan een specifiek eigen risico zodanig toe te spitsen op één zorgvorm dat dit in feite zou inhouden een beperking van het pakket. Een dergelijk handelen van die verzekeraar zou zowel met de wet als met internationale verdragen in strijd zijn.

Voor de procedure van aanwijzing bij algemene maatregel van bestuur is gekozen om te voorkomen dat de met deze wijziging beoogde vergroting van de vrijheidsgraden, die binnen de AWBZ bestaan, leidt tot ongewenste zorginhoudelijke effecten, bijvoorbeeld omdat het eigen risico wordt toegespitst op relatief goedkope zorg, waardoor mogelijkheden ontstaan van substitutie naar duurdere zorg of omdat een nagestreefd preventiebeleid zou worden belemmerd indien het eigen risico-element juist op dat zorgaspect wordt toegespitst. Voorts dient het specifieke eigen risico geen betrekking te hebben op zware geneeskundige risico's.

De Ziekenfondsraad is op 1 juli 1991, gegeven de uitkomsten van de beraadslagingen in de Tweede Kamer der Staten-Generaal, gevraagd over deze aangelegenheid technisch te adviseren. In de adviesaanvraag is aangegeven dat per 1 januari 1992 gedacht zou kunnen worden aan een specifiek eigen risico voor farmaceutische hulp, niet-klinische specialistische psychotherapie, hulpmiddelen en kortdurende thuisverzorging/verpleging.

Op 22 augustus 1991 heeft de Raad terzake geadviseerd. In dit advies brengt de Raad in herinnering dat in voorgaande adviezen reeds was gewezen op de nadelige effecten van het eigen risico. Met name werd daarbij geduid op de ondergraving van de solidariteit tussen zieken en gezonden en op het gevaar van risico-selectie door de verzekeraars. De Raad heeft er op gewezen dat de invoering van specifieke eigen risico's deze mogelijke effecten naar zijn mening nog versterkt.

Gezien de bovengenoemde negatieve effecten en de, naar de mening van de Raad, onmogelijkheid om op dit moment andere eventuele aspecten van het invoeren van een specifiek eigen risico te onderkennen, heeft een meerderheid van de Raad zich uitgesproken tegen invoering van specifieke eigen risico's. Een minderheid van de Raad meent dat het hanteren van eigen risico's kan leiden tot een bewuster gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Dit deel van de Raad is dan ook niet zonder meer tegen de invoering van specifieke eigen risico's, mits dit zorgvuldig worden gekozen.

Een meerderheid van de Raad heeft zich voorts op het standpunt gesteld dat, mocht alsnog aan de beslissing van de Tweede Kamer der Staten-Generaal invulling worden gegeven zodat specifieke eigen risico's worden ingevoerd, de mogelijkheid daarvan moet worden begrensd tot een beperkt aantal zorgvormen.

Een minderheid van de Raad acht een beperking van de invoering van een specifiek eigen risico voor bepaalde zorgvormen daarentegen niet op voorhand nodig en is van mening dat in principe alle zorgvormen daarvoor in aanmerking komen, met uitzondering van enkele preventieve activiteiten.

Wat betreft de datum van invoering van het specifieke eigen risico, is een overgrote meerderheid van de Raad van mening dat 1 januari 1992 te vroeg is, gezien de, naar de opvatting van de Raad, vele nog bestaande onduidelijkheden. Daarbij denkt de Raad aan de maximale hoogte van de eigen risico's, de wijze waarop een en ander in de polissen wordt geregeld, op welk moment de verzekerde van de eigen risico's kan afzien en op welke wijze er grenzen aan de uitvoeringspraktijk van eigen risico's dienen te worden gesteld.

Gezien het belang van het introduceren van instrumenten die de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de verzekerde vergroten, is, in afwijking van het advies van de Raad, besloten tot de invoering van de mogelijkheid van specifieke eigen risico's per 1 januari 1992.

Invoering van vrijwillig te kiezen specifieke eigen risico's, naast het vrijwillig te kiezen algemeen eigen risico aan de voet, zal bovendien leiden tot een bewuster gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, waardoor een belangrijke bijdrage kan worden geleverd aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg.

Aangezien de invoering van de mogelijkheid van een specifiek eigen risico in de AWBZ een nieuw element is, waarmee nog geen ervaringen zijn opgedaan, verdient een voorzichtige benadering aanbeveling. Daarom is het standpunt van dat deel van de Raad, dat er voor pleitte om het eigen risico niet te beperken tot bepaalde aangewezen zorgvormen, doch dat ter invulling aan de verzekeraars over te laten, niet gevolgd.

Wat betreft de door de Raad genoemde bezwaren en onduidelijkheden, zij het volgende opgemerkt.

De beoogde solidariteit en de financiële draagvlak van het stelsel blijft ook met de (specifieke) eigen risico's voldoende in stand. Immers, gezien de verhouding procentuele versus nominale premie, blijft de zorg grotendeels bekostigd via een procentuele premie naar rato van het inkomen.

De gevreesde risico-selectie wordt tegengegaan door de verzekering van rechtswege en de daaraan verbonden acceptatieplicht.

Voorts is van belang dat de verzekerde eens per twee jaren zijn overeenkomst met de verzekeraar kan herzien en derhalve alsnog van de gekozen eigen risico's kan afzien.

Echter, evenzeer dient in beschouwing te worden betrokken de positie van de verzekeraar ten opzichte van specifieke eigen risico's. Indien een verzekeraar bepaalde specifieke eigen risico's mogelijk maakt, zal de verzekerde bij zijn eventuele keuze voor zo'n specifiek eigen risico een afweging maken tussen enerzijds de financiële risico's die hij daardoor loopt en anderzijds de verlaging van nominale premie die de verzekeraar aan het accepteren van een bepaald eigen risico verbindt. De omvang van de aan te bieden premieverlaging zal de verzekeraar afstemmen op de omvang van de verwachte daling van de schade-uitkeringen als gevolg van het gekozen eigen risico. Indien een verzekeraar, met als oogmerk risico-selectie, onevenredig hoge premiekortingen zou willen aanbieden in relatie met de verwachte daling van de schade-uitkeringen – in de wetenschap dat alleen gezonde verzekerden voor een eigen risico kiezen – dan treedt per saldo premiederving op. De desbetreffende premiederving zou vervolgens moeten worden opgevangen door middel van een verhoging van de nominale premie voor alle verzekerden. Daardoor wordt niet alleen de aanvankelijke premiekorting voor de verzekerden die kiezen voor een eigen risico, goeddeels teniet gaan, ook ontstaat een concurrentienadeel ten opzichte van verzekeraars die geen specifieke eigen risico's hebben ingevoerd.

Het bovenstaande geeft aan dat in de voorgestelde opzet geen reden bestaat voor vrees dat eigen risico's juist in verband met een daaraan verbonden mogelijkheid tot risicoselectie een grote vlucht zullen nemen.

Meer in het algemeen kan worden gesteld dat er praktische beperkingen zijn aan de betekenis van eigen risico's in het nieuwe stelsel, zeker in de thans aan de orde zijnde fase van het invoeringstraject. Waar in de huidige particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt, bij het ontbreken van een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, eigen risico's mede een mogelijkheid bieden tot risicoselectie, zal

dat in het nieuwe stelsel niet zo zijn. Ten opzichte van de huidige situatie zal het belang dat verzekeraars en bepaalde groepen verzekerden hebben bij eigen risico's alleen al hierdoor afnemen. Daarnaast is de hoogte van de in te voeren nominale premie in de AWBZ in de nu aan de orde zijnde fase van de stelselwijziging vooralsnog beperkt. Daardoor is ook de maximaal te verkrijgen premiekorting in verband met eigen risico's beperkt.

In combinatie met het vooralsnog eveneens beperkte aantal zorgonderdelen ten aanzien waarvan eigen risico mogelijk is én voor de hand ligt, betekent dit enige relativisering van het praktische belang van specifieke – en algemene – eigen risico's in dit stadium van de stelselwijziging.

Juist in het kader van het eerder reeds benadrukte belang van een voorzichtige benadering op het punt van specifieke eigen risico's geldt het bovenstaande niet als een bewaar. Belangrijk is nu het zetten van een principiële stap tot vergroting van instrumentarium ter versterking van eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid voor de verzekerden en het starten van een proces van geleidelijke gewenning daaraan.

Een eveneens geleidelijke opbouw van de praktische betekenis van eigen risico's in de loop van het invoeringstraject past daarbij.

Voor het overige is het vrij speculatief in te gaan op de wijze waarop door verzekerden zal worden gekozen voor specifieke eigen risico's dan wel hoe verzekeraars daarmee zullen omgaan. Duidelijk moge zijn dat de ontwikkelingen nauwlettend zullen worden gevolgd.

Met betrekking tot de aan te wijzen vormen van zorg heeft de Raad, in geval de introductie van het specifieke eigen risico zou worden doorgevoerd, de situatie zoals die zich op 1 januari 1992 zal voordoen, als uitgangspunt genomen. Bij zijn advisering heeft de Raad zich met name ook laten leiden door de criteria zoals die in de toelichting bij de meerge-noemde nota van wijziging zijn vermeld, te weten:

- Invoering van specifieke eigen risico's dient niet gepaard te gaan met ongewenste zorginhoudelijke en financiële effecten.
- Specifieke eigen risico's dienen niet te worden ingevoerd voor zware geneeskundige risico's.

Dit in aanmerking genomen, komt de Raad tot de conclusie dat er geen overwegende bezwaren bestaan tegen het bieden van de mogelijkheid dat de verzekeraar in zijn reglement bepaalt dat een specifiek eigen risico kan gelden met betrekking tot de kosten van de in de adviesaanvraag van 1 juni 1991 genoemde zorgvormen, te weten hulpmiddelen, farmaceutische hulp, niet-klinische verzorging en verpleging alsmede niet-klinische specialistische psychotherapie. Gelet daarop zijn deze zorgvormen aangewezen als de vormen van zorg ten aanzien waarvan een specifiek eigen risico kan worden overeengekomen. Daarbij zij aangetekend dat, gelet op de beslissing om de functionele omschrijving van de zorg op het terrein van de verzorging en verpleging en van de geestelijke gezondheidszorg pas op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip in te voeren, een specifiek eigen risico voor de niet klinische verzorging en verpleging en voor de psycho-therapie eerst vanaf dat tijdstip mogelijk wordt.

Naast genoemde zorg heeft de Raad ook omtrent de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau geadviseerd.

De Raad stelt in zijn advies dat er voor- en nadelen verbonden zijn aan een specifiek eigen risico voor deze zorg, welke naar het oordeel van de Raad, bij afweging, negatief uitvallen. De Raad meent dat er geen directe zorginhoudelijke effecten te verwachten zijn van een specifiek eigen risico voor deze zorg. Indirect zouden die zich wel voor kunnen doen. De Raad is van mening dat een eigen risico de consumptie kan beperken,



omdat het meer bewust worden van de kosten met zich brengt dat de verzekerde in bepaalde gevallen de vragen, klachten en dergelijke opspaat en in één consult aan de orde stelt. In feite gaat het dan om een situatie zoals die zich voordoet in de particuliere sector, waar deze zorg veelal niet is verzekerd of onderhevig is aan een eigen risico.

Financiële nadelige effecten zouden naar de mening van de Raad kunnen optreden als uitgeweken wordt naar duurdere zorg. Dit bezwaar zou echter ondervangen worden door bij de overheveling van de niet-klinisch specialistische hulp te zijner tijd voor deze hulp een specifiek eigen risico mogelijk te maken.

Verder stelt de Raad dat de onderhavige zorg niet behoort tot de zware en dure geneeskundige risico's, zodat dit een specifiek eigen risico niet in de weg staat.

Van belang is tenslotte de constatering van de Raad dat, wanneer de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde moet worden benadrukt en verwezenlijkt, dit het beste kan bij deze zorgvorm. Hier heeft de verzekerde daadwerkelijk de mogelijkheid af te wegen of hij van deze zorgverlener gebruik wil maken en daarvoor kosten wil maken.

De voor- en nadelen zorgvuldig bezien hebbend, neemt het kabinet het negatieve advies van de Raad op dit punt over.

Bij toekomstige overheveling van zorg naar de AWBZ is een uitbreiding van de mogelijkheid van invoering van eigen risico's voor ziekenvervoer, fysiotherapie en andere vormen van paramedische hulp, tandheelkundige hulp en, zoals reeds gesteld, niet-klinische specialistische hulp zeer zeker aanwezig.

#### *4. Functionele omschrijving*

Door de functionele omschrijving van de aanspraak op zorg is een instrument gecreëerd, dat van belang is voor een doelmatige uitvoering van de zorgverzekering. Met de invoering van deze vorm van omschrijving wordt niet tevens een beperking van het pakket beoogd, doch slechts een verbetering van de tot nu toe bestaande omschrijvingsmethodiek. De tot nu toe vigerende instellings- en persoonsgebonden omschrijving van de verstrekkingen, alsmede de tot nu toe vigerende regelgeving op het terrein van erkenning, planning en tarifiering, een en ander in combinatie met de bestaande contracteerplicht, beperken sterk de mogelijkheden voor verzekeraars om invloed uit te oefenen op de organisatie van de zorgverlening. De functionele omschrijving en de voorgenomen deregulering van de regelgeving op genoemde terreinen hebben tot doel de verzekeraars daadwerkelijk in staat te stellen substitutie te realiseren en zorg op maat te bieden. De functionele omschrijving heeft tevens tot doel de keuzemogelijkheid van verzekerden te vergroten en te komen tot doelmatiger zorgverlening. Ook ten aanzien van de aanbieders van zorg beoogt de functionele omschrijving met zich te brengen dat kan worden gekomen tot een zorgverlening die meer doelmatig is.

De invoering van de functionele omschrijving heeft – zoals hiervoor reeds is uiteengezet – tot consequentie dat de substitutiemogelijkheden binnen het ziektekostenverzekeringsstelsel toenemen. Hierdoor worden de mogelijkheden voor kostenbeheersing door de verzekeraars groter en kan, mede in samenhang met de overige voorgestelde maatregelen (budgettering van verzekeraars, nominale premie, keuzevrijheid voor verzekerden wat betreft de zorgverzekeraars) onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars inhoud krijgen. De functionele omschrijving biedt binnen de gestelde grenzen zowel aan verzekeraars, als aan aanbieders van zorg, en aan verzekerden nieuwe(re) keuzemogelijkheden



en meer ruimte voor substitutie. In het licht hiervan zijn de functionele omschrijvingen zodanig geformuleerd dat aan de verzekeraars en verzekerden de speelruimte wordt geboden om het met de zorgaanspraken corresponderende zorgaanbod te concretiseren. De omschrijvingen bieden daardoor de ruimte om de zorgverlening aan de verzekerde zoveel mogelijk af te stemmen op de behoefte van de verzekerde. Daarmee wordt bereikt dat onnodige, onnodig kostbare en ondoelmatige zorg kan worden tegengegaan. In dit verband zij tevens gewezen op het aspect van doelmatigheid dat bij het in artikel 2 opgenomen algemene indicatievereiste is vermeld.

De bezwaren tegen de voorzieningsgerichte omschrijving richten zich met name tegen het gegeven dat de verzekeraar gehouden is precies datgene te bieden dat is omschreven in de wettelijke aanspraak. Een verzekerde die aan minder dan de in de voorzieningsgerichte omschrijving geregelde hulp behoefte heeft, moet in het oude stelsel toch hetgeen volledig geregeld is, afnemen, wil hij de zorg kunnen ontvangen. De functionele omschrijving beoogt derhalve naast substitutie en zorg op maat eveneens een doelmatiger uitvoering van de zorg, ook ten aanzien van de aanbieder van zorg.

Juist door deze grotere mogelijkheden voor een doelmatiger inzet van zorg, wordt verwacht dat de invoering van de functionele omschrijvingen niet zullen leiden tot kostenstijgingen boven het vastgestelde financiële kader; dit hoewel de meer globale functionele omschrijving als zodanig in vergelijking met de voorheen geldende verstrekkingenomschrijving wellicht in een aantal gevallen tot een nieuwe zorgvraag zou kunnen leiden.

Er wordt vanuit gegaan dat een doelmatiger inzet van zorg, in samenhang met de hiervoor vermelde instrumenten, voldoende mogelijkheden biedt aan verzekeraars, aanbieders van zorg en verzekerden om een beheerste kostenontwikkeling te realiseren.

De functionele omschrijving is geen doel op zich, doch slechts een middel, naast andere, om de bezwaren van het voorheen bestaande systeem te ondervangen.

Bij de vraag of een aanspraak functioneel kan worden omschreven, zijn naar de mening van het kabinet twee punten van belang:

- Is invoering juridisch-technisch mogelijk, op een zodanige wijze dat enerzijds voldoende rechtszekerheid wordt geboden aan de verzekerde en dat anderzijds de verzekeraars voldoende bevoegdheden krijgen die hen speelruimte geven tot nadere invulling van de aanspraak, gericht op substitutie en doelmatigheid.
- Valt redelijkerwijs te verwachten dat met een dergelijke omschrijving in de praktijk kan worden gewerkt.

Het functioneel omschrijven van de zorgaanspraken houdt in dat de bestaande relatie tussen de zorg en de aanbieders van die zorg niet langer het uitgangspunt is. De zorg op zich wordt in de omschrijving als uitgangspunt genomen, los van de persoon of instelling die deze zorg biedt. Naast de reeds aangeduide deregulering op het terrein van de erkenning, planning, tarifiering en de opheffing van de contracteerplicht, waardoor zorgverzekeraars meer invloed krijgen op kwaliteit, omvang en prijs van de zorg, is ook de juridische vormgeving van de verzekeringsaanspraken van belang.

In het voorheen bestaande stelsel en deels nog in het huidige stelsel waren en zijn in de omschrijving van de aanspraken bepalingen opgenomen over:

1. de aard, inhoud en omvang van de zorg;
2. wie deze moet verlenen;

3. waar deze moet worden verleend;
4. aan welke voorwaarden moet worden voldaan.

Het nieuwe stelsel heeft als uitgangspunt dat alleen het eerste punt wettelijk geregeld wordt. De overige punten zullen in beginsel aan de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars overgelaten worden. Met de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase is voor dit uitgangspunt in artikel 6, eerste lid, een basis gelegd. In de overgangsfase naar het nieuwe stelsel zullen er echter ook omschrijvingen zijn, waarin ook de andere punten geregeld zijn, zoals bijvoorbeeld bij het erfelijkheidsonderzoek. Voor deze zorg moet nog bezien worden of, en zo ja op welke wijze, functioneel omschrijven mogelijk en gewenst is. Bovendien is, zoals in het navolgende is aangegeven, ten aanzien van de farmaceutische hulp besloten op het punt van de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat op deze zorg, bij ministeriële regeling te bepalen over welke maximale perioden per voorschrift geneesmiddelen voor rekening van de AWBZ-verzekering kunnen worden afgeleverd.

Gelet op het vorenstaande kan op dit moment nog niet overzien worden of alle zorg in de eindfase functioneel omschreven zal zijn of dat er ook nog in de eindfase zorg zal zijn waarmee meer geregeld is dan alleen het eerste punt.

Voorlopig blijven er dus oude, voorzieningsgerichte omschrijvingen bestaan, naast functionele omschrijvingen. Handhaving van oude, voorzieningsgewijze omschrijvingen voor bepaalde zorg houdt tevens in dat voor die zorg in de overgangsfase de bestaande verdere uitwerking bij ministeriële regeling gehandhaafd blijft.

Het wettelijk regelen van alleen de aard, inhoud en omvang van de aanspraak op zorg houdt in dat de rechten op zorg wettelijk vastliggen, doch dat de wijze van uitvoering (wie, waar en de voorwaarden waaronder) ter regeling is aan de zorgverzekeraar en de verzekerde. Deze wijze van regelen stelt de verzekeraar in staat het zorgaanbod zo goed mogelijk op de zorgvraag af te stemmen (doelmatigheid), de ene vorm van zorg te vervangen door andere (substitutie) en in het concrete zorgaanbod rekening te houden met individuele wensen en omstandigheden van de verzekerde (zorg op maat).

Voor de duidelijkheid zij opgemerkt dat de functiegerichte omschrijving per definitie de rechten van de verzekerden onvolledig weergeeft. Het beeld ervan wordt pas compleet door lezing in samenhang met het reglement en met de eventuele afspraken welke de zorgverzekeraar en de verzekerde ingevolge artikel 6, zevende lid, van de AWBZ zelf maken. Wettelijke regeling en het reglement of de nadere contractuele afspraken vormen tezamen datgene wat voorheen de wetgever zelf regelde. De functiegerichte omschrijving leidt derhalve logischerwijs tot verschillen in uitwerking van de aanspraak op zorg bij verschillende zorgverzekeraars.

In een functioneel omschreven pakket is de behoefte aan strak getrokken grenzen tussen de verschillende verzekeringsprestaties minder groot dan bij een pakket dat voorzieningsgericht is omschreven. Bij een regeling volgens de voorzieningsgerichte methode moet de verzekerde uit de regeling bij of krachtens de wet kunnen lezen welke zorg bij welke voorziening ingeroepen moet worden, wil zij als verzekeringsprestatie gelden. In een functiegericht omschreven pakket is de wettelijke regeling voor de verzekerde van belang om te weten op welke soorten van zorg hij recht heeft. Wie deze als verzekeringsprestatie kan verlenen, is een zaak van contractuele regeling tussen de verzekerde en verzekeraar

enerzijds en tussen de verzekeraar en aanbieder van zorg anderzijds. Zo ook de plaats van de zorgverlening en de voorwaarden waaronder de aanspraak geldend gemaakt kan worden.

In vergelijking met de voorzieningsgerichte omschrijving zijn de aanspraken thans merendeels globaler geformuleerd. Dit betekent echter niet, en het beoogt ook niet, de verzekerde onbepaalde rechten toe te kennen; deze systematiek biedt de verzekerde en de verzekeraar echter de mogelijkheid zelf in zekere zin de omvang van het zorgaanbod te bepalen en zo de verzekeringsprestatie te concretiseren.

In de eerste plaats worden de aanspraken van de verzekerden begrensd krachtens de in dit besluit opgenomen algemene indicatievereisten. Daarbij gaat het om de algemene bepaling in artikel 2, tweede lid, die voor alle zorgaanspraken in het kader van de AWBZ op grond van dit besluit geldt. Deze algemene bepaling houdt in dat de aanspraak op zorg, zoals omschreven in de artikelen 3 tot en met 29, alleen bestaat voor zover de verzekerde daarop, gelet op zijn behoefte aan zorg en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs is aangewezen. Bij de concretisering van de zorg is daarbij het doelmatigheidsaspect dus eveneens in het geding. Er bestaat geen aanspraak op meer zorg dan noodzakelijk is.

In de tweede plaats worden de aanspraken in een aantal gevallen beperkt op grond van een nadere verbijzondering van de indicatievereisten, zoals geformuleerd in de omschrijving van de aanspraak op zorg in de bedoelde artikelen.

Eenzijds houdt het voorgaande in dat zowel de algemene – als ook, in voorkomende gevallen, de gedifferentieerde indicatievoorschriften tot het beheersinstrumentarium van de verzekeraar behoren.

Anderzijds betekenen de indicatievoorschriften tevens waarborgen voor de verzekerde in die zin, dat indien daaraan is voldaan, aanspraak op zorg bestaat. Daarnaast is van belang dat in een aantal bepalingen het begrip algemeen aanvaarde standaard wordt gehanteerd, waarvan, zoals uit het gestelde onder 5 moge blijken, ook een zekere beheersing uit kan gaan.

Op grond van de ervaringen die zullen worden opgedaan met de globale omschrijving van de zorgaanspraken, zal bezien moeten worden in hoeverre een verdere globalisering dan wel juist een detaillering van de onderscheiden zorgaanspraken noodzakelijk is.

##### *5. Het begrip «algemeen aanvaarde standaard»*

In een aantal artikelen is het begrip «volgens de algemeen aanvaarde standaard» gehanteerd om de inhoud en omvang van de zorg nader aan te duiden. Het begrip algemeen aanvaarde standaard komt vergaand overeen met de wijze waarop de Centrale Raad van Beroep (CRvB 21 december 1979, RZA 80025) het begrip «gebruikelijk in de kring van de beroepsgenoten» als maatstaf voor de omvang van de verstrekking huisartsenhulp in de ziekenfondsverzekering toetste aan de «houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitvoering».

In zijn advies van 22 augustus 1991, SGZ/14 610, heeft de Ziekenfondsraad het begrip «volgens de algemeen binnen de desbetreffende beroepsgroep(en) aanvaarde standaard» gehanteerd. Uitgangspunt hierbij is volgens de Raad, dat het telkens zorg betreft, waarbij het niveau van het professionele denken en handelen dermate is ontwikkeld, dat er sprake is van een algemeen binnen de beroepsgroep gedeelde opvatting over de normen, welke voor een juist en verantwoord handelen in zowel vakmatig (bekwaamheid) als beroepsmatig (attitude) opzicht gelden. Hiermee is in de geadviseerde omschrijving de beoordeling over

wat onder de standaard moet worden begrepen uitsluitend voorbehouden aan het oordeel van de desbetreffende beroepsgroep.

De in het onderhavige besluit gehanteerde omschrijving beoogt meer dan in de huidige situatie te benadrukken dat ook de verzekeraar toetst of een behandeling of onderzoek onder de algemeen aanvaarde standaard kan worden begrepen. Dit zal de beheersbaarheid van de aanspraak op zorg ten goede komen.

Behalve in geschreven normen, ligt de standaard meer of minder herkenbaar besloten in uitspraken van gezaghebbende colleges zoals de Gezondheidsraad, opleidingseisen, literatuur, protocollen, consensusafspraken en gedragscodes. Het gaat er telkens om of uit de beschikbare bronnen een regel van algemene gelding valt te putten. Het hanteren van dit begrip sluit aan op de beleidslijn die overeengekomen is op de conferenties inzake kwaliteit van zorg die in 1990 in Leidschendam zijn gehouden.

Het begrip standaard dient uitsluitend om inhoud en omvang van de zorg nader te bepalen. Waar een standaard als bovenbedoeld ontbreekt, zijn de bij de verzekering betrokken partijen (verzekerde, verzekeraar en aanbieders) aangewezen op eigen (subjectieve) waarderings. Deze vormen de weerslag van het algemene gevoelen, wat goede zorg op een bepaald onderdeel dient in te houden. Deze ontwikkeling vindt tot op heden ook vaak plaats bij de voorzieningsgericht geformuleerde zorg, waar de praktijk meestal met aanvaardbare uitkomsten haar eigen regels weet te vinden. Voorbeeld hiervan zijn de richtlijnen inzake bereikbaarheid en beschikbaarheid.

De woorden «algemeen aanvaard» als toevoeging aan het standaardbegrip zijn bedoeld om niet elke consensus als standaard aan te merken. Met een beroep op die woorden kunnen problemen die ontstaan met betrekking tot de afgrenzing wat wel en wat niet tot de zorgaanspraak behoort, met een verwijzing naar de opvattingen daarover onder de overgrote meerderheid binnen het vakgebied worden beslecht. Zo zullen bijvoorbeeld de alternatieve geneeswijzen en experimentele zorg buiten de wettelijke aanspraken blijken te vallen, zolang zij niet het niveau van een algemeen aanvaarde standaard hebben bereikt. Overigens betekent de standaard niet dat zorg, welke zich nog niet geheel bewezen heeft, per definitie ook buiten de wettelijk gewaarborgde aanspraken zou vallen. Voldoende is dat zij binnen het betreffende vakgebied algemeen en kritisch gezien als een waardevolle bijdrage wordt aangemerkt.

Experimentele zorg valt buiten de standaard, aangezien juist het experiment moet aantonen of er van een zodanige bijdrage sprake is. Overigens staat het de verzekeraars vrij om buiten de standaard vallende zorg, zoals alternatieve geneeswijzen, via de aanvullende verzekering aan te bieden.

Het begrip «standaard» beoogt in dit kader een afbakening te geven aan de omvang van de zorg. Het begrip is echter evenzeer van belang als maatstaf voor de kwaliteit van de zorg. Standaard en kwaliteit zullen in de regel hand in hand gaan.

Kwaliteit is een wezenlijk onderdeel van de zorg, maar dient via andere wegen gewaarborgd te worden. In dit verband kan worden verwezen naar de medewerkerscontracten die verzekeraars en aanbieders afsluiten alsmede op andere (in ontwikkeling zijnde) wetgeving welke het kwaliteitsniveau los van de verzekering beoogt te bewaken.

Met de formulering van het begrip «algemeen aanvaarde standaard» wordt tevens aangesloten op de tweede belangrijke voorwaarde die het kabinet voor de invoering van de functionele omschrijving heeft gesteld,



namelijk of redelijkerwijze te verwachten valt dat met een dergelijke omschrijving in de praktijk te werken valt. Het begrip «standaard» biedt aanbieders en verzekeraars de mogelijkheid om de functionele omschrijving in de praktijk op doelmatige wijze toe te passen. De standaard is – zoals reeds gesteld – daarbij een algemeen erkende referentienorm binnen het desbetreffende vakgebied voor de bepaling van inhoud en omvang van de desbetreffende zorg.

Zoals dit ook in het tot nu vigerende stelsel bij het gebruikelijkheids criterium was, is er sprake van een algemeen aanvaarde standaard indien er voor een bepaald onderzoek of behandeling consensus tussen de desbetreffende beroepsgroep(en) en de verzekeraars bestaat. In feite is er sprake van vaststelling van standaarden bij het sluiten van de overeenkomsten tussen verzekeraars en instellingen respectievelijk beroepsbeoefenaren. Op dat moment wordt al duidelijk welke zorg begrepen is onder de zorgaanspraken.

Indien tussen verzekeraars en instellingen of beroepsbeoefenaren geen overeenstemming wordt bereikt kan er via overleg tussen representatieve organisaties een oplossing worden gezocht. Mocht een dergelijke raadpleging niet tot overeenstemming leiden, dan kan het uitvoeringsorgaan op grond van de eigen waardering uitspreken dat geen aanspraak op vergoeding van een bepaalde behandeling bestaat.

De verzekerde die meent dat een behandeling of onderzoek onder de aanspraak behoort te vallen kan tegen een weigering van zijn uitvoeringsorgaan in beroep gaan. Daarbij is het in eerste instantie de Ziekenfondsraad die als adviesinstantie bij geschillen over de aanspraak toetst of er inderdaad sprake is van een onderzoek dan wel behandeling die als algemeen standaard wordt aanvaard.

De Ziekenfondsraad is daarop, gezien zijn reeds langer bestaande taken op dit terrein, bij uitstek toegerust. Langs deze weg wordt dan de opvatting van het uitvoeringsorgaan beoordeeld.

Volledigheidshalve zij nog eens benadrukt dat de algemeen aanvaarde standaard alleen bij die zorg is opgenomen waar die ook daadwerkelijk aanwezig is. Het is niet de bedoeling om via dit besluit het opstellen van standaarden af te dwingen.

#### *6. Positie verzekerde*

De gefaseerde invoering van het nieuwe ziektekostenverzekeringstelsel heeft ook gevolgen voor de positie van de verzekerden. Eén van de uitgangspunten is dat het nieuwe stelsel voor de verzekerden meer keuzemogelijkheden biedt dan in het voorheen geldende systeem van de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering het geval was, terwijl tevens elementen worden ingebouwd die een kostenbewust gedrag (ook) van verzekerden dienen te bevorderen. Met het oog hierop worden onder meer een nominale premie in de AWBZ ingevoerd en de mogelijkheid voor verzekerden om een – al dan niet specifiek – eigen risico te kiezen. Bovendien zal de verzekerde de mogelijkheid krijgen zelf de zorgverzekeraar te kiezen, waarbij hij zich wenst aan te sluiten.

De in dit besluit opgenomen wijzigingen op het terrein van de omschrijving van de verzekeringsaanspraken hebben eveneens consequenties voor de positie van de verzekerde. Zoals hiervoor in de paragraaf over de functionele omschrijving is aangegeven, betekent de invoering van de functionele omschrijving dat niet alle aspecten van de zorgaanspraken bij of krachtens de wet worden geregeld. Overeenkomstig artikel 6, eerste lid, van de AWBZ worden uitsluitend aard, inhoud en omvang van de aanspraken op zorg wettelijk bepaald en wordt de concrete invulling aan de verzekeraars overgelaten. Deze concrete



invulling, die de wijze van uitvoering van de zorg betreft (wie verleent de zorg, waar wordt de zorg verleend en onder welke voorwaarden) dient de verzekeraar vast te leggen in zijn reglement en in de overeenkomst die hij op grond van artikel 6, zevende lid, van de AWBZ met de verzekerde sluit. De aanspraken van verzekerden zijn dan ook in dit samenstel van wettelijke omschrijving, reglement van de verzekeraar en de overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde vastgelegd en uitgewerkt. Dit totaal kader biedt de verzekerde voldoende duidelijkheid op welke zorg hij in een concrete situatie aanspraak kan maken en welke voorwaarden daarbij gelden.

Hierbij kan worden aangetekend dat de eigen beleidsruimte voor de verzekeraar bij de invulling van de functionele omschrijvingen, welke essentieel is met het oog op doelmatigheid en kostenbeheersing, niet absoluut is. Enerzijds is de verzekeraar bij het concretiseren van de zorgaanspraken in het reglement en in de afspraken met verzekerden gehouden aan de algemeen aanvaarde standaarden voor de diverse zorgvormen.

Anderzijds valt de uitvoering van de verzekering door de verzekeraar onder het toezicht van de Ziekenfondsraad en in dat verband zal de Raad bezien of de verzekeraar niet in strijd handelt met de geldende voorschriften. Bovendien dienen de reglementen en wijzigingen daarvan vooraf aan de Ziekenfondsraad te worden voorgelegd, zodat ook op die manier toezicht op het handelen van de verzekeraars bestaat. Zonodig kan in dat verband worden ingegrepen door bijvoorbeeld – op advies van de Ziekenfondsraad – aan de toelating van de verzekeraar voorwaarden te verbinden, dan wel in uiterste instantie de toelating van de verzekeraar in te trekken.

Behalve dit toezicht op de verzekeraars kan de verzekerde een beslissing van zijn verzekeraar waar hij het niet mee eens is, ter toetsing voorleggen aan de beroepsrechter. Deze kan dan op basis van de functionele omschrijving, de reglementen, de afspraken tussen verzekeraar en verzekerde, alsmede aan de hand van de algemeen aanvaarde standaard, een oordeel uitspreken over de beslissing van de verzekeraar. Dit samenstel van omschrijving, reglementen, afspraken en standaarden biedt voor de beroepsrechter een afdoende toetsingskader.

In feite betekent dit dat de beleidskeuzes, die de verzekeraars bij de concretisering van de functioneel omschreven zorgaanspraken maken, onderworpen zijn zowel aan toezicht vooraf als een toetsing achteraf.

Naast het hiervoor vermelde aspect van het concretiseren van de zorgaanspraken in het reglement van de verzekeraar en in de afspraken die op grond van artikel 6, zevende lid, van de AWBZ tussen verzekeraar en verzekerde dienen te worden gemaakt, is ook het sluiten van overeenkomsten tussen verzekeraars en aanbieders van zorg van wezenlijk belang voor de positie van de verzekerde. Immers, voor het verkrijgen van zorg is de verzekerde uit hoofde van artikel 10, eerste lid, van de AWBZ aangewezen op door zijn verzekeraar gecontracteerde beroepsbeoefenaren en instellingen.

De opheffing van de contracteerplicht ten aanzien van beroepsbeoefenaren en instellingen die een functioneel omschreven zorgvorm verlenen, heeft als consequentie dat de verzekeraar niet meer met elke zorgaanbieder behoeft te contracteren. Verzekerden zullen er dan ook meer dan voordien, bij het bestaan van de contracteerplichting, het geval was, op bedacht dienen te zijn dat zij zich voor hun zorg wenden tot een zorgaanbieder waarmee hun verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Verzekeraars zullen in dit verband eveneens meer aandacht dienen te besteden aan het hierover informeren van hun verzekerden.

De opheffing van de contracteerplicht kan de keuzevrijheid van de verzekerde voor de zorgaanbieder tot wie hij zich wenst te wenden,

beperken. Hierbij dient echter bedacht te worden dat deze consequenties op korte termijn nog beperkt zullen blijven, gelet op de overgangsregelingen die terzake getroffen zijn. Hierbij kan worden gewezen op de overgangsregeling in artikel 35, derde lid, van dit besluit waarin ten aanzien van voordien erkende instellingen de contracteerplicht nog tot 1 januari 1994 van kracht blijft. Ook in de Wet beperking contracteerplicht/invoering maximumtarieven is een overgangsregeling opgenomen, die inhoudt dat de voor 1 januari 1992 gesloten overeenkomsten met beroepsbeoefenaren nog tot (uiterlijk) 1 januari 1994 blijven gelden. De gevolgen voor de keuzevrijheid van de verzekerde zullen hierdoor dan ook op korte termijn beperkt blijven.

Op langere termijn variëren de consequenties al naar gelang de mate waarin de verzekeraar gebruik maakt van de contracteervrijheid. Voorop staat echter het gegeven dat de verzekeraar tegenover de verzekerde een zorgplicht heeft; de verzekeraar zal voldoende zorgaanbieders dienen te contracteren die een kwalitatief verantwoorde zorg kunnen leveren. Juist de afschaffing van de contracteerplicht kan met name bij beroepsbeoefenaren een verhoging van de kwaliteit van de zorg met zich kunnen brengen; verzekeraars kunnen zekere kwaliteitseisen gaan stellen aan de te contracteren beroepsbeoefenaren, dit in tegenstelling tot de situatie die voorheen bij het bestaan van de contracteerplicht het geval was.

Zoals hiervoor aangegeven zal, gelet op de overgangstermijnen die gelden, de opheffing van de contracteerplicht niet direct kunnen leiden tot het verbreken van bestaande vertrouwensrelaties tussen patiënten en artsen.

Er kan van worden uitgegaan dat verzekeraars, ook na het verstrijken van de overgangstermijn per 1 januari 1994, voorzichtig zullen omgaan met bestaande vertrouwensrelaties tussen zorgverleners en verzekerden. Dat gebeurt ook nu reeds. Deze materie is in het verleden in het kader van de ziekenfondsverzekering verscheidene keren aan de orde gesteld in het kader van de administratiefrechtelijke procedures. Daarbij is gebleken dat de beroepsrechter over het bestaan van een vertrouwensrelatie beslist niet licht oordeelt; zo het een ziekenfonds al werd toegestaan met een beroep op de Ziekenfondswet de zorg verleend door de desbetreffende zorgaanbieder niet (langer) te vergoeden, dient het ziekenfonds zijn beslissing met zeer grote zorgvuldigheid te nemen en daarbij een redelijke overgangstermijn in acht te nemen. Mede gezien de uitspraken van de beroepsrechter in dezen, wordt er vanuit gegaan dat de verzekeraar – ook in het kader van de gemoderniseerde AWBZ en de toekomstige zorgverzekering – in voorkomende gevallen veelal een oplossing zal zoeken die zowel recht doet aan het belang van de verzekerde als aan dat van hemzelf.

Bovendien kan worden vermeld dat bij de volledige uitvoering van de stelselwijziging ziektekostenverzekering, de verzekerden keuzevrijheid zullen hebben wat betreft de verzekeraar waarbij zij zich wensen aan te sluiten. Ook het aspect met welke zorgaanbieders de verzekeraar een contract heeft gesloten, kan bij de keuze voor een bepaalde verzekeraar een punt van overweging zijn. Dit «stemmen met de voeten», alsmede de overige keuzevrijheden die de verzekerden krijgen, bieden de verzekerden een redelijke mate van inbreng in de werking van het stelsel.

Alles overwegende wordt de positie van de verzekerde, in vergelijking met de voorheen bestaande situatie, gekenmerkt door de toename van de keuzemogelijkheden. Met het toezicht vooraf op de verzekeraars en de mogelijkheid in geval van een concrete hulpvraag de beslissing van de verzekeraar ter toetsing aan de beroepsrechter voor te leggen, alsmede de keuzemogelijkheid ten aanzien van de verzekeraars, wordt de rechtspositie van de verzekerden zeker niet zwakker dan in de ziekenfondsverzekering en de «klassieke» bijzondere ziektekostenverzekering het geval was, doch veeleer versterkt.

## 7. Hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau

De Ziekenfondsraad heeft met zijn advies van 27 juni 1991, SGZ/680, geadviseerd over de functionele omschrijving van huisartsenhulp. De Raad heeft, met uitzondering van enkele leden uit de kring der verzekeraars, in dat advies voorgesteld deze hulp in dit stadium van de stelselwijziging niet functioneel te omschrijven, omdat de Raad de meerwaarde daarvan op dit moment nog te beperkt acht.

In dit verband wordt door de Raad opgemerkt, dat het in de omschrijving gehanteerde standaard-begrip, ten behoeve van de bepaling van de inhoud en de omvang van de zorg, pas volledig tot zijn recht kan komen indien ook de specialistische hulp in een functioneel omschreven aanspraak in de AWBZ zal zijn ondergebracht. Door te zijner tijd zowel de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau als de hulp op specialistisch niveau in één functionele omschrijving op te nemen kunnen, naar de mening van de Raad, verzekeraars in hun overeenkomsten met aanbieders en verzekerden naar behoefte de grenzen tussen beide zorgterreinen vaststellen.

Deze substitutiemogelijkheid kan inderdaad voorlopig niet binnen de verzekering worden geboden, waardoor er vooralsnog sprake zal zijn van een beperkte meerwaarde van de functionele omschrijving als hier bedoeld ten opzichte van de tot op heden gehanteerde persoonsgerichte verstrekking. Dit aspect staat echter niet in de weg de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau reeds in dit stadium van de stelselwijziging als functioneel omschreven aanspraak op te nemen. Verder wordt hiermee aansluiting gezocht bij de functioneel omschreven aanspraken in het kader van verzorging en verpleging.

Het functioneel omschrijven van de onderhavige zorg biedt het voordeel dat ook andere artsen dan de huisarts bij de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau kunnen worden betrokken. Daarbij valt met name te denken aan de verpleeghuisarts, die door de functionele omschrijving de verpleegbehoefte patiënt ook in de thuissituatie ten laste van de AWBZ de benodigde zorg kan bieden.

Het kabinet en het parlement hebben ervoor gekozen om daar waar dat mogelijk is de zorg functioneel te omschrijven. Met betrekking tot de hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau is deze lijn bovendien nadrukkelijk gekozen tijdens de parlementaire behandeling van het voorstel van Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase (handelingen II, 1990-1991, 93-5289).

Tenslotte heeft bij de beslissing om de onderhavige zorg in dit besluit functioneel te omschrijven meegewogen dat de meerwaarde van de functionele omschrijving van de hier bedoelde zorg bij de verdere uitbreiding van de AWBZ met specialistenhulp en ziekenhuiszorg (substitutie huisarts-specialist/ziekenhuis) toeneemt.

Dat ook andere artsen bij de hulp van geneeskundige aard van algemeen niveau betrokken kunnen worden, betekent niet dat verzekeraars voor een substantieel deel van de zogenaamde huisartsenhulp kunnen contracteren met andere beroepsbeoefenaren dan degenen die als huisarts zijn ingeschreven in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Immers, in die situatie zou er strijdigheid kunnen ontstaan met de EEG-richtlijn 86/457, aangezien er dan materieel een andere beroepsbeoefenaar dan de huisarts, bijvoorbeeld een basis- of een verpleeghuisarts, functioneert als huisarts.

EEG-richtlijn 86/457 brengt niet met zich dat de functionele omschrijving van de onderhavige hulp in strijd is met het Europese recht. Wel zal te zijner tijd – de richtlijn verplicht Nederland eerst met ingang van 1 januari 1995 het als huisarts verrichten van werkzaamheden afhan-

kelijk te stellen van het bezit van een huisartsendiploma – bezien moeten worden of er niet in de praktische uitvoering van de verzekering strijdigheid is ontstaan met de richtlijn. Op dit moment is een dergelijke strijdigheid evenwel niet te verwachten. Mocht een dergelijke strijdigheid onverhoopt toch gaan optreden, dan zal bezien worden welke maatregelen moeten worden getroffen teneinde deze strijdigheid op te heffen.

Volledigheidshalve zij er op gewezen dat de verzekeraar duidelijk aan zijn verzekerde zal moeten kenbaar maken waar en bij wie hij de ingevolge dit besluit geregelde zorg kan verkrijgen. Dit geldt evenzeer voor hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau. Een dergelijke duidelijkheid is ook voor de verzekeraar van belang, omdat het hier hulp betreft die voor de verzekerde rechtstreeks toegankelijk is. Immers, voor deze hulp geldt niet de mogelijkheid dat verzekeraar in zijn reglement bepaalt of met de verzekerde overeenkomt dat vóóraf toestemming moet zijn verleend. Zonder bedoelde duidelijkheid kan vergoeding van de zorg derhalve achteraf niet worden geweigerd.

#### *8. Farmaceutische hulp*

Met het onderhavige besluit is het AWBZ-pakket uitgebreid met de in functionele termen omschreven farmaceutische hulp.

De Ziekenfondsraad heeft op 23 augustus 1991, SGZ/15 403, over deze aangelegenheid geadviseerd. De Raad stelt in zijn advies dat de functionele omschrijving van deze hulp in zuiver technische zin mogelijk is, maar signaleert dat op het terrein van de farmaceutische hulp kwaliteitsregelgeving op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (Stb. 1958, 408) aanwezig is, die de substitutie in aanbieders op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening beperkt. Immers, ingevolge deze wet zijn voor een belangrijk deel van de geneesmiddelen uitsluitend de apotheker en apotheekhoudende arts wettelijk bevoegd tot aflevering. Daarnaast is het zo dat een ziekenhuisapotheker niet zonder meer buiten het ziekenhuis geneesmiddelen mag afleveren. De Raad is daarentegen wel van mening dat de functionele omschrijving van belang kan zijn voor de in het pakket opgenomen drogisterij-artikelen, voedingsmiddelen en verbandmiddelen, omdat daarbij dan gebruik gemaakt kan worden van de diensten van anderen.

Voorts stelt de Raad dat het geneesmiddelenvergoedingssysteem bij de feitelijke uitvoering van een functionele omschrijving zijn uitwerking doet gelden.

Over het moment van onderbrenging van deze zorg in het AWBZ-pakket en de invoering van de omschrijving van deze zorg in functionele termen, is de Raad niet tot een eensluidend advies gekomen. Desondanks is toch besloten de invoering van de farmaceutische hulp in functionele termen in de AWBZ per 1 januari 1992 door te zetten. De functionele omschrijving biedt immers meer vrijheid in de keuze van aanbieder van de zorg, ook al is deze keuze ingevolge de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening om redenen van kwaliteit beperkt.

Voorts heeft de door de Raad opgestelde omschrijving het voordeel dat, in tegenstelling tot de voorheen in het kader van de ziekenfondsverzekering geldende omschrijving, daaronder nu ook de dienstverlening is begrepen die bij de aflevering van de onder de farmaceutische hulp begrepen middelen als algemene standaard wordt aanvaard.

Een groot voordeel van de onderbrenging van deze zorg in het AWBZ-pakket is dat daarmee het geneesmiddelenvergoedingssysteem op geneesmiddelenverstrekking aan alle ingezetenen van toepassing wordt. Het geneesmiddelenvergoedingssysteem staat de functiegerichte omschrijving van de inhoud van deze zorg niet in de weg, omdat het



geneesmiddelenvergoedingssysteem uitsluitend een functie heeft voor het berekenen van de kosten welke voor rekening komen van de verzekering, ofwel, anders gezegd, voor het berekenen van de hoogte van de eventueel verschuldigde eigen bijdragen voor de geneesmiddelen die onder dit systeem vallen.

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem is een belangrijk instrument voor de kostenbeheersing. Door het van toepassing te laten zijn op alle ingezetenen kan de kostenstijging in de geneesmiddelenvoorziening effectiever worden teruggedrongen. Voor het kabinet lag hierin een doorslaggevend argument om de geneesmiddelenvoorziening eerder naar de AWBZ over te hevelen dan oorspronkelijk was voorzien.

De Ziekenfondsraad stelt in zijn advies dat door onderbrenging van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in de gewijzigde AWBZ combinatie met een restitutiesysteem mogelijk is. Voor verzekerden die een verzekeringsovereenkomst met restitutiesysteem afgesloten hebben, stelt de Raad dat het van belang is dat ook zij direct bij de aflevering van geneesmiddelen op de hoogte zijn van het eventuele feit dat zij zelf een deel van de kosten voor de geneesmiddelen moeten betalen. Daarbij wordt gedacht aan een aparte vermelding op de rekening.

Ten aanzien hiervan zij opgemerkt dat er ook nu al sprake is van uitvoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in combinatie met verzekeringen die een restitutiesysteem omvatten. Immers, het geneesmiddelenvergoedingssysteem is per 1 juli 1991 niet alleen ingevoerd in het ziekenfondspakket, doch krachtens de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Stb. 1986, 123), ook in het standaardpakket voor particulier verzekerden. In dat kader zijn er dan ook al afspraken gemaakt over de specificatie van de rekening voor het geneesmiddel, opdat direct bij de balie van de apotheker duidelijk kenbaar is of, als gevolg van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, een gedeelte van de kosten voor het geneesmiddel voor eigen rekening van de verzekerde komt. Dit gesignaleerde probleem is derhalve al opgelost.

Het voorheen vigerende systeem voor de aanspraak op geneesmiddelen in de ziekenfondsverzekering was een systeem waarbij in beginsel aanspraak bestond op alle geneesmiddelen die krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening zijn geregistreerd. Er bestond alleen dan geen aanspraak indien het ging om geneesmiddelen die uitdrukkelijk van verstrekking waren uitgesloten. Hetzelfde gold voor de overige produkten die onder de aanspraak op farmaceutische hulp vielen, zoals de sera en vaccins, verbandmiddelen, bloed en uit bloed bereide produkten. In feite was er sprake van een negatief systeem, immers er bestond aanspraak, tenzij uitgesloten.

Met de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem was er aan dit negatieve systeem ten principale niets veranderd. Wel was er ten behoeve van het kunnen vaststellen van een vergoedingslimiet een procedure ingebouwd, die onder meer inhield dat gedurende de – korte – periode, nodig om een beslissing te nemen over de vast te stellen vergoedingslimiet, geen aanspraak bestond op een geneesmiddel dat in beginsel onder het geneesmiddelenvergoedingssysteem viel. Ingevolge EEG-richtlijn 89/105 was deze periode aan termijnen gebonden.

De Ziekenfondsraad stelt in zijn advies voor om over te gaan tot een positief geformuleerde omschrijving. Als voordeel noemt de Raad dat dan, naast de twee bijlagen die het geneesmiddelenvergoedingssysteem met zich brengt, ook de overige onder de farmaceutische hulp vallende produkten op bijlagen bij name worden genoemd. Uit deze bijlagen zou in die situatie direct afleesbaar zijn welke produkten onder de aanspraak zijn begrepen alsmede óf eventueel een eigen bijdrage moet worden



betaald. De Raad noemt daarbij als nadeel dat deze bijlagen regelmatig zouden moeten worden aangepast in verband met de constante verwijdering van oude en toelating van nieuwe produkten op de markt. Het voordeel van de duidelijke kenbaarheid voor de uitvoeringspraktijk en voor de verzekerden acht de Raad echter doorslaggevend om over te gaan tot een positief systeem.

De Raad gaat daarbij geheel voorbij aan overige consequenties van een dergelijke principiële systeemwijziging. Het betreft immers niet slechts het opstellen en de constante aanpassing van uitputtende lijsten van op de markt zijnde produkten, doch ook aparte toetsingsprocedures, aan de hand waarvan de toelating van elk produkt tot het verzekeringspakket moet worden beoordeeld. De hiervoor genoemde EEG-richtlijn stelt aan dergelijke procedures zware eisen. De criteria voor niet-toelating moeten objectief en verifieerbaar zijn. Positieve lijsten impliceren het niet-toelaten van produkten. Het niet-toelaten zonder dat daaraan deugdelijke argumenten ten grondslag liggen, is uit oogpunt van behoorlijk bestuur en op grond van genoemde EEG-richtlijn niet toegestaan.

Zoals reeds gesteld, heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem slechts een functie voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen. Het geneesmiddelenvergoedingssysteem heeft derhalve geen functie in het kader van de oordeelsvorming over al dan niet toelaten van een geneesmiddel tot het verzekeringspakket. Met andere woorden het geneesmiddelenvergoedingssysteem kent dan wel lijsten met geneesmiddelen, doch die zijn van een andere aard dan de lijsten in het voorgestelde positieve systeem. Het advies van de Raad is dan ook op dit punt niet gevolgd.

De Ziekenfondsraad stelt in zijn advies dat hij van mening is dat waar thans in het kader van de ziekenfondsverzekering indicatiegebieden en prescriptievoorwaarden zijn geregeld, door de nieuwe ontstane verhoudingen in het veld de beheersing in dat opzicht moet plaatsvinden via de overeenkomsten. De Raad is verder van mening dat daar waar aan een centrale sturing van de beheersfunctie niet valt te ontkomen, de voorschriften zoals die in de bijlagen van de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering zijn opgenomen, ook in de nieuwe regeling niet geheel gemist kunnen worden. De Raad doelt daarbij met name op de prescriptie van bepaalde zeer specialistische geneesmiddelen dan wel geneesmiddelen waaraan zeer hoge kosten verbonden zijn (bijvoorbeeld, interferon, groeihormoon, erythropoëetine, cholesterolverlagende geneesmiddelen, vaccins tegen besmettelijke ziekten).

Met dit standpunt van de Raad kan in beginsel worden ingestemd. Toch is besloten vooralsnog krachtens het onderhavige besluit mogelijk te maken dat de minister regels kan stellen omtrent de perioden waarvoor voorgeschreven geneesmiddelen per voorschrift kunnen worden afgeleverd. Een centrale regeling hiervan is wenselijk teneinde het geneesmiddelenvergoedingssysteem zuiver te kunnen evalueren, zonder dat oneigenlijke elementen dan wel argumenten de uitkomsten daarvan vertroebelen. Het in ieder geval nog handhaven van een regeling op dit punt totdat de evaluatie van het geneesmiddelenvergoedingssysteem is afgerond, heeft als bijkomend voordeel dat verzekeraars de tijd krijgen om een dergelijke regeling overeen te komen met de verzekeraars of met de verzekerden. Ook kunnen verzekeraars een dergelijke prescriptieregeling zelfstandig in hun reglement gaan opnemen.

Voorts is besloten om de regeling zoals die gold in het kader van de ziekenfondsverzekering ten aanzien van de bijlagen 1, 2 en 3 eveneens in de AWBZ-regeling over te nemen. Dat wil zeggen dat daarin ook aangegeven wordt wanneer voorafgaande toestemming door het uitvoeringsorgaan vereist is dan wel bepaald wordt op wiens voorschrift aflevering

mag plaatsvinden. Uitdrukkelijk zij erop gewezen dat de in artikel 30 geregelde toestemmingsprocedure in vorenbedoelde gevallen waarin de toestemming wordt geregeld niet van toepassing is.

De huidige wijze van regeling van deze zorg brengt met zich dat de bepalingen omtrent het zogenaamde waarmerken van voorschriften van geneesmiddelen zoals die golden in het kader van de ziektekostenverzekering niet in dit besluit zijn opgenomen. Immers het waarmerken van recepten was slechts noodzakelijk omdat de voorzieningsgerichte ziekenfondsverstrekking slechts recht gaf op aflevering van farmaceutische hulp die is voorgeschreven door een huisarts, specialist, tandarts, tandheelkundig specialist of verloskundige die met het ziekenfonds van de verzekerde een medewerkerovereenkomst heeft gesloten. Omdat het wenselijk werd geacht dat ook in andere situaties voorgeschreven geneesmiddelen voor rekening van de ziekenfondsverzekering zouden kunnen worden verstrekt, bestond de mogelijkheid van het waarmerken van recepten.

In artikel 9 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was bepaald dat ook recht bestond op de verstrekking van geneesmiddelen, indien het recept door het ziekenfonds was gewaarmerkt. Van deze bevoegdheid maakt het ziekenfonds bijvoorbeeld gebruik indien de verzekerde tijdens zakenreis of vakantie, aangewezen was op farmaceutische hulp.

In artikel 10 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering werd de minister de bevoegdheid gegeven aan te geven dat voorschriften niet door een ziekenfonds behoeften te worden gewaarmerkt. Van deze bevoegdheid is onder meer gebruik gemaakt om mogelijk te maken dat geneesmiddelen, voorgeschreven door artsen, verbonden aan een Regionale Instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, aan een universiteitskliniek dan wel aan een psychiatrische polikliniek eveneens voor rekening van de ziekenfondsverzekering konden komen.

Bij de functionele omschrijving van de farmaceutische hulp, zoals neergelegd in dit besluit, is aan verzekeraars de ruimte gelaten in hun overeenkomsten met zorgaanbieders en met verzekerden te regelen in welke gevallen de apotheker voor rekening van de AWBZ geneesmiddelen mag afleveren. Desgewenst kan een verzekeraar regelen dat voor een recept van een niet gecontracteerde arts waarmerken nodig is.

### *9. Verzorging en verpleging*

Op 27 september 1990 (uitgave Ziekenfondsraad nr. 485) heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd over de mogelijkheden en de wijze van aanpak van de functionele omschrijving van de zorg op het terrein van de verzorging en verpleging. In dit advies constateerde de Raad dat de toepassing van de functiegerichte omschrijving een oplossing zou kunnen bieden voor de gebrekkige samenhang en het ontbreken van flexibiliteit bij de uitvoering van de verschillende voorzieningen die bij deze zorg betrokken zijn.

Met zijn advies heeft de Raad tevens verschillende adviesaanvragen beantwoord, die enerzijds betreffen het inpassen in het pakket van voorzieningen als gezinsverzorging, substitutie verpleeghuiszorg en kindergezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten en anderzijds knelpunten op het terrein van de verzorging en verpleging, zoals het ontbreken van stimulansen en mogelijkheden om de zorg flexibel gestalte te geven.

Op 13 februari 1991 is de Raad gevraagd over de omvang van het pakket verzorging en verpleging nader te adviseren, met name ten aanzien van de kraamzorg, preventieve activiteiten en de afbakening ten

opzichte van de bejaardenzorg. In deze nadere adviesaanvraag is het standpunt kenbaar gemaakt om de bejaardenoorden voorshands buiten de functionele omschrijvingen te houden.

De Raad is gevraagd de kraamzorg bij zijn advisering te betrekken vanwege de samenhang met de verzorging (en verpleging). In dat kader is ook geopperd de zorg rondom moeder en kind in samenhang te omschrijven. Deze zorg zou dan moeten bestaan uit: onderzoek op hepatitis-B, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten, verloskundige hulp, kraamzorg, vaccinaties en preventieve zorg voor zuigelingen en ouders.

Ten aanzien van de wenselijkheid de dagverblijven en de gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten te betrekken bij de omschrijving van verzorging en verpleging wordt in de adviesaanvraag van 13 februari 1991 nog eens gewezen op de emancipatorische doelstelling van deze instellingen en de aanknopingspunten die de functiegerichte omschrijving biedt voor de in gang zijnde ontwikkeling binnen deze voorzieningen.

De Raad heeft op 22 augustus 1991, SGZ 15 345, advies uitgebracht over de verdere uitwerking van functiegerichte omschrijving van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging.

Overeenkomstig dit advies is afgezien van het apart rangschikken van de zorg rondom moeder en kind, omdat een dergelijke rangschikking ten koste gaat van de op substitutie gerichte verbanden, zoals die kunnen worden gelegd tussen de hulp van geneeskundige aard op algemeen en specialistisch niveau en de verloskundige hulp. Voorts is geconstateerd dat het de voorkeur verdient de preventieve taken te rangschikken onder één paragraaf. De preventieve zorg noopt in het algemeen tot duidelijke wettelijke voorschriften ten behoeve van de uitvoering van de preventieprogramma's.

De Raad gaat in zijn advies tevens in op de adviesaanvraag van 7 mei 1991, waarin de aandacht wordt gevraagd voor inpassing van eenvoudige ergotherapie in de zorg op het terrein van de verzorging en verpleging. Door het regelen van de ergotherapie wordt het mogelijk deze zorg, die voorheen slechts beschikbaar was als onderdeel van een meeromvattende verstrekking, ook in de thuissituatie te verlenen. Hetzelfde geldt voor de diëetiek die voorheen enkel via de AWBZ-verstrekking kruiswerk beschikbaar was. Overeenkomstig het advies van de Raad zijn deze twee vormen van paramedische hulp onder de paragraaf algemene geneeskundige zorg gebracht, terwijl de overige paramedische hulp ondergebracht is onder de paragraaf verzorging en verpleging, omdat deze alleen in combinatie met die zorg voor rekening van de AWBZ verleend kan worden. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat deze twee vormen van paramedische hulp eerst op hetzelfde moment worden ingevoerd als het moment waarop de functionele omschrijving van de aanspraak op verzorging en verpleging wordt ingevoerd.

De in paragraaf 3 neergelegde omschrijvingen zijn tevens dekkend voor de aanspraken op de gezinsverzorging en de huishoudelijke hulp zoals die, tot het tijdstip waarop de functionele omschrijving van verzorging en verpleging van kracht wordt, vallen onder de vergoedingsregeling krachtens de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Nu deze hulp ook onder de in dit besluit opgenomen omschrijvingen valt, is er vanaf genoemd tijdstip geen noodzaak meer voor een aparte vergoedingsregeling in een ander wettelijk kader dan de AWBZ. Na inwerking-treding van de functionele omschrijving van verzorging en verpleging kan dan ook geen beroep meer gedaan worden op de AAW-vergoeding en is deze hulp dus met dit besluit geheel onder de AWBZ gebracht.

Hierbij zij aangetekend dat de vergoedingsregeling op grond van het Besluit gezinsverzorging en huishoudelijke hulp Algemene Arbeidsonge-

schikheidswet (Stcrt. 1978, 226) een aanvullend karakter heeft. Dit houdt in dat uitsluitend aanspraak op een voorziening krachtens voornoemde AAW-regeling kan worden gemaakt, indien het hulp betreft waarop de betrokkene minimaal drie maanden is aangewezen en waarin de reguliere instelling voor gezinsverzorging niet binnen een termijn van veertien dagen kan voorzien. In dergelijke situaties voorziet de AAW in een vergoedingsmogelijkheid, waarbij de betrokkene de hulp zelf kan organiseren.

Besloten is in het onderhavige besluit een vergelijkbare vergoedingsmogelijkheid op te nemen, waarbij dezelfde criteria worden gehanteerd die in het kader van de AAW-regeling van toepassing waren. Teneinde het mogelijk te maken dat verzekerden in de hier bedoelde situaties zelf hun hulp kunnen organiseren en niet uitsluitend zijn aangewezen op personen of instellingen, die voor de onderhavige vorm van zorg een overeenkomst hebben gesloten met het uitvoeringsorgaan, is in artikel 10, tweede lid, van dit besluit gebruik gemaakt van de mogelijkheid die artikel 10, eerste lid, van de AWBZ biedt. Voor wat betreft de hoogte van de uitkering is bepaald dat hierbij rekening dient te worden gehouden met de bijdrage die de verzekerden voor deze vorm van zorg verschuldigd zijn.

Voor de verzekerden, die op de dag voorafgaande aan het bovenbedoelde tijdstip een voorziening op grond van voornoemde AAW-regeling genieten, is in artikel 44, vierde lid, een overgangsregeling opgenomen die inhoudt dat bedoelde verzekerden uit hoofde van dit besluit aanspraak hebben op een vergelijkbare uitkering. Aangezien in het AAW-regime door de bedrijfsvereniging periodiek werd getoetst of de toegekende voorziening nog aangewezen was, zal in de loop van het jaar nadat deze regeling is ingepast in de AWBZ door de uitvoeringsorganen bezien dienen te worden of voor de hier bedoelde verzekerden voortzetting van de uitkering noodzakelijk is.

De door de Raad geadviseerde omschrijvingen zijn in het onderhavige besluit op vrijwel gelijke wijze overgenomen. Overeenkomstig het advies van de Raad bestaan de artikelen waarin de aanspraken op het terrein van de verzorging en verpleging in dit besluit zijn neergelegd, zowel uit omschrijvingen waarin de aanspraak enkelvoudig is geformuleerd, als uit omschrijvingen waarin de enkelvoudige aanspraak is gecombineerd met het verblijfsaspect.

Tot regeling van deze combinaties is vooralsnog op pragmatische gronden besloten. Daarbij is overwogen dat enerzijds tegemoet moet worden gekomen aan het streven de verzekerde zorg op maat te kunnen bieden, maar dat het anderzijds noodzakelijk is te waarborgen dat er in de situatie waarin niet met ambulante zorg kan worden volstaan, voor de verzekerde de noodzakelijke intramurale voorzieningen beschikbaar worden gesteld.

Met het opnemen van de combinaties kan, zonder afbreuk te doen aan de beoogde flexibiliteit, vorm gegeven worden aan een geleidelijke overgang van het voorzieningsgerichte naar het functiegerichte systeem. In de eindfase zal worden bezien of het mogelijk is de combinaties te laten vervallen en de aanspraken slechts enkelvoudig te omschrijven.

De functionele omschrijving van deze zorg maakt het mogelijk dat bijvoorbeeld verpleging in de thuissituatie niet alleen door kruisorganisaties wordt geboden, hetgeen bij de voorzieningsgebonden verstrekkingenomschrijving het geval is, doch dat verzekeraars ook met andere zorgaanbieders zoals particuliere thuisverplegingsbureau's een overeenkomst sluiten. Ook kunnen verzekeraars met verpleeginrichtingen overeenkomen dat deze instellingen voor bijvoorbeeld niet langer opgenomen verzekerden, de verpleging in de thuissituatie uitvoeren.



## 10. Intrekking Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering

Krachtens het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1971, 505) (de zogenaamde 1-oktober-regeling) kon het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan toestaan dat de verzekerde met een indicatie voor verblijf in een verpleeg- dan wel zwakzinnigeninrichting, voor rekening van de AWBZ-verzekering verbleef in een niet krachtens de AWBZ erkende instelling. Dit besluit was getroffen in verband met tekorten aan bedden in genoemde inrichtingen.

In de loop der tijd is het tekort aan deze bedden in diverse regio's opgeheven. Voor die regio's is deze vergoedingsregeling, op grond van de bevoegdheid die krachtens voornoemd besluit aan de minister werd gegeven, dan ook successievelijk buiten werking gesteld.

Sinds 1989 wordt overwogen de 1-oktober-regeling voor de intramurale verpleegzorg, uit oogpunt van kwaliteit van zorg en uit beheersmatige overwegingen, in te trekken en de op grond van deze regeling gefinancierde capaciteit te betrekken bij de gefinancierde erkende capaciteit. Hierover is op 20 maart 1989 het oordeel terzake van de Ziekenfondsraad gevraagd.

Op 23 november 1989, SGZ/28302, heeft de Raad geadviseerd het besluit voor de verpleeghuispatiënten in te trekken op het moment dat de aanspraak op verzorging en verpleging functioneel is omschreven. Daarbij heeft de Raad oplossingen aangegeven voor de periode tot dat de aanspraak op dit terrein functioneel zou zijn omschreven. De functionele omschrijving immers, biedt de verzekeraar mogelijkheden tot het betrekken van andere instellingen dan verpleeginrichtingen bij de zorg aan verpleeghuispatiënten dan wel om anderszins in de benodigde hulp te voorzien. Aangezien aan de voorwaarde van het functioneel omschrijven met dit besluit wordt voldaan, kan het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering voor de verpleeghuispatiënten op het tijdstip dat de functionele omschrijving voor de verzorging en verpleging van kracht wordt, worden ingetrokken.

Gelet op het feit dat in de loop der tijd ook al oplossingen gevonden zijn voor patiënten die op grond van een indicatie voor verblijf in een zwakzinnigeninrichting verblijven in een niet-erkend tehuis, is voorts besloten dit besluit ook voor deze groep patiënten, derhalve in zijn geheel, in te trekken.

## 11. Revalidatie

De Ziekenfondsraad heeft, naar aanleiding van een adviesaanvraag van 9 juni 1986, op 23 november 1989 (uitgave Ziekenfondsraad nr. 456) geadviseerd over de herstructurering van de verstrekking revalidatiedagbehandeling, die toentertijd onderdeel uitmaakte van het ziekenfondspakket.

In de adviesaanvraag van 1986 was aangegeven dat in de loop der tijd was gebleken dat de toepassing van de ziekenfondsverstrekking revalidatiedagbehandeling aanleiding gaf tot veel problemen, waarbij het met name ging om de afbakening met wat veelal enkelvoudige revalidatie wordt genoemd.

Voorts werden er in toenemende mate problemen geconstateerd, die werden veroorzaakt doordat de omschrijving van de revalidatiedagbehandeling met zich bracht dat alleen aanspraak bestond op de verstrekking indien het medisch noodzakelijk was dat de behandeling werd verleend in een teamverband waarbij hulpverleners van ten minste drie verschillende disciplines betrokken waren. Verder belemmerde de omschrijving een verschuiving van zware vormen van hulp naar lichtere.



In het licht van deze argumenten werd het van belang geacht tot een herstructurering van de verstrekking revalidatiedagbehandeling te komen. Daarbij is de Raad toen eveneens verzocht om bij zijn advisering de overige revalidatie te betrekken.

In de adviesaanvraag werd voorts nog de bijzondere aandacht gevraagd voor één aspect van de revalidatie, te weten de ergotherapie. Als knelpunt werd namelijk ervaren dat de ergotherapie alleen dan ten laste van de sociale ziektekostenverzekering kon worden verleend, indien deze werd geboden als onderdeel van een meer omvattende verstrekking. Bovendien was ook vanuit de Tweede Kamer gevraagd ergotherapie als afzonderlijke verstrekking te gaan regelen.

In zijn advies van 23 november 1989 kwam de Raad tot de conclusie dat het wenselijk zou zijn een nieuwe revalidatieverstrekking in te voeren, die zowel klinische als niet-klinische hulp zou omvatten, om zodoende de organisatorische samenhang van de zorgonderdelen en daarmee de substitutie te bevorderen. Daarbij stelde de Raad dat door een meer flexibele vormgeving van de verstrekking, te bereiken door het laten vervallen van het vereiste in het kader van de revalidatiedagbehandeling dat hulpverleners van ten minste drie verschillende disciplines bij elke behandeling betrokken zijn, de hulpverlening beter kan worden afgestemd op de behoefte van de revalidant en de hulpverlening doelmatiger wordt.

Een grote meerderheid van de Raad was daarenboven van mening dat het voor de uitvoering van één naadloze verstrekking, die zowel klinische als niet-klinische hulpverlening omvat, van belang is dat één wettelijk regime van toepassing zou zijn en dat derhalve alle zorg op het terrein van de revalidatie in de AWBZ zou dienen te worden ondergebracht.

Nadat op 16 augustus 1990 op hoofdlijnen positief was gereageerd op het advies van de Raad, is de Raad bij brief van 7 mei 1991 meegedeeld dat het in het voornemen ligt de revalidatiezorg per 1 januari 1992 naar de AWBZ over te hevelen. Voorts is de Raad gevraagd te adviseren over een meer functionele omschrijving van deze zorg.

Op 22 augustus 1991, SGZ/14 609, heeft de Raad terzake geadviseerd en een tekst aangereikt voor de functionele omschrijving. Overeenkomstig het advies van de Raad is een daartoe strekkende bepaling in dit besluit opgenomen.

Met het onderhavige besluit wordt ook een oplossing geboden voor de enkelvoudig aan te bieden ergotherapie. Hiervoor zij verwezen naar artikel 6 en de toelichting daarop. Tevens wordt verwezen naar hetgeen hierover reeds in paragraaf 9 is vermeld.

Met de functionele omschrijving van de revalidatie ontstaan voor de verzekeraars ruimere mogelijkheden om te contracteren met hulpverleners en instellingen. De verzekeraars zijn daarbij niet langer, zoals bij de voorzieningsgebonden verstrekkingenomschrijvingen het geval was, uitsluitend aangewezen op de instellingen die als revalidatie-inrichting of als inrichting voor revalidatiedagbehandeling waren erkend.

Daarmee ontstaat bijvoorbeeld de mogelijkheid dat (onderdelen van) revalidatiezorg wordt verleend in ziekenhuizen, die voor 1 januari 1992 daarvoor niet erkend waren.

## *12. Geestelijke gezondheidszorg.*

Op 27 september 1990 heeft de Ziekenfondsraad zijn advies inzake een meer functiegericht verstrekkingenstelsel ten behoeve van psychiatrische hulp (uitgave Ziekenfondsraad, nr. 486) uitgebracht. In dit advies werd uitgegaan van een functioneel omschreven pakket van zorgaanpakken voor de geestelijke gezondheidszorg. Voorts werden in dit advies voorstellen gedaan omtrent de organisatie van de zorg.

Het overnemen van deze voorstellen zou echter tot gevolg hebben, dat regionale budgetten voor deze sector, alsmede de indeling van regio's op centraal niveau dienden te worden vastgesteld. Deze uitgangspunten staan echter haaks op de ontwikkelingen om te komen tot normuitkeringen en budgettering van verzekeraars in het nieuwe stelsel.

Mede op grond van deze bezwaren is de Raad bij brief van 13 februari 1991 om nader advies terzake verzocht. Op 22 augustus 1991, GGZ/15 933, heeft de Raad dit nader advies uitgebracht. In dit advies is de functionele omschrijving van de zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg uitgewerkt. Daarbij heeft de Raad echter unaniem het standpunt ingenomen dat de invoering van de functionele omschrijving voor deze zorg niet per 1 januari 1992 moet plaatsvinden. Gelet op dit unanieme negatieve advies is, zoals in het vorenstaande onder punt 2 reeds is aangegeven, besloten de invoering op dit punt uit te stellen. Wel is in dit besluit, in artikel 20, de zorg reeds in functionele termen omschreven.

De in dit besluit opgenomen functionele omschrijvingen van de aanspraken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wijken enigszins af van het laatstbedoelde advies van de Ziekenfondsraad. Deze afwijkingen houden verband met het feit, dat de voorgestelde oplossingen voor specifieke aandachtspunten op sommige aspecten niet eenduidig door de Raad zijn geadviseerd. Verder is in enkele gevallen gekozen voor een afwijkende omschrijving om daarmee aansluiting te vinden bij de omschrijvingen, zoals die in de andere paragrafen van dit besluit zijn geformuleerd.

De Raad heeft in zijn beschouwingen onder meer gewezen op de noodzaak om, op grond van het bijzondere karakter van de doelgroep en de noodzaak om te komen tot samenhang, afstemming, het kunnen bieden van zorg op maat en het vergroten van substitutiemogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg, de diverse zorgaanspraken afzonderlijk te onderscheiden. Hierbij heeft de Raad gezocht naar een term waarmee het eigenstandige karakter van de hulp op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wordt aangegeven en te onderscheiden is van de functies, geformuleerd in andere in dit besluit opgenomen zorgaanspraken. De Raad komt daarbij tot de conclusie, dat categoriale hulp in de geestelijke gezondheidszorg bij voorkeur dient te worden aangeduid met de kenmerkende term «psychiatrisch» en dan in de zin van «in verband met psychiatrische stoornissen».

Het hanteren van de term «psychiatrisch» als door de Raad geadviseerd, stuit echter op vele weerstanden en wordt door een deel van partijen als onnodig stigmatiserend ervaren. Bovendien behelst het categoriale zorgaanbod meer dan de medisch-specialistische behandeling die eveneens refereert aan de term «psychiatrisch». In de geestelijke gezondheidszorg spelen biologische, psychologische en sociale aspecten, en met name ook de samenhang tussen deze aspecten, een rol. Verder is de zorg gebaseerd op verschillende behandelmethodieken, die al dan niet in combinatie worden toegepast. Voorbeelden van behandelmethodieken zijn farmacotherapie, slaapdeprivatie en psychotherapie.

Vanuit deze overwegingen is in dit besluit gekozen voor de formulering van één artikel 20 waarin de inhoud van de geestelijke gezondheidszorg als geheel is omschreven.

Met deze opzet wordt tegemoet gekomen aan de noodzaak om deze aanspraken naar aard en omvang herkenbaar te onderscheiden van andere in dit besluit omschreven zorgvormen. Op de gekozen systematiek is reeds ingegaan bij de toelichting op de zorg op het terrein van de verzorging en verpleging. Specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg geldt nog, dat met de gecombineerde aanspraken waarborgen

worden geschapen voor die categorieën van verzekerden die op grond van maatregelen in het kader van de Krankzinnigenwet (Stb. 1884, 96) worden opgenomen.

Gelet op het feit, dat met de uitvoering en de effecten van de functiegerichte omschrijving nog ervaring moet worden opgedaan, zal bij de afronding van de stelselherziening nog worden bezien of en zo ja, op welke wijze handhaving van de in de onderhavige paragraaf gecombineerde aanspraken in dit besluit noodzakelijk is.

Ten behoeve van de forensische psychiatrie is de Raad bij brief van 13 februari 1991 gevraagd aandacht te willen besteden aan de positie van de forensische psychiatrie. In zijn reactie hierop komt de Raad tot de conclusie dat het in beginsel niet juist is specifieke groepen verzekerden of daarmee samenhangende specifieke behandelsettingen afzonderlijk wettelijk te benoemen. Met de onder artikel 20 omschreven aanspraken op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kunnen alle hulpvragen worden beantwoord. Een optimale invulling kan en dient te worden gerealiseerd door verzekeraars en zorgaanbieders, waarbij het aanbod van zorg dient afgestemd te zijn op de aard van de hulpvraag. De diversiteit binnen het hulpaanbod krijgt gestalte op grond van de referentie aan de standaard, zoals die voor de diverse behandelsettingen en voor de zorg aan bepaalde cliëntengroepen algemeen aanvaard is. Het opnemen van een specifieke bepaling ten behoeve van een bepaalde groep past niet in deze systematiek. Het opnemen van een functie «forensische psychiatrische behandeling met opnemings» is derhalve niet noodzakelijk. Temeer nu de door de Raad geschetste problematiek met betrekking tot de financiering van deze zorg, in relatie tot de budgettering van verzekeraars, gezien het bepaalde in artikel 6, vierde lid, van de AWBZ niet aan de orde is.

Teneinde te voorkomen dat het uitvoeringsorgaan zijn toestemming tot het verkrijgen van deze zorg kan onthouden is in artikel 30, tweede lid, bepaald dat hiervoor geen toestemmingsvereiste kan worden ingevoerd. Het uitvoeringsorgaan is derhalve steeds gehouden de kosten van deze zorg voor zijn rekening te nemen.

De invoering van de functionele omschrijving voor de geestelijke gezondheidszorg biedt voor verzekeraars de mogelijkheid om voor bijvoorbeeld psychotherapie met andere hulpverleners overeenkomsten te sluiten dan voordien het geval was.

Zo kon psychotherapie voorheen, onder de vigeur van de persoons- en instellingsgebonden verstrekkingsomschrijvingen, uitsluitend verleend worden door vrijgevestigde psychiaters/psychotherapeuten of, indien de therapie in RIAGG-verband plaatsvond, ook door psychotherapeuten die geen psychiater/zenuwarts waren. Met de functionele omschrijving ontstaat voor verzekeraars de mogelijkheid met elke vrijgevestigd psychotherapeut een overeenkomst te sluiten, ongeacht de discipline van de psychotherapeut.

### *13. Uitsluiting zorg in verband met niet geregelde aanspraken*

Met het onderhavige besluit wordt zowel de aanspraak op zorg bij of krachtens dit besluit, als de aanspraak op verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering beperkt in die zin dat hulp, welke op zich genomen als zorgaanspraak dan wel als verstrekking geldt, uitgesloten wordt indien zij samenhangt met een klinisch-specialistische behandeling of onderzoek waarop geen aanspraak bestaat in het kader van de aanspraak op ziekenhuisopname als geregeld bij of krachtens genoemde besluiten.

Op 27 maart 1990 (kamerstukken II, 1989-90, 20 620, nr. 15) is de Ziekenfondsraad terzake advies gevraagd. Directe aanleiding tot deze adviesaanvraag vormde de betrokkenheid van een ziekenfonds bij de financiering van een longtransplantatie. Longtransplantatie maakt noch onderdeel uit van het ziekenfondspakket, noch van het AWBZ-pakket.

Het is niet gewenst dat er collectieve financiering plaatsvindt van een behandeling waarvan expliciet besloten is deze (vooralsnog) buiten het verzekeringspakket te houden. Immers, daarmee wordt het beleid ten aanzien van dergelijke behandelingen doorkruist. Dit beleid is er op gericht om het mogelijk te maken eerst zorgvuldig te bezien of een nieuwe ingrijpende behandelmethode wel of niet opgenomen moet worden in de zorg waarop ten laste van de collectieve ziektekostenverzekeringen aanspraak bestaat.

In verband met deze ongewenste gang van zaken is de Raad gevraagd te adviseren over de vraag op welke wijze – in algemene zin – een dergelijke oneigenlijke financiering door de ziekenfondsen kan worden voorkomen.

De Ziekenfondsraad heeft op 25 april 1991, SGZ/8443, in zijn advies getiteld: Derde advies inzake grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket, aan dit verzoek gehoor gegeven.

De Raad stelt in dat advies dat van aanspraak op verzorging en verpleging in een ziekenhuis alleen dan sprake kan zijn indien deze verband houdt met een klinische behandeling die onderdeel uitmaakt van het pakket. De Raad adviseert deze beperking door te trekken tot alle hulp in of buiten het ziekenhuis, welke met een uitgesloten vorm van klinisch-specialistisch onderzoek of klinisch-specialistische behandeling samenhangt. In het onderhavige besluit is het advies van de Raad gevolgd.

Overeenkomstig het advies van de Raad betreft de uitsluiting alleen de hulp welke in het algemeen objectief voorzienbare hulp is. Met andere woorden het gaat er niet om dat de hulp objectief voorzienbaar is ten aanzien van de desbetreffende verzekerde. Er is dan ook voor gekozen deze beperking op de aanspraak op zorg onder te brengen in een artikel dat de aanspraken op zorg voor de verzekerden in algemene zin regelt. De eis van objectieve voorzienbaarheid in zijn algemeenheid brengt met zich mee dat de beperking zich slechts uitstrekt tot de bijkomende hulp welke standaard met een uitgesloten onderzoek of behandelingswijze in een ziekenhuis verbonden is en dat extra hulp welke nodig is als gevolg van bijvoorbeeld complicaties of samenloop met een andere ziekte of aandoening bij dezelfde verzekerde, niet valt onder de uitsluiting. Zelfs als deze extra hulp voorzienbaar is, maakt de eis van objectivering in algemene zin dat daarmee toch geen rekening gehouden mag worden.

Als voorbeelden van uitgesloten hulp bij, bijvoorbeeld, niet aangevoerde vormen van transplantatie zijn te noemen: de selectie van donor of donormateriaal, het voorbereidend poliklinisch onderzoek als inleiding op de ingreep zelf, de poliklinische nabehandeling en de farmaceutische hulp ter onderdrukking van de natuurlijke afstotingsreacties.

Alhoewel eenzelfde probleem zich voordoet rond uitgesloten vormen buiten de klinische sfeer zijn de gevolgen daar minder belastend. Omdat een algemene uitsluiting, vanwege de grote verscheidenheid van situaties, gevolgen kan hebben die onmogelijk allemaal tevoren te overzien zijn, beperkt de onderhavige maatregel zich tot het uitsluiten van die hulp die direct samenhangt met een klinisch-specialistische behandeling of onderzoek, die niet in het pakket is opgenomen.



#### 14. Erkenning van categorieën van instellingen

Met de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase is het erkenninginstrument in beginsel gehandhaafd. Dit heeft als consequentie dat instellingen die vormen van zorg leveren, waarop verzekerden uit hoofde van de (gemoderniseerde) AWBZ aanspraak kunnen maken, dienen te zijn erkend. Wel is met het oog op de wijziging van artikel 6 van de AWBZ in verband met het introduceren van de mogelijkheid van functionele omschrijvingen, het begrip «verstrekkingen» ook in de artikelen die betrekking hebben op de erkenning, vervangen door het begrip «zorg».

De overgang van de voorheen geldende instellingsgebonden omschrijving van verstrekkingen naar functioneel omschreven aanspraken op zorg, heeft directe gevolgen voor de erkenningen van die (categorieën van) instellingen die verstrekkingen verlenen, welke in de ingevoerde functionele omschrijvingen zijn opgenomen. Met het realiseren van de functionele omschrijving vervalt voor de desbetreffende vormen van zorg immers in de omschrijving van de verstrekking de aanduiding van de categorie instellingen waaraan het verlenen van de verstrekking bij uitsluiting was voorbehouden. Hierdoor zijn de voordien in de verstrekkingenomschrijvingen gehanteerde begrippen, zoals bijvoorbeeld verpleeginrichting, kruisorganisatie, dagverblijf voor lichamelijk gehandicapten en algemeen psychiatrisch ziekenhuis vervallen. De erkenningen van de instellingen die vormen van zorg verlenen, die onderdeel zijn van de functioneel omschreven aanspraken, dienen dan ook aan de nieuwe juridische context te worden aangepast.

Teneinde daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan de grotere mogelijkheden voor substitutie, die met de functionele omschrijving beoogd worden, dienen de uitvoeringsorganen bij het sluiten van overeenkomsten met instellingen in het kader van functioneel omschreven aanspraken op zorg, invloed te kunnen uitoefenen op de organisatie van de zorg. Daarbij is evenzeer van belang dat uitvoeringsorganen zelfstandig kunnen bepalen voor welk gebruik van de capaciteit van de instelling zij een overeenkomst wensen aan te gaan. Indien de verzekeraar bij het contracteren niet gebonden is aan een door de minister (in de erkenningsbeschikking) vastgestelde capaciteit van de instelling, draagt dat bij aan substitutiemogelijkheden tussen zorgvormen. Daarom is het noodzakelijk geacht dat bij instellingen die een vorm van zorg verlenen die deel uitmaakt van functioneel omschreven aanspraken op zorg, bij de erkenning de capaciteit niet meer wordt vastgelegd. De uitvoeringsorganen kunnen dan bij het sluiten van overeenkomsten met die instellingen over de benutting van de aanwezige capaciteit onderhandelen en hierover afspraken maken.

Tevens is, gelet op de hiervoor genoemde doelstellingen van de functionele omschrijving, de contracteerplicht ten aanzien van de onderhavige (categorieën van) instellingen van belang. Artikel 45 van de AWBZ bepaalt dat een uitvoeringsorgaan verplicht is met elke erkende instelling een overeenkomst te sluiten. Met het invoeren van de functionele omschrijvingen is het mogelijk dat zich nieuwe aanbieders van (eventueel nieuwe) zorgvormen presenteren, die ook de vorm van een instelling kunnen hebben. Indien daaromtrent niets nader geregeld zou worden, heeft de bestaande contracteerplicht ten aanzien van instellingen als consequentie dat de uitvoeringsorganen met elke instelling – uiteraard mits erkend – een overeenkomst dienen te sluiten. Uit het oogpunt van kostenbeheersing en doelmatigheid is dat ongewenst. In dat geval zouden de uitvoeringsorganen ook geen mogelijkheden hebben zelf te beslissen met welke instellingen zij een overeenkomst sluiten,



teneinde op die wijze de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren en aldus substitutie van zorg te bewerkstelligen. Om die reden is het noodzakelijk geoordeeld dat de contracteerplicht wordt opgeheven ten aanzien van die categorieën van instellingen, die een vorm van zorg leveren die deel uitmaakt van de functioneel omschreven zorgaanpakken.

De Ziekenfondsraad heeft, naar aanleiding van een adviesaanvraag van 17 mei 1991, op 26 september 1991 geadviseerd over het te voeren erkenningenbeleid en de contracteerplichting ten aanzien van instellingen (advies ERK/9956, uitgave Ziekenfondsraad nr. 529). In zijn advies heeft de Raad de in de adviesaanvraag voorgestelde maatregelen op hoofdlijnen onderschreven.

De Ziekenfondsraad stemt in met de afschaffing van de contracteerplicht ten aanzien van die instellingen die een vorm van zorg verlenen, die onderdeel is van functioneel omschreven zorgaanpakken. Daarbij onderstreept de Raad het belang van een – ook in de adviesaanvraag vermelde – overgangsregeling voor de instellingen, die direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van de functionele omschrijving reeds een overeenkomst hadden met een ziekenfonds of een verbindingkantoor. In dit verband kan onder meer worden gewezen op de overgangsregeling die in artikel XIV van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase is opgenomen. Hierin is bepaald dat overeenkomsten die betrekking hebben op ziekenfondsverstrekkingen, die op of na het tijdstip van inwerkingtreding van genoemde wet gaan behoren tot vormen van zorg die in dit besluit zijn opgenomen, vanaf dat tijdstip worden beschouwd als overeenkomsten bedoeld in artikel 42 van de AWBZ.

Daarnaast is in artikel 35, derde lid, van dit besluit een overgangsregeling getroffen voor de instellingen die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit individueel erkend zijn in het kader van de Ziekenfondswet of AWBZ en die een vorm van zorg leveren die functioneel omschreven is. Deze overgangsregeling betekent dat voor laatstbedoelde instellingen de in artikel 45, eerste lid, van de AWBZ opgenomen contracteerplichting eerst vervalt met ingang van 1 januari 1994. Deze overgangsregeling is getroffen uit een oogpunt van rechtszekerheid voor de betrokken instellingen. Met de hierbij gehanteerde termijn is aangesloten bij de overgangstermijn die geldt voor de overeenkomsten met personen (voor wie de contracteerplicht wordt opgeheven) en die is opgenomen in de Wet, houdende beperking contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg. De overgangsregeling op grond van artikel XIV van de Wet stelselherziening ziektekostenverzekering tweede fase houdt in dat overeenkomsten, die uit hoofde van dat artikel overgaan van het Ziekenfondswet- naar het AWBZ-regime, niet opnieuw behoeven te worden afgesloten. Dit samen met het bepaalde in artikel 35, derde lid, van dit besluit biedt voor de desbetreffende instellingen voldoende rechtswaarborgen.

Blijkens zijn advies is de Ziekenfondsraad in meerderheid van mening dat de bestaande erkenningenprocedure ook voor de instellingen die een functioneel omschreven vorm van zorg verlenen, dient te worden gehandhaafd. Dit meerderheidsadvies houdt in dat voor de meeste van de hierbedoelde instellingen individuele erkenningsbeschikkingen afgegeven zouden dienen te blijven worden en dat slechts voor een

beperkt aantal categorieën van instellingen zou blijven gelden dat deze als erkend worden aangemerkt. Voor wat betreft dit laatste onderdeel, wil de meerderheid van de Raad aansluiten bij de criteria die hiervoor tot dusverre in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn gehanteerd. Als argument voor het in feite handhaven van het bestaande erkenningenregime wordt aangevoerd dat daarmee, zolang de voorgenomen Wet op de kwaliteit van zorg verleend door instellingen nog niet in werking is getreden, de overheid in staat blijft haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg waar te maken. De minderheid van de Raad acht het handhaven van het bestaande erkenningenregime voor de instellingen die een functioneel omschreven vorm van zorg verlenen, niet noodzakelijk. In dit verband wijst zij erop dat het kwaliteitsaspect van het erkenningensysteem in de bepalingen van de (model)overeenkomsten kan worden opgenomen.

Ingaand op het advies van de Ziekenfondsraad, kan er allereerst op worden gewezen dat de functie die de erkenning binnen het verzekeringsstelsel heeft, als waarborg voor de kwaliteit, minder groot is dan veelal wordt aangenomen. Weliswaar wordt bij de toetsing van een te erkennen instelling bezien of deze instelling de verstrekking levert waarvoor zij een erkenning aanvraagt, doch de criteria aan de hand waarvan deze toetsing plaatsvindt, zijn voor een belangrijk deel procedureel en niet zozeer zorginhoudelijk. Daarnaast kan worden opgemerkt dat het weliswaar mogelijk is dat een te verlenen erkenning onder beperkingen wordt verleend en dat daaraan voorschriften worden verbonden, doch dat de uiteindelijke sanctie indien een instelling blijvend niet aan de voorschriften voldoet, in de praktijk niet of nauwelijks bruikbaar is. Dit laatste komt mede doordat de wettelijke vereisten waaraan moet worden voldaan om een erkenning te weigeren of tot intrekking van de erkenning over te gaan zeer strikt en nauw omschreven zijn in artikel 8b respectievelijk artikel 8f van de AWBZ.

Bovendien kan hierbij nog worden opgemerkt dat voor een aantal categorieën van instellingen, zoals bijvoorbeeld verpleeginrichtingen er geen erkenningseisen tot stand zijn gekomen. Dit ontbreken van erkenningseisen heeft in het verleden niet tot een slechte kwaliteit van de verleende zorg geleid.

Alle aspecten afwegend, is er in dit besluit voor gekozen om voor alle instellingen die betrokken zijn bij de functioneel omschreven zorg, geen individuele erkenningsbeschikkingen af te geven, doch bedoelde instellingen als erkend aan te merken. Daarbij is, overeenkomstig het unanieme advies van de Ziekenfondsraad, de contracteerplicht ten aanzien van die (categorieën van) instellingen, die een vorm van zorg verlenen die onderdeel vormt van functioneel omschreven zorgaanpak, opgeheven. Ook is de capaciteit van vorenbedoelde instellingen daarmee niet meer vastgelegd, omdat er anders voor de uitvoeringsorganen geen mogelijkheden meer zouden zijn om een overeenkomst te sluiten voor de benutting van een capaciteit van de instelling, die afwijkt van de in de erkenningsbeschikking vastgestelde capaciteit.

Tot een dergelijke oplossing is besloten omdat deze het meest recht doet aan de verantwoordelijkheden van de uitvoeringsorganen en de zorgverlenende instellingen. Bovendien zou een oplossing waarbij de individuele erkenning van instellingen gehandhaafd zou blijven, tot een uitermate omslachtige procedure geleid hebben. Immers, deze zou inhouden dat, gelet op de contracteervrijheid, een erkenningsaanvraag niet eerder zin zou hebben dan nadat de betrokken instelling en een uitvoeringsorgaan tot overeenstemming zijn gekomen over de vraag of de instelling zorg voor rekening van de bijzondere ziektekostenverzekering kan verlenen en welke vormen van zorg dit dan betreft. In feite

betekent dit dat de instelling en het uitvoeringsorgaan eerst in beginsel overeenstemming dienen te bereiken over de te sluiten overeenkomst en dat de instelling op basis daarvan een erkenning aanvraagt. Pas als de instelling dan erkend is, kan de overeenkomst daadwerkelijk worden gesloten.

Met het oog op een eenvoudiger procedure worden de hierbedoelde instellingen als erkend aangemerkt. Op basis hiervan kunnen de instellingen en de uitvoeringsorganen dan met elkaar gaan overleggen over een overeenkomst, zonder dat de instelling alsnog een individuele erkenning behoeft aan te vragen.

Hiermede wordt tevens voor een belangrijk deel aangesloten bij de thans bestaande praktijk in het kader van de behandeling van een erkenningsverzoek, waarbij de ziekenfondsen dan wel de verbindingskantoren de Ziekenfondsraad pre-adviseren inzake het aan de minister uit te brengen advies over een dergelijk verzoek. In plaats van hun opvatting over een instelling aan de Ziekenfondsraad te berichten, kunnen de verzekeraars nu op basis van hun beoordeling over het kwalitatieve niveau van de instelling beslissen of zij al dan niet een overeenkomst met deze instelling aangaan.

Voor wat betreft de verantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit van de zorg, kan er nog op worden gewezen dat ook bij als erkend aangemerkte instellingen de wettelijke mogelijkheid bestaat dat in individuele gevallen de erkenning toch wordt ingetrokken; dit gelet op artikel 8, tweede lid, in samenhang met artikel 8f van de AWBZ. De minister behoudt derhalve de wettelijke bevoegdheid om, in uiterste instantie, ook bij de hier gekozen vormgeving de erkenning van een als erkend aangemerkte instelling in te trekken.

Bovendien kan worden vermeld dat het als erkend aanmerken van instellingen, de bestaande bevoegdheden die het Staatstoezicht op de Volksgezondheid op grond van de Gezondheidswet heeft, onverlet laat. In deze bevoegdheden treedt geen enkele wijziging op.

Ten aanzien van het kwaliteitsaspect kan tenslotte nog worden opgemerkt dat uit hoofde van de met de Wet, houdende beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg gewijzigde artikelen 42 en 43 van de AWBZ, de uitvoeringsorganen en de instellingen in de (model)overeenkomsten afspraken dienen te maken over de kwaliteit van de te verlenen zorg. Deze verplichting terzake biedt eveneens waarborgen voor de regeling van de kwaliteit van de zorg en mede gelet hierop is het verantwoord de individuele erkenning voor de onderhavige categorieën van instellingen te laten vervallen.

Op grond van het gewijzigde artikel 46 van de AWBZ is ook de zogenaamde omgekeerde contracteerplicht voor de onderhavige categorieën van instellingen niet meer van kracht.

Voor de goede orde zij vermeld dat in artikel 35 niet uitsluitend de instellingen zijn opgenomen die functioneel omschreven vormen van zorg verlenen. Ook een aantal categorieën van instellingen die voorheen als erkend waren aangemerkt op grond van het Besluit aanmerking als erkende instelling bijzondere ziektekostenverzekering dan wel, voor zover het een voordien als ziekenfondsverstrekking geregelde vorm van zorg betreft, op grond van het Besluit van 1 februari 1985 (Stb. 1985, 84) zijn hierin opgenomen.

Met het tweede lid van artikel 35 is de contracteerplicht ten aanzien van de daargenoemde categorieën van instellingen opgeheven. Hierbij is voor de instellingen, die niet betrokken zijn bij een functioneel omschreven vorm van zorg, aangesloten bij het regime inzake de contracteerplicht dat voor hen gold voor de datum van inwerkingtreding

van dit besluit. Tevens is daarbij rekening gehouden met het beleid dat met de Wet beperking contracteerplicht/invoering maximumtarieven op het punt van de contracteerplicht ten aanzien van personen, is ingevoerd.

#### 15. Financiële effecten ten gevolge van de maatregelen per 1 januari 1992

De overheveling van verstrekkingen naar de AWBZ vanuit de ziekenfonds- en particuliere verzekering betreft farmaceutische hulp, revalidatie, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek. De daarbij behorende kosten zijn vermeld in de navolgende tabel. In deze tabel zijn bij de particulier- en KPZ verzekerden de kosten inbegrepen van eigen betalingen. Eigen betalingen kunnen voortvloeien uit het niet verzekerd zijn, de gevolgen van kosten bij een eigen risico dan wel een eigen bijdrage regeling.

Bij de overheveling wordt rekening gehouden met het overhevelen van beheerskosten van de ziekenfonds en particuliere verzekering naar de AWBZ. In de AWBZ wordt hiervoor een bedrag van f 161 mln voorzien.

#### Pakketoverheveling 1992

	mln gld			
	ZFW	KPZ	Part	Totaal
Farmaceutische hulp	3022	202	1136	4360
Audiologische hulp	9	1	6	16
Erfelijkheidsonderzoek	15	3	9	27
Revalidatie	201	20	120	341
Verstrekkingen	3247	226	1271	4744
Administratiekosten	110	8	43	161
Totaal	3357	234	1314	4905

Voor de invoering van de nominale premie in de ZFW zijn destijds de beheerskosten voor de ziekenfondsen verhoogd. Heffing van de nominale premie in de AWBZ kan grotendeels in de huidige systematiek van premieheffing van zowel ziekenfonds- als particuliere verzekering worden opgenomen. In het advies van de Ziekenfondsraad inzake beheerskosten is een bedrag opgenomen van ruim f 21 miljoen. Voor de overige kosten van invoering van het nieuwe stelsel zijn geen bedragen gereserveerd. Zij dienen opgevangen te worden in de totale budgetten. Daartegenover wordt bij de vaststelling van de budgetten evenmin een opbrengst ingeboekt van de verwachte effecten van kostenbeheersing. Deze kosten en opbrengsten worden in 1992 geacht tegen elkaar weg te vallen.

De overheveling van pakketten leidt tot koopkrachteffecten. De lagere lasten voor het ziekenfonds en KPZ worden geheel ten goede gebracht van de werknemerspremies. Bij de vaststellingen van de macrobudgetten wordt verdisconteerd dat in 1992 in de AWBZ een nominale premie wordt geven van f 125 per volwassen equivalent en in de ZFW een nominale premie van f 170. Voor de ZFW is dit een verlaging van f 50. Overigens wordt de feitelijk door ziekenfondsen te heffen premie geraamd op f 175. De resterende lasten van de overheveling in de ZFW en AWBZ worden gefinancierd uit de procentuele premie. De particuliere ziektekosten dalen naar verwachting 15,5%.

Gezinnen met kinderen worden gecompenseerd via verhoging van de kinderbijslag voor de nominale premie die deze gezinnen voor de kinderen moeten betalen. Daarnaast worden ambtenaren (interim- en KPZ ambtenaren, beroepsmilitairen en dienstplichtigen) gecompenseerd voor het relatieve inkomenseffect dat zij ondervinden ten opzichte van de



vergelijkbare categorie in de marktsector. Deze kosten worden gefinancierd uit een terugtrekking van Rijksbijdragen uit de AWBZ, hetgeen leidt tot een circa 0,05% hogere AWBZ-premie.

Het totale budgettaire effect is nihil.

De premieverschuivingen voor de ZFW en de AWBZ kunnen als volgt worden weergegeven:

**Premieverschuivingen ZFW en AWBZ**

		premie	opbrengst
ZFW	- procentueel	-1,8%	2960
	- nominaal	-f 50	400
			<u>3360</u>
AWBZ	- procentueel	1,4%	3595
	- nominaal	f 125	1600
			<u>5195</u>

De werkgeversbijdragen blijven ongewijzigd. In de maatregelen per 1 januari 1992 zijn geen wijzigingen verondersteld in de eigen bijdrage-regelingen. De inkomenseffecten van het geheel zijn:

**Inkomenseffecten 1992**

	minima	modaal	2x modaal
werknemers marktsector			
- alleenstaand	0.3	0.3	-1.0
- alleenverdiener	0.2	0.2	-0.5
- alleenverdiener zonder kinderen	0.2	0.2	0
ziekenfonds verzekerde bejaarden			
- alleenstaand	0.4	0.4	
- alleenverdiener	0.3	0.3	
particulier verzekerde bejaarden			
- alleenstaand	1.4	0	
- alleenverdiener	2.3	1.4	

In de huidige situatie bestaan er naast elkaar twee vormen van premie-heffing voor verschillende categorieën. De inkomensafhankelijke premies, die in overwegende mate de financiering van de ZFW en de KPZ-regelingen vormen en de nominale premies die gelden in de particuliere markt. Door de stelselherziening wordt de premieheffing voor beide categorieën veranderd in een uniforme inkomensafhankelijke en een nominale premie. De inkomensafhankelijke premie wordt geheven over de grondslag voor de belastingen en volksverzekeringen (eerste Oort-schijf). Hiermee verandert de grondslag voor premieheffing van de ziektekosten voor ZFW- en KPZ-verzekerden van alleen bruto loon of uitkering naar het totale heffingsinkomen, waarin ook andere, positieve en negatieve inkomensbestanddelen een rol spelen. Dit effect wordt door sommigen blijkbaar aangeduid als fiscalisering.

De mutatie in de collectieve lastendruk is af te lezen uit de volgende tabel:

**Tabel Collectieve lastendruk door stap 1992**

Overheveling van particulier naar AWBZ	1314	
Nominale premies (saldo)	-1200	
Terugtrekking Rijksbijdrage	130	
Mutatie collectieve lastendruk	<u>244</u>	
idem, % NNI		0,05%



De collectieve lastendruk muteert als gevolg van de overheveling in 1992 met 0,05% van het Nationaal Inkomen. Ten opzichte van de eerdere voornemens leidt de fasering dus tot een cld-mutatie die 0,2% lager ligt (0,05% in plaats van 0,25%).

#### *16. Dereguleringsaspecten*

Het onderhavige besluit vormt één van de maatregelen, strekkende tot uitvoering van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase. Dit besluit betekent een concretisering van een aantal aspecten van de stelselwijziging, te weten de overheveling van een aantal zorgaanspraken naar de AWBZ, de invoering van functionele omschrijvingen van bepaalde zorgaanspraken, alsmede de aanwijzing van zorgaanspraken ten aanzien waarvan verzekerden en verzekeraars een specifiek eigen risico kunnen overeenkomen.

Zoals in punt 2 is aangegeven, is met het oog op de uitvoeringstechnische consequenties besloten tot fasering van de aanvankelijk per 1 januari 1992 voorgenomen maatregelen. Dit brengt met zich dat de effecten van het onderhavige besluit zowel voor wat betreft de functionele omschrijving als de invoering van specifieke eigen risico's, in de aanvangsfase beperkt zullen zijn.

De invoering van de functionele omschrijving als methodiek voor de vormgeving van zorgaanspraken leidt er toe dat in het besluit op een minder gedetailleerde wijze invulling wordt gegeven aan de aanspraken van verzekerden. Daardoor kan de huidige starre wijze van omschrijving van zorgaanspraken geleidelijk verdwijnen; dat heeft uit dereguleringsoogpunt belangrijke voordelen. De functionele omschrijving leidt enerzijds toe dat aan verzekeraars de mogelijkheid wordt geboden een meer doelmatige zorgverlening te bevorderen. De tot op heden als enig uitgangspunt gehanteerde instellings- en persoonsgebonden omschrijvingsmethodiek heeft immers als gevolg dat de verzekerde in bepaalde gevallen meer zorg, te weten in de vorm van opname en verder verblijf in een instelling, dient te worden geboden, hoewel strikt genomen voor deze verzekerde een minder intensieve vorm van zorg, indien het mogelijk zou zijn geweest deze aan de verzekerde aan te bieden, ook uitkomst had kunnen bieden. De functionele omschrijving maakt derhalve in meerdere mate zorg op maat mogelijk. Anderzijds brengt de functionele omschrijving ook met zich dat de verzekeraar sneller in staat is tegemoet te komen aan de zorgvraag van de verzekerde. Dit kan derhalve een gunstige invloed op de huidige ongewenste wachtlijstproblematiek hebben. De tot nu toe vigerende instellings- en persoonsgebonden omschrijving van de verstrekkingen, alsmede de tot op heden geldende regelgeving op het terrein van erkenning, planning en tarifiering, een en ander in combinatie met de bestaande contracteerplicht beperken sterk de mogelijkheden voor verzekeraars om invloed uit te oefenen op de organisatie van de zorgverlening. De in het kader van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase beoogde vermindering van de overheidsbemoeienis, welke onder meer tot uiting komt in de functionele omschrijving en de deregulering van de regelgeving op het terrein van de erkenning, planning en tarifiering strekken tot een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders. Uiteraard is het effect daarvan voor een

belangrijk deel afhankelijk van de mate waarin deze partijen gebruik maken van de aan hen geboden mogelijkheden. Teneinde echter te bereiken dat verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders daarvan zoveel mogelijk gebruikmaken is in het stelsel voorzien in een aantal maatregelen die dit effect beogen te versterken. Daarbij kan worden gedacht aan de invoering van de contracteerplicht, de invoering van maximumtarieven, alsmede, ten aanzien van de verzekerden, het stellen van nadere voorwaarden aan de aanspraken en de invoering van de mogelijkheid van specifieke eigen risico's.

De wijzigingen in de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering kunnen tot extra lasten voor de onderscheiden partijen leiden. Deze zijn echter niet uitsluitend een gevolg van de onderhavige maatregel, doch vloeien voort uit de stelselwijziging in haar geheel. Vanaf de aanvang van de stelselwijziging is duidelijk geweest dat deze een verhoging van de uitvoeringskosten tot gevolg zou hebben. Het kabinet acht dit aanvaardbaar, omdat de verwachting gerechtvaardigd is dat het leggen van meer verantwoordelijkheden bij de onderscheiden partijen er ook toe zal leiden dat kostenbesparingen zullen optreden, welke de hogere uitvoeringskosten ruimschoots zullen compenseren. Daarnaast zal een verhoging van de beheerskosten optreden als gevolg van de overheveling van verstrekkingen naar de AWBZ. Hiervoor zij verwezen naar de in deze nota opgenomen financiële paragraaf.

Het is mogelijk dat de onderhavige maatregel in de aanvangsfase zal leiden tot een toename van beroepsprocedures. Hoewel dit niet met zekerheid valt aan te geven, is de verwachting gewettigd dat deze toename beperkt zal blijven. Zoals in deze nota is aangegeven, zal de positie van de verzekerde en van de verzekeraar weliswaar veranderen, dit brengt echter niet met zich dat de positie van de verzekerde door de functionele omschrijving zal verslechteren. Het systeem van de functionele omschrijving houdt wel in dat niet langer alle aspecten bij of krachtens de wet worden geregeld. Dit betekent echter niet dat een aantal zaken in het geheel niet wordt geregeld. De nadere voorwaarden waaronder aanspraak op zorg kan worden gemaakt, wie de zorg verleent en de plaats waar de zorg wordt verleend, alsmede zaken als het bieden van de mogelijkheid van eigen risico's en dergelijke dient de verzekeraar ingevolge artikel 6, zevende lid (nieuw), van de AWBZ met de verzekerde overeen te komen dan wel vast te leggen in het verzekeringsreglement. Op die wijze is de positie van de verzekerde toch op gelijkwaardige wijze beschermd. Ten aanzien van de algemeen aanvaarde standaard kan in dit verband worden opgemerkt dat deze voor een belangrijk deel inhoudt een continuering, zij het in gemoderniseerde vorm, van het huidige gebruikelijkheids criterium, zoals dat in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering nu nog voorkomt bij de hulp door specialisten.

## **B. Artikelsgewijze toelichting**

### *§ 1. Algemene bepalingen*

#### **Artikel 1**

Vanwege de leesbaarheid van dit besluit zijn in deze bepalingen twee begrippen gedefinieerd. Voor de overige begrippen is van definiëring afgezien, omdat verondersteld mag worden dat de betekenis daarvan bij degenen die betrokken zijn bij de zorg algemeen bekend is.

## Artikel 2

Het eerste lid van dit artikel vormt de basis voor de aanspraken op de zorg zoals die in dit besluit omschreven worden. Het regelt tevens de afbakening met de zorg die op grond van andere wetten wordt, dan wel kan worden, bekostigd.

In het tweede lid zijn de wettelijke indicatievereisten neergelegd. De indicatievereisten, de criteria waaraan moet worden afgemeten of betrokkene op bepaalde zorg is aangewezen en in welke omvang, raken de omvang van de zorg en zijn derhalve krachtens artikel 6, eerste lid, van de AWBZ een aangelegenheid van de gedelegeerde wetgever. Het gaat niet aan dat de toegankelijkheid van de wettelijk geregelde zorg via aangescherpte voorwaarden weer ongedaan gemaakt of beperkt wordt. Het stellen van eigen of nadere indicatievoorschriften is dan ook aan de regelingsbevoegdheid van verzekeraars onttrokken. Wat hen wel toekomt, is het regelen van procedures met betrekking tot de wijze waarop wordt vastgesteld of aan de indicatievereisten is voldaan (deze bevoegdheid is expliciet verwoord in artikel 30, eerste lid). Zo kan bijvoorbeeld worden verlangd, dat de aanvraag wordt ondersteund door een medische motivering.

Het onderhavige artikellid bevat de algemene indicatievereisten, die gelden voor alle zorg die in dit besluit is omschreven.

Deze algemene indicatiebepaling vervult een drievoudige functie. In de eerste plaats dient zij ter vaststelling van de zorg waarop de verzekerde aanspraak maakt. Hierbij gaat het om de vraag welke van de in dit besluit omschreven zorg, gezien de aard van gezondheidsproblemen, aangewezen is; anders gezegd, de vraag met welk middel het juiste doel bereikt wordt. Daarbij gaat het derhalve ook om de doelmatige inzet van de zorg. Dit vindt zijn weerslag in de woorden «gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening».

In de tweede plaats dient de bepaling als basis voor de beoordeling of de verzekerde ook redelijkerwijs daarvoor in aanmerking komt; met andere woorden of de zwaarte van de zorg in verhouding staat tot de ernst van die problemen of dat met een lichtere variant kan worden volstaan.

In de derde plaats bieden de woorden «voor zover» een basis voor een beoordeling en beslissing over de vraag in welke mate en omvang de verzekerde aanspraak op de zorg kan doen gelden, gegeven het feit dat de zorg in de diverse omschrijvingen steeds in haar geheel en in volle omvang is aangeduid. Met de woorden «voor zover» wordt dus niet de aanspraak op de zorg, maar de in de specifieke situatie benodigde zorgverlening beperkt.

De indicatievereisten gelden niet alleen voor de toegang tot de zorg, doch evenzeer voor het beëindigen van een lopend onderzoek of behandeling. Daarvoor geldt eveneens het criterium redelijkerwijs. Met name wanneer een omschrijving het begrip standaard hanteert, biedt dit een redelijk objectieve maatstaf om in relatie met het begrip redelijkerwijs tot een beslissing voor een verantwoorde beëindiging van de zorg te komen.

De verwijzing in deze bepalingen naar de in de genoemde artikelen omschreven zorg impliceert dat voor de indicatievereisten ook de in of krachtens die artikelen verdere verbijzondering daarvan relevant is.

Voor de toelichting op het derde lid zij verwezen naar punt 11 van het algemene deel van deze nota van toelichting.

Het vierde lid geeft de minister de tijdelijke bevoegdheid bij ministeriële regeling de in dit besluit omschreven zorg in inhoud en omvang zonodig te beperken dan wel nader te omschrijven in situaties waarbij

het noodzakelijk wordt geacht uit oogpunt van de beheersing van de kosten, uit medisch-ethisch oogpunt dan wel in het belang van de verzekerden met spoed maatregelen te treffen.

In het onderhavige besluit is er naar gestreefd, met uitzondering van de nog op de oude wijze, voorzieningsgericht, omschreven zorg, alle onderwerpen zoveel en zo volledig mogelijk te regelen op het niveau van algemene maatregel van bestuur en de ruimte voor subdelegatie tot een minimum te beperken. Dit is ook in overeenstemming met de zorgvuldige procedure die in artikel 6, achtste lid, van de AWBZ is vastgelegd om het parlement steeds te betrekken bij besluitvorming over de aanspraak op zorg in het kader van deze wet. Het nadeel is dat met wijzigingen van algemene maatregelen van bestuur de nodige tijd gemoeid is. Soms is het echter gewenst het wettelijk pakket onverwijld aan te passen aan de actuele situatie. Voor die situatie is de onderhavige ministeriële bevoegdheid gecreëerd. Het gaat daarbij om situaties waarin een onmiddellijk ingrijpen aangewezen is dan wel waarin enige tijd nodig is om verantwoord te kunnen beslissen over een nieuwe ontwikkeling. Bij dit soort situaties valt te denken aan nieuwe behandelmethoden die ingrijpende medisch-ethische gevolgen te weeg brengen. Als voorbeeld hiervan is de maatregel te noemen die destijds met spoed genomen moest worden om *in vitro* fertilisatie van het ziekenfondspakket uit te sluiten, zodat kon worden voorkomen dat de introductie van deze nieuwe methode op een onzorgvuldige en ongecoördineerde wijze zou gaan plaatsvinden.

Om het uitgangspunt te handhaven dat regeling op het niveau van algemene maatregel van bestuur moet plaatsvinden, is in dit artikellid tevens bepaald dat de werkingsduur van de ministeriële regeling hooguit zes maanden is, waarbij deze éénmaal voor dezelfde periode kan worden verlengd.

### **Artikel 3**

Het ingetrokken Verstrekkingsbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 kende in artikel 3, derde lid, een bepaling welke voor een aantal categorieën van instellingen gemeenschappelijke regels gaf betreffende het recht op instellingsgebonden tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen en dergelijke. De onderhavige bepaling regelt hetzelfde voor die zorg die voorshands nog voorzieningsgericht geregeld blijft en waar genoemde zorg onderdeel uitmaakte van de verstrekking. Als voorheen blijft ook geregeld dat de minister bevoegd is daaromtrent regelen te stellen.

De onderhavige bepaling is noodzakelijk zolang de betreffende zorg niet functioneel is omschreven en zolang nog niet alle zorg naar het AWBZ-pakket is overgeheveld. Bij de functioneel omschreven zorg kan de verzekeraar zelf bepalen welke van de algemene geneeskundige zorg door wie en waar wordt verleend. Alhoewel strikt genomen de functiegericht omschreven farmaceutische hulp ook nu al geldt als zorg die in en door instellingen kan worden geleverd, is het in verband met enkele problemen van technische aard vooralsnog noodzakelijk deze apart te vermelden.

#### *§ 2. Algemene geneeskundige zorg*

### **Artikel 4**

De gekozen omschrijving omvat in ieder geval de zorg die was begrepen onder artikel 3, onder a, van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, de zogenaamde huisartsenhulp.



Het begrip «volgens de algemeen aanvaarde standaard» beoogt een afbakening te geven aan de omvang van de aanspraak op zorg en is tevens van belang als maatstaf voor de kwaliteit van de zorg. Van een dergelijke zorg zal alleen sprake zijn indien deze wordt verleend door gekwalificeerde zorgaanbieders. Deze kwalificatie impliceert inschrijving in desbetreffende registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit sluit aan op de systematiek van de toekomstige Wet BIG (kamerstukken II, 19 522).

Van deze zorg is het verlenen van verloskundige hulp uitgesloten, aangezien deze hulp vooralsnog onderdeel uit blijft maken van het ziekenfondspakket.

#### **Artikel 5**

Dit artikel regelt de uit de ziekenfondsverzekering overgehevelde aanspraak op erfelijkheidsonderzoek op dezelfde wijze in voorzieningsgerichte termen omschreven, zoals de aanspraak omschreven was in het ingetrokken artikel 24a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

#### **Artikel 6**

In deze bepaling wordt de dieetadvisering en de ergotherapie geregeld.

De in artikel 19 geregelde revalidatie heeft uitsluitend betrekking op de medisch-specialistische revalidatie en biedt derhalve geen oplossing voor de ergotherapie aan thuis verblijvende verzekerden.

De aanspraak op ergotherapie was tot nu toe niet afzonderlijk geregeld met als gevolg dat deze alleen dan ten laste van de sociale ziektekostenverzekering geboden kon worden, indien deze verleend werd als onderdeel van een meeromvattende voorziening zoals revalidatiedagbehandeling, dagbehandeling in een verpleeginrichting of plaatsing in een dagverblijf voor gehandicapten. Hierdoor werd ergotherapeutische hulpverlening voor degenen, die uitsluitend deze zorg nodig hadden en geen gebruik hoefden te maken van de overige onderdelen van de hiervoor genoemde voorzieningen, niet gefinancierd uit hoofde van de Ziekenfondswet of AWBZ.

Het niet kunnen verlenen van enkelvoudige ergotherapie kan een belemmerend effect hebben op de mogelijkheden om zolang als mogelijk is thuis te blijven wonen. Bovendien kunnen hierdoor de mogelijkheden om de kwaliteit van het leven thuis te optimaliseren niet worden benut. Tevens betekent het niet kunnen verstrekken van enkelvoudige ergotherapie, dat er een onnodige substitutie optreedt naar gebruik van te zware en te dure voorzieningen.

In deze bepaling is tevens de dieetadvisering afzonderlijk geregeld zoals die voorheen onder de verstrekking hulp vanwege een kuisorganisatie viel. Ook de dieetadvisering is nu dus enkelvoudig toegankelijk.

#### **Artikel 7**

In het eerste lid van deze bepaling is aangegeven wat onder farmaceutische hulp moet worden verstaan. De aanduiding van de geneesmiddelen onder a tot en met e, komt overeen met hetgeen in het kader van de ziekenfondsverzekering was geregeld.

In het tweede lid, onder a, is bepaald dat de minister geneesmiddelen, kan aanwijzen die niet onder de zorg zijn begrepen dan wel slechts in aan te wijzen gevallen, dan wel slechts met toestemming van het uitvoeringsorgaan of slechts op voorschrift. Voor de verdere toelichting hierop zij verwezen naar punt 8 van het algemene deel van deze nota van toelichting.



Onder b is in dit lid geregeld dat de minister geneesmiddelen, die tot een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen behoren, kan aanwijzen voor het verkrijgen waarvan een bijdrage verschuldigd is indien het middel duurder is dan de limiet. Het betreft hier het zogenaamde geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Ingevolge het Europese recht dient vooraf duidelijkheid te bestaan over de criteria die worden gehanteerd bij het plaatsen van geneesmiddelen op een positieve of negatieve lijst. De in de bedoelde regeling op te nemen criteria waren tot nu toe opgenomen in de toelichting bij de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering.

Onderdeel c geeft de minister de bevoegdheid aan de aanspraak op geneesmiddelen de voorwaarde te verbinden dat de verzekerde per voorschrift slechts aanspraak heeft op aflevering van het geneesmiddel voor een bepaalde maximale periode.

Het derde lid draagt de minister op regels te stellen met betrekking tot de systematiek en de procedure van de indeling van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en de vaststelling van de vergoedingslimiet. Gelet op de beslissing het geneesmiddelenvergoedingssysteem in het AWBZ-pakket in te voeren, zal een en ander nog nader worden uitgewerkt overeenkomstig het bepaalde in de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1991, 73).

### **Artikel 8**

De aanspraak op hulpmiddelen is op dezelfde wijze geregeld als voorheen. De regeling voor de verpleegartikelen is door de functiegerichte omschrijving met dit besluit gewijzigd. Ingevolge deze bepaling hebben verzekerden eveneens aanspraak op bruikleen van verpleegartikelen of op de bij opnemingsinstelling noodzakelijke verpleeg- en verzorgingsartikelen. De tot dusverre bestaande praktijk waarbij verpleegartikelen in bruikleen werden verstrekt, was in de voorheen van toepassing zijnde regelgeving verbonden aan de hulp die kruisorganisaties uitvoerden. Met de functiegerichte omschrijving wordt de organisatie van het verstrekken van verpleegartikelen ter regeling aan de zorgverzekeraars overgelaten.

Het gestelde «verbandhoudende met verpleging» biedt aanknopingspunten voor een objectieve vaststelling op welke artikelen aanspraak bestaat.

### **Artikel 9**

In deze bepaling is de opnemingsinstelling en het verder verblijf in een ziekenhuis, niet zijnde een instelling waarin zorg op het terrein van de geestelijke gezondheid wordt verleend, geregeld voor zover deze een ononderbroken periode van 365 verpleegdagen te boven gaat, overeenkomstig het bepaalde krachtens het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. Het betreft hier derhalve nog de oude voorzieningsgerichte omschrijving. Wel heeft een tekstuele aanpassing plaatsgevonden in verband met het functioneel omschrijven van de zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Het tweede lid maakt als voorheen mogelijk dat aparte besluitvorming dient plaats te vinden ten aanzien van transplantaties.

Het geregelde in het zesde lid, waarin de minister bevoegdheid wordt gegeven te bepalen in welke gevallen een verzekerde op opnemingsinstelling en het verder verblijf in een ziekenhuis is aangewezen, moet gezien worden tegen het gegeven dat het hier een voorzieningsgerichte omschrijving betreft. Ten aanzien van deze omschrijving, evenals de overige voorzieningsgerichte omschrijvingen in dit besluit, heeft nog geen beoordeling plaatsgevonden over de vraag of het mogelijk en gewenst is deze

functioneel te omschrijven. In het licht hiervan zijn naast de inhoud en omvang van de zorg, ook de overige aspecten bij of krachtens dit besluit geregeld.

### *§ 3. Zorg bestaande uit verzorging en verpleging.*

#### **Artikel 10**

Onder verzorging als bedoeld in het eerste lid, wordt verstaan huishoudelijke hulp en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (a.d.l.). De a.d.l.-hulp, die op grond van het Besluit A.D.L.-assistentie Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (Stcrt. 1981, 102) wordt verleend, is hiervan echter uitgesloten. Gelet op de aard van de zorg zijn de omstandigheden op grond waarvan de verzekerde aanspraak kan doen gelden op verzorging krachtens de AWBZ-verzekering beperkt gehouden. Voorts zij opgemerkt dat het thans gebruikelijk is de mogelijkheden van de verzekerde, om zelf in zijn zorg te voorzien, te betrekken bij de beslissing over de te verlenen zorg. De algemene indicatiebepaling opgenomen in artikel 2, tweede lid, van dit besluit komt hieraan tegemoet.

Met de vermelding van de begrippen ziekte, herstel, gebrek en invaliditeit wordt ook aangegeven dat aanspraak op deze zorg bestaat indien de verzekerde beperkt is in het kunnen voorzien in de algemeen dagelijkse levensverrichtingen.

De vermelding «na bevalling» is noodzakelijk in verband met de omschrijving in artikel 14 van de zorg na de bevalling die is toegespitst op kraamverpleging.

Voor de toelichting op het tweede lid zij verwezen naar het algemene deel van deze nota van toelichting onder punt 9.

#### **Artikel 11**

In deze bepaling is de zorg bestaande uit verpleging geregeld. Onder de omschrijving is begrepen de binnen de goede beroepsuitoefening noodzakelijke voorlichting en begeleiding aan de verzekerde en betrokken personen in de naaste omgeving.

Evenals in artikel 10 is in dit artikel aangegeven in welke omstandigheden de verzekerde aanspraak op verpleging kan doen gelden. Het betreft ook hier ziekte, herstel, gebrek en invaliditeit.

#### **Artikel 12**

De psycho-sociale hulp is betrokken bij de functionele omschrijving van de verzorging en verpleging omdat deze zorg in een aantal voorzieningen op het terrein van de verzorging en verpleging nadrukkelijk gedragswetenschappelijk is afgestemd op de doelstelling van de verleende zorg.

In de zorg voor lichamelijk gehandicapten is de psycho-sociale hulp in belangrijke mate gericht op het vergroten van de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie en het vergroten van de zelfstandigheid van de gehandicapte mens, terwijl in de ouderenzorg de psycho-sociale hulp vaak complementair is aan de geboden verzorging en verpleging en meer begeleidend van aard is.

Gelet op het vorenstaande is in de formulering van de aanspraak de professionele benaderingswijze opgesomd die thans binnen de voorzieningen op het terrein van de verzorging en verpleging benut wordt. De formulering is verder afgestemd op de psycho-sociale hulp die in het kader van de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt geleverd.

Ter afbakening van de aanspraak is met deze bepaling geregeld dat alleen dan aanspraak bestaat op psycho-sociale hulp voor zover deze nodig is in combinatie met verzorging en verpleging.

Voorts is de formulering met het oog op het vergroten van de mogelijkheden van substitutie zo gekozen dat deze zorg, die tot op heden slechts bij opnemng in een instelling beschikbaar was, ook in het kader van de thuiszorg kan worden gegeven.

Onder de zorg, geregeld in deze bepaling, is verder begrepen de binnen de goede beroepsuitoefening noodzakelijke voorlichting en begeleiding aan de verzekerde en betrokken personen in de naaste omgeving. Onder de term medisch-maatschappelijke advisering wordt tevens verstaan het instellingsgebonden maatschappelijk werk, voor zover dat thans naar de bestemming van de instelling tot de hulpverlening wordt gerekend.

### **Artikel 13**

De aparte omschrijving van deze vormen van paramedische hulp, los van de opnemng in een instelling, biedt de mogelijkheid tot substitutie van zorg en derhalve tevens de mogelijkheid de zorg in de thuissituatie te ontvangen.

Ter afbakening van aanspraken in het kader van de in de ziekenfondsverzekering geregelde zorg, is hier geregeld dat alleen aanspraak bestaat op de genoemde paramedische hulp voor zover deze nodig is in combinatie met verpleging. Deze combinatie dient zo te worden verstaan dat bij toevallige samenloop van de behoefte aan verpleging in verband met een bepaalde aandoening geen aanspraak bestaat op de in dit artikel geregelde paramedische hulp voor een geheel andere aandoening.

Met het oog op de afbakening met de aanspraken in het kader van de ziekenfondsverzekering is met de gehanteerde terminologie (logopedie, fysiotherapie, oefentherapieën Mensendieck en Cesar) voor de overgangsfase aangesloten bij de in en krachtens de Ziekenfondswet gehanteerde terminologie. Gelet op het feit dat er alleen aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde paramedische hulp in combinatie met verpleging, is deze hulp ondergebracht in de paragraaf die de zorg bestaande uit verzorging of verpleging omvat. Indien deze beperking bij de overheveling van de paramedische hulp in de AWBZ vervalt, zal deze hulp ondergebracht worden naar de paragraaf algemene geneeskundige zorg. In laatstgenoemde paragraaf is reeds de paramedische hulp die dieetadviesing en ergotherapie omvat en waarvoor de onderhavige beperking niet geldt, ondergebracht.

Tot de hier geregelde paramedische hulp moet voorts de binnen de goede beroepsuitoefening noodzakelijke voorlichting en begeleiding aan de verzekerde en betrokken personen in de naaste omgeving gerekend worden.

### **Artikel 14**

De in dit artikel vermelde tijdsduur bij de kraamverpleging thuis en bij de kraamverzorging en verpleging in een instelling is het minimum dat de verzekeraar de verzekerde moet bieden.

Onder de in dit artikel geregelde zorg is begrepen de gebruikelijke assistentie bij de bevalling en de binnen de goede beroepsuitoefening noodzakelijke voorlichting en begeleiding aan de verzekerde en de betrokkenen in de naaste omgeving.

Het tweede lid regelt de aanspraak van de verzekerde op kraamverzorging binnen een instelling, indien er geen medische indicatie voor opnemng in een ziekenhuis is. Indien de verzekerde tijdens of na de bevalling in een ziekenhuis verblijft op grond van een ziekenhuisindicatie, moet op de omvang van de aanspraak op kraamverpleging het aantal

volle dagen dat de verzekerde in een ziekenhuis heeft doorgebracht in mindering worden gebracht.

De kraamverzorging in een instelling bij een medische indicatie maakt geen onderdeel uit van het AWBZ-pakket, omdat er in die situatie sprake is van zorg in de zin van ziekenhuisopneming. Opneming en verder verblijf in een ziekenhuis maakt, voor zover deze niet de periode van 365 dagen te boven gaat, onderdeel uit van het ziekenfondspakket.

#### **Artikel 15 en 16**

In de artikelen 10 tot en met 14 zijn de aanspraken op verpleging en verzorging naar aard, inhoud en omvang vastgelegd. In de artikelen 15 tot en met 20 worden de in de instellingen georganiseerde vormen van zorg omschreven als combinaties van de zorg zoals die omschreven is in de artikelen 4, 6 en 10 tot en met 13.

De omschrijvingen in artikel 15 en 16 hebben betrekking op de zorg zoals die voordien gebruikelijk werd verleend in centra voor gezinsverzorging, activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten, kindergezinsvervangende tehuizen, gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijke gehandicapten in het kader van de Regeling Ziekenfondsraad substitutie verpleeghuiszorg, de zorgverlening van verzorgingshuizen in het kader van het flankerend beleid en dagbehandeling in een verpleeginrichting.

#### **Artikel 17 en 18**

Voor de toelichting hierop zij ook verwezen naar hetgeen onder de artikelen 15 en 16 over de gecombineerde functies is gesteld.

De omschrijvingen in deze artikelen hebben betrekking op de zorg zoals verleend krachtens de vergoedingsregeling voor het verkeerde bed, de zogenaamde 1-oktober-regeling, in de woonvoorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, verzorgingshuizen en verpleeginrichtingen.

#### *§ 4. Revalidatiezorg*

#### **Artikel 19**

Voor het verlenen van medisch-specialistische revalidatie is specifieke deskundigheid vereist waarbij een zodanige kennis en ervaring ten aanzien van de (late) gevolgen van veelal blijvende stoornissen en beperkingen aanwezig is, dat in een vroeg stadium van ziekte en aandoening, al of niet in interdisciplinair verband, de dreiging van het ontstaan van deze gevolgen kan worden onderkend en maatregelen kunnen worden genomen om op adequate wijze deze gevolgen te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken. Deze gevolgen worden in de omschrijving van de zorg, als hier aan de orde, aangeduid met het begrip «handicap».

De zorg – veelal bestaande uit een combinatie van zorgonderdelen – vereist een scala van op elkaar afgestemde activiteiten die, door de verschillende deskundigen gecoördineerd, in teamverband wordt uitgevoerd. In deze aanpak is de meerwaarde van de specialistische revalidatiegeneeskunde gelegen.

De complexiteit van de bestaande of te verwachten stoornissen en beperkingen is bepalend voor het niveau van de benodigde hulpverlening. Hulpverlening op bedoeld specialistisch niveau in teamverband geboden komt namelijk pas aan de orde als afzonderlijke beroepsbeoefenaars hun revalidatietaken niet meer kunnen vervullen. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat revalidatiegeneeskunde betrekking heeft op vrijwel alle terreinen van de curatieve geneeskunde. Aangezien in de onderhavige omschrijving het begrip «medisch-specialistisch» is gehanteerd, is echter hulpverlening op algemeen niveau uitgesloten.



De specifieke deskundigheid welke voor het verlenen van medisch-specialistische hulp aanwezig dient te zijn, brengt met zich mee dat op grond daarvan in het algemeen tevens een scheidslijn kan worden getrokken ten aanzien van de hulp door medisch specialisten, niet zijnde revalidatie-artsen. De revalidatiehulp die een medisch specialist verleent is namelijk – zoals dat het geval is bij iedere hulpverlener werkzaam in de gezondheidszorg – gebaseerd op het niveau van kennis en ervaring om op het eigen vakgebied stoornissen en beperkingen in onderlinge samenhang te kunnen onderkennen en maatregelen te kunnen nemen om deze adequaat te behandelen, dan wel te kunnen onderkennen dat hulp op een meer gespecialiseerd niveau dient te worden ingeroepen. Op dit laatste bedoelde niveau bevindt zich de specifieke deskundigheid welke voor de hier aan de orde zijnde revalidatiehulp is vereist, gericht op de (late) gevolgen van de stoornissen en beperkingen zoals hiervoor werd omschreven.

Hieraan zij onmiddellijk toegevoegd, dat de onderhavige vorm van revalidatie soms ook door andere medisch specialisten dan revalidatie-artsen kan worden verleend, namelijk door diegenen die over de kennis en ervaring beschikken welke voor dat specifiek deskundige niveau zijn vereist. Bij bijvoorbeeld reumatologen en orthopeden zal dit daadwerkelijk het geval kunnen zijn. Dit is evenwel in overeenstemming met de functionele opzet van de verstrekking, omdat niet langer is vastgelegd door welke categorie van medisch specialisten de desbetreffende hulp wordt verleend.

Voor alle duidelijkheid dient erop te worden gewezen, dat de consequentie van de gekozen omschrijving is, dat ook de solo-werkende revalidatie-arts dan wel een andere medisch specialist die deskundig is om op specialistisch niveau revalidatie te verlenen in een algemeen ziekenhuis, onder de onderhavige zorgvorm valt.

Tenslotte kan nog worden vermeld dat de activiteiten van arbeidskundige aard, die voorheen met name in de omschrijving van de verstrekking revalidatiedagbehandeling werden vermeld, in de praktijk bijna uitsluitend uitgevoerd worden door ergotherapeuten. Deze activiteiten vallen in de thans geldende omschrijving onder het begrip «paramedische aard».

#### *§ 5. Geestelijke gezondheidszorg*

#### **Artikel 20**

De in dit artikel omschreven aanspraak op geestelijke gezondheidszorg omvat de voordien als verstrekking geregelde zorg alsmede de ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gesubsidieerde hulp.

Door de systematiek van de functionele omschrijving waarin alleen de aanspraak op zorg wordt omschreven en er geen verband meer wordt gelegd met een omschreven zorgaanbieder ontstaat bij deze zorg de mogelijkheid dat nu ook psychotherapie door vrijgevestigde, geregistreerde psychotherapeuten/niet-psychiaters krachtens de AWBZ kan worden aangeboden.

De in dit artikel genoemde zorgfuncties behandeling, begeleiding, onderzoek en advisering kunnen ieder afzonderlijk dan wel in combinatie worden aangeboden, de functies verblijf, verzorging en verpleging slechts in combinatie met de onder a, b en c genoemde zorg. Hierdoor wordt de mogelijkheid geboden om een breed scala van enkelvoudige of gecombineerde activiteiten te ontwikkelen tegen de achtergrond van de specifieke doelstellingen van de geestelijke gezondheidszorg.

Met deze formulering van de aanspraak op zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kunnen alle hulpvragen van verzekerden worden beantwoord.

Met de gekozen systematiek is de mogelijkheid geopend voor het ontwikkelen van zorgprogramma's die optimaal zijn afgestemd op de hulpvraag, wat betekent dat de zorg, tegen de achtergrond van het vereiste van continuïteit, beter gecoördineerd kan worden verleend.

Onderdeel a regelt het onderzoek en de advisering op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Bij onderzoek hoeft niet alleen gedacht te worden aan (diagnostische) activiteiten die erop gericht zijn om het behandelplan te formuleren, maar ook aan onderzoek om te bepalen of hulpverlening in het kader van de geestelijke gezondheidszorg dan wel in andere kaders noodzakelijk is.

Onderdeel b omschrijft de aanspraak op begeleiding in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Doel van begeleiding is het voorkomen van terugval of het draaglijk maken van (duurzame) psychische stoornissen, dan wel het stimuleren van zelfhandhaving en zelfredzaamheid. Daarmee onderscheidt deze aanspraak zich van de in onderdeel c geformuleerde aanspraak op behandeling. Begeleiding richt zich veelal op chronisch-psychiatrische patiënten, zowel in de klinische als in de ambulante setting. Kenmerkend voor begeleiding is de sociaal-psychiatrische benaderingswijze. Begeleiding heeft een (re-)activerend, stimulerend en ondersteunend karakter en is daarmee in veel gevallen ten behoeve van deze patiënten ook dagstructurend.

Begeleiding kan zowel mono- als multidisciplinair van aard zijn en kan verschillende activiteiten omvatten die afzonderlijk dan wel in combinatie worden aangeboden. De intensiteit en de tijdsduur kunnen al naar gelang de ernst van de problematiek verschillen. Met de gekozen omschrijving wordt dus ook de mogelijkheid geboden om de begeleiding bij het begeleid zelfstandig wonen krachtens de AWBZ als functie aan te bieden.

Bepalend voor de concretisering van de aanspraak op begeleiding is de specifieke zorgvraag en de specifieke problematiek van de verzekerde. De feitelijk geboden zorg dient hierop afgestemd te zijn.

Onderdeel c omschrijft de aanspraak op behandeling in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Bij de behandeling spelen biologische, sociale en psychologische aspecten en in het bijzonder de samenhang tussen die aspecten een rol.

Behandeling is gericht op het doel: herstel. Kenmerkend is het streven tot verandering; daarin onderscheidt behandeling zich van begeleiding als omschreven in onderdeel b.

Het begrip behandeling omvat verschillende behandelmethodieken, die op zich enkelvoudig, dan wel in combinatie met elkaar kunnen worden toegepast. Behandeling kan dus zowel mono-methodisch, als multi-methodisch zijn. In de geestelijke gezondheidszorg is sprake van een gevarieerd aantal vakdisciplines, de hulpverlening vindt plaats tegen de achtergrond van vakgebieden zoals psychiatrie, psychologie, orthopedagogie, psychotherapie en arbeidstherapie. Behandeling kan dus evenzeer mono-disciplinair als multi-disciplinair zijn. In het begrip-penpaar «specialistische» en «gedragwetenschappelijke» is dit kenmerkend element voor deze zorg tot uitdrukking gebracht.

De intensiteit van de behandeling kan verschillen, alsmede de tijdsduur. Zo kan de hulp kortdurend ambulant, in deeltijd en gedurende een geheel etmaal worden geboden.

Behandeling kan alleen gericht zijn op het individu, doch ook mede op het sociale systeem waarvan het individu deel uitmaakt. Onder behandeling is ook psychotherapie begrepen, alsmede crisisinterventie. Behandeling omvat ook de tot individuen te herleiden taken en activiteiten op het gebied van consultatie, dienstverlening, specifieke preventie en

openbare geestelijke gezondheidszorg. Bepalend voor de concretisering van de hulp is de hulpvraag en de specifieke problematiek van de verzekerde: de zorg is daarop optimaal afgestemd.

De omschrijving in onderdeel d heeft betrekking op de zorg, zoals die voorheen werd verleend in beschermende woonvormen en in psychiatrische woonvoorzieningen.

Deze omschrijving combineert de in onderdeel b omschreven zorg met opnemings- en verblijfszorg. Afhankelijk van de individuele hulpvraag van de verzekerde kan daar verzorging en verpleging aan worden toegevoegd. Gezien de doelstelling van begeleiding zoals geformuleerd in onderdeel b, zal het verblijf voorzien in een passend leefklimaat. De verzorging en verpleging is afgestemd op de bijzondere doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg; deze onderscheidt zich daardoor van de elders in dit besluit geregelde enkelvoudige aanspraken op of gecombineerde aanspraken met verzorging en verpleging.

De verschillende onderdelen van deze combinatie-omschrijving kunnen in onderlinge samenhang in één instelling aangeboden worden. De intensiteit van begeleiding, verzorging en verpleging kan verschillen.

Bepalend voor de concretisering van de aanspraak is de specifieke problematiek en de specifieke zorgvraag van de verzekerde. De feitelijke geboden zorg is hierop afgestemd.

De omschrijving in onderdeel e heeft betrekking op de zorg, zoals die werd verleend in psychiatrische ziekenhuizen, in psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen en in herstelzorginstellingen.

De omschrijving combineert de in onderdeel c omschreven zorg met opnemings- en verblijfszorg gedurende het etmaal of een deel daarvan. Afhankelijk van de individuele hulpvraag van de verzekerde kan daar geneeskundige hulp op algemeen niveau, verpleging, verzorging of paramedische hulp aan worden toegevoegd. Gezien de doelstelling van de behandeling voorziet het verblijf in een therapeutisch leefklimaat. De verpleging en verzorging is afgestemd op de bijzondere doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg; deze onderscheidt zich daardoor van de elders in het besluit geregelde enkelvoudige aanspraken op of gecombineerde aanspraken met verzorging en verpleging.

Deze gecombineerde omschrijving, hoe globaal ook geformuleerd, schept waarborgen voor adequate zorg aan bepaalde categorieën van zorgafhankelijke verzekerden en voor handhaving van op inhoudelijke gronden gecoördineerd aan te bieden hulpverlening.

Tevens wordt hiermee aan duidelijkheid en herkenbaarheid gewonnen voor specifieke patiëntencategorieën in verband met de vraag voor welke voorzieningen deze verzekerden mogelijk in aanmerking komen. In dit verband kan gewezen worden op gedwongen opnames krachtens rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of terbeschikkingstelling, alsmede aan de behandeling van sterk gedragsgestoorde en agressieve psychiatrische patiënten.

De verschillende onderdelen van deze combinatie worden in onderlinge samenhang, in één instelling aangeboden.

Bepalend voor de concretisering van de aanspraak is de specifieke hulpvraag en de specifieke problematiek van de verzekerde. De feitelijke geboden zorg is hierop afgestemd.

## *§ 6. Zorg voor zintuiglijk gehandicapten*

### **Artikel 21**

In dit artikel wordt de zorg voor blinden en slechtzienden op de oude wijze voorzieningsgericht omschreven, zoals voorheen in het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968.

### **Artikel 22**

In het eerste lid wordt de zorg omschreven die de hulp door een audiologisch centrum omvat. Tot dusver maakte deze hulp onderdeel uit van het ziekenfondspakket. Gezien de duidelijke relatie die er ligt tussen deze zorg en de overige onder paragraaf 6 omschreven zorg, alsmede, in het verlengde daarvan, met het oog op de voorgenomen functiegerichte omschrijving van de hulp ten behoeve van auditief gehandicapten, waarover de Ziekenfondsraad nog nader zal adviseren, is het wenselijk en noodzakelijk geacht deze zorg over te hevelen naar het AWBZ-pakket. Deze zorg is in het licht van het voorgaande vooralsnog voorzieningsgericht omschreven.

Het tweede en derde lid betreft de zorg die reeds onderdeel uitmaakte van het AWBZ-pakket. Ook deze zorg is thans nog op de oude wijze voorzieningsgericht omschreven.

## *§ 7. Zorg voor verstandelijk gehandicapten*

### **Artikel 23 tot en met 25**

Beide bepalingen betreffen de zorg aan verstandelijk gehandicapten in voorzieningsgerichte termen omschreven, overeenkomstig de oude omschrijving daarvan in het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968.

## *§ 8. Zorg bestaande uit georganiseerde preventie*

### **Artikel 26 tot en met 29**

De preventieve zorg is in één paragraaf ondergebracht. Deze vorm van zorg noopt, gelet op het noodzakelijke bereik van de preventieve activiteiten, veelal tot duidelijke wettelijke voorschriften voor de uitvoering van de preventieprogramma's.

In **artikel 26** is het onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van het hepatitis-B-virus geregeld, overeenkomstig de wijze van regeling daarvan in artikel 3, zestiende lid, van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968.

In **artikel 27** is het onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omschreven op overeenkomstige wijze zoals dat geregeld was in artikel 3, negende lid, van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968, met dien verstande dat er in verband met de herstructurering van het kruiswerk in de omschrijving niet meer gesproken wordt van provinciale entadministraties.

In **artikel 28** is de regeling van de vaccinaties in het kader van het vaccinatieprogramma vastgelegd, waarop voorheen artikel 3, achtste lid, van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 betrekking had. In het kader van de voorheen bestaande verstrekking was bij deze zorg naast provinciale entadministraties ook sprake van



plaatselijke entgemeenschappen. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft onlangs laten weten dat ook de plaatselijke entgemeenschappen niet meer functioneren.

Voorts is onder deze paragraaf in **artikel 29** de preventieve zorg voor kinderen tot 4 jaar gebracht. Voorheen viel deze zorg onder de verstrekking hulp vanwege een kruisorganisatie.

#### *§ 9. Toestemming uitvoeringsorgaan*

### **Artikel 30**

Het eerste lid regelt dat het uitvoeringsorgaan met de verzekerde kan overeenkomen dan wel in zijn reglement kan bepalen dat de verzekerde voor de daarbij aangewezen zorg vóóraf toestemming behoeft, of dat op aangewezen zorg alleen aanspraak bestaat op voorschrift van aangewezen personen of instellingen.

Die bevoegdheid wordt het uitvoeringsorgaan niet gelaten voor zover het betreft de zorg, bedoeld in artikel 4 van het besluit (hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau). Het raadplegen van een arts terzake van geneeskundige hulp op algemeen niveau behoort, gelet op het spoedeisend belang en de rechtszekerheid van betrokkene, niet te kunnen worden verbonden aan een toestemmingsvereiste.

De bevoegdheid van het uitvoeringsorgaan zich het recht voor te behouden op enige wijze controle te kunnen uitoefenen op het voldaan zijn aan de algemene indicatievereisten, vloeit logisch voort uit de verantwoordelijkheid van het uitvoeringsorgaan voor de uitvoering van de wettelijke verzekering. Het uitvoeringsorgaan kan al naar gelang diens inzichten voor de verschillende zorgvormen daaraan op verschillende wijze invulling geven. Zo is het denkbaar dat er zorgvormen zijn, waarvoor de uitvoeringsorganen het vaststellen van het voldaan zijn aan de indicatievereisten geheel overlaten aan de betrokken hulpverlener; in andere gevallen zal de controle plaatsvinden door de toegang tot de hulpverlening te binden aan de conditie dat door een andere (eerstelijns) hulpverlener moet zijn vastgesteld dat betrokkene daarop is aangewezen (verwijsbriefje); in nog andere gevallen kan het uitvoeringsorgaan het noodzakelijk achten (bijv. bij kostbare of intramurale hulpverlening) vooraf te kunnen toetsen of aan de indicatievereisten is voldaan. In het tot nu toe geldende Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 werd deze bevoegdheid aangeduid met toestemming.

Deze bepaling strekt ertoe buiten discussie te stellen dat ook de verzekeraar, gelet op zijn verantwoordelijkheid voor de kosten, de bevoegdheid heeft te beoordelen of voldaan is aan de indicatievereisten, neergelegd in artikel 2, tweede lid, eventueel nader gespecificeerd bij de desbetreffende omschrijvingen van zorg bij of krachtens dit besluit.

Indien vooraf toestemming is vereist, moet de verzekerde daarvan te voren op de hoogte zijn. Om achteraf weigering van de betaling te voorkomen, is derhalve bepaald dat de verzekeraar deze toestemmingsbevoegdheid slechts heeft, indien de overeengekomen verzekeringsvoorwaarden of het reglement in een dergelijke bevoegdheid voorziet. Bij het ontbreken van een toestemmingsbevoegdheid, is het aan de zorgverlener zelf te bepalen of er redelijkerwijs een indicatie aanwezig mag worden geacht. Dit neemt niet weg dat het redelijkheidsvereiste als wettelijke norm voor de verzekeraar een grond oplevert om met de zorgverleners het begrip «redelijkerwijs» contractueel uit te werken met de bedoeling dat de zorgverleners daarmee bij hun handelen jegens de verzekerde rekening houden.

Er is derhalve een verschil tussen de hier bepaalde toestemming en de toestemming in artikel 10, tweede lid, van de AWBZ. Laatstgenoemde toestemming strekt ertoe uitzondering van het eerste lid van artikel 10 van voornoemde wet mogelijk te maken. Dit artikellid regelt dat de verzekerde slechts aanspraak heeft op de zorg die is geleverd door een persoon of instelling naar eigen keuze die een overeenkomst heeft met zijn uitvoeringsorgaan. Ingevolge het tweede lid van artikel 10 van meergenoemde wet kan het uitvoeringsorgaan de verzekerde toestemming verlenen voor het tot gelding maken van zijn aanspraak op zorg die door andere personen of instellingen in Nederland wordt verleend.

Er kunnen zich derhalve situaties voordoen waarbij beide toestemmingen vereist zijn voordat de verzekerde zijn aanspraak geldend kan maken.

Het tweede lid regelt dat zonder meer aanspraak bestaat op zorg indien deze zorg verband houdt met maatregelen van de inbewaringstelling en rechterlijke machtiging die in het kader van de Krankzinnigenwet (Stb. 1884, 96) worden genomen dan wel indien er sprake is van uitvoering van een last als bedoeld in artikel 37, eerste lid, of een rechterlijk bevel als bedoeld in artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht (Stb. 1984, 92).

Met betrekking tot het derde lid zij het volgende opgemerkt.

Ten aanzien van de indicatie- en zorgtoewijzingsprocedures is in beginsel uitgangspunt dat deze behoren tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraars. Het ligt in de rede te verwachten dat de verzekeraars daarbij zodanige procedures nastreven dat de positie van de patiënten is gewaarborgd. Het treffen van een regeling terzake in dit besluit wordt dan ook niet noodzakelijk geacht.

Met betrekking tot bejaardenoorden en verpleeghuizen is sedert 1989 het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, 456) van kracht. Mede in het licht van de op 17 juli 1991 aan de Ziekenfondsraad gezonden adviesaanvraag inzake opname bejaardenoorden in de AWBZ, waarin voor dit aspect de aandacht is gevraagd, is voorshands de bestaande indicatie-advisering zoals die bestaat op grond van het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen gehandhaafd. Een definitieve beslissing over de handhaving van dit stelsel van indicatie-advisering zal worden genomen bij gelegenheid van de besluitvorming met betrekking tot het door de Ziekenfondsraad uit te brengen advies inzake de opname van bejaardenoorden in de AWBZ.

#### *§ 10. Eigen bijdragen*

### **Artikel 31**

De onderhavige bevoegdheid is beperkt tot de zorgvormen waarvoor ook vóór de datum van inwerkingtreding van dit besluit reeds eigen bijdrage-regelingen golden.

Het eerste lid van dit artikel heeft betrekking op de inkomensafhankelijke eigen-bijdragen die de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur voor de aldaar genoemde zorg kan vaststellen. Deze eigen bijdrage kan verschillend zijn al naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort.

Het tweede lid betreft de inkomensafhankelijke eigen-bijdragen die de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor de in dit lid genoemde zorg kunnen vaststellen.

### Artikel 32

In dit artikel is uitvoering gegeven aan het geregelde ten aanzien van het specifiek eigen risico in artikel 17, achtste lid, van de wet. Als vormen van zorg waarvoor een specifiek eigen risico kan gelden, worden aangewezen: farmaceutische hulp, hulpmiddelen, verzorging, verpleging en behandeling als bedoeld in artikel 20, onder c, voor zover het behandeling van gedragswetenschappelijke aard betreft, de zogenaamde psychotherapie.

De koppeling van het specifiek eigen risico aan artikel 10 en 11 maakt onmogelijk dat uitvoeringsorganen ook een specifiek eigen risico kunnen invoeren voor die vormen van zorg waarbij de verzorging en verpleging is verbonden aan het verblijf in een instelling.

Volledigheidshalve zij opgemerkt dat een specifiek eigen risico voor verzorging, verpleging en psychotherapie eerst mogelijk is vanaf de datum waarop de functionele omschrijvingen voor deze zorg van kracht worden.

### § 12. Zorg aan gewezen militairen en gezinsleden

### Artikel 33

Artikel 7, eerste, tweede en derde lid, van de AWBZ (Stb. 1990, 176), waarin de bijzondere positie van AWBZ-verzekerde militairen, gewezen militairen met medische aandoeningen waarvoor verband is aangenomen met de uitoefening van de militaire dienst, alsmede de gezinsleden van in het buitenland in NAVO-verband werkzame militairen, die aanspraak hebben op medische verzorging door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst op grond van een regeling van de Minister van Defensie, tot uitdrukking is gebracht, is bij gelegenheid van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase geherformuleerd. Een dergelijke regeling is destijds in de AWBZ opgenomen met het oog op de bijzondere positie van het militaire personeel met betrekking tot de geneeskundige verzorging, verband houdende met de noodzakelijk aan het militair apparaat te stellen eisen, met name ook voor wat betreft paraatheid en inzetbaarheid. Voorts beoogt de bepaling een regeling ter samenloop van aanspraken.

In de wet zelf, in het eerste lid van artikel 7, is thans bepaald dat voor militairen in werkelijke dienst de aanspraken inzake geneeskundige verzorging door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst in plaats van de aanspraken krachtens de AWBZ treden.

Het eerste en het tweede lid van artikel 33 geven nadere uitwerking aan het geregelde in artikel 7, tweede lid, van de AWBZ.

Het derde lid geeft een basis voor de door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Minister van Defensie te treffen regeling voor de wijze van berekening van de door de Ziekenfondsraad aan de Minister van Defensie te vergoeden kosten.

In het vierde lid is een delegatiebepaling opgenomen op grond waarvan door vorengenoemde bewindslieden nadere regels kunnen worden gesteld. Het betreft hier regels in verband met de administratieve afwikkeling van de uit artikel 7 van de AWBZ voortvloeiende maatregelen, welke regels thans zijn opgenomen in het Besluit regeling administratie bijzondere ziektekosten militairen en gewezen militairen (Stcrt. 1971, 255). Zij betreffen onder meer de aanmelding en inschrijving van de verzekerde, de vaststelling van de indicatie bij opname in een inrichting, alsmede de betaling van de verleende verstrekkingen.

In verband met het vorenstaande is het Besluit bijzondere ziektekosten militairen en gewezen militairen (Stb. 1969, 341) ingetrokken.

### *§ 13. Zorg onder bijzondere omstandigheden*

#### **Artikel 34**

Deze bepaling strekt ter uitvoering van hetgeen in artikel 11 van de AWBZ is bepaald.

De AWBZ is naar haar strekking zo opgezet dat aanspraken ingevolge die wet in wezen beperkt blijven tot de hulp in het kader van de georganiseerde gezondheidszorg in Nederland. Ondanks dat zijn krachtens het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1989 (Stb. 1989, 164) ook diverse groepen van personen die niet in Nederland wonen maar in het buitenland – en dus in het buitenland het middelpunt van hun maatschappelijk bestaan hebben – onder de AWBZ-verzekering gebracht. Voor die groepen zou zonder de onderhavige bepaling gelden dat er wel AWBZ-premie moet worden betaald, doch dat daar tegenover niet de mogelijkheid staat om vanuit de dagelijkse woonsituatie aanspraken ingevolge de verzekering te realiseren. Feitelijk zou dat betekenen dat in het buitenland woonachtige AWBZ-verzekerden verstoken zijn van AWBZ-verstrekkingsen zolang zij niet hun woonplaats en daarmee hun maatschappelijk bestaan in het buitenland opgeven en in Nederland terugkeren.

De onderhavige bepaling ziet ook toe op de mogelijkheid in bijzondere omstandigheden te voorzien in zorg ten laste van de AWBZ voor degenen die wel in Nederland het middelpunt van hun maatschappelijk bestaan hebben maar, bijvoorbeeld vanwege vakantie, buiten het werkgebied van het uitvoerend orgaan verblijven.

In het eerste lid zijn de gevallen aangegeven, waarin aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering. Daarbij is de regeling zoals die in het kader van de Ziekenfondswet geldt als uitgangspunt genomen. Het tweede lid betreft de hulp buiten het werkgebied van het uitvoeringsorgaan. Uit oogpunt van kostenbeheersing en van waarborging van kwaliteit is in dit lid bepaald dat alleen aanspraak bestaat op een uitkering, indien de zorg wordt verleend door een persoon of instelling met wie een uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft gesloten. In het derde lid is invulling gegeven aan het eerste lid, onder b en c, namelijk door de bepaling van de hoogte van de uitkering door de Ziekenfondsraad en door de clausulering dat alleen aanspraak bestaat, indien de hulp zodanig acuut was dat deze niet kon worden uitgesteld tot de terugkeer in Nederland. Het vierde lid regelt de situatie dat de verzekerde, indien hij zich nog niet heeft ingeschreven bij een uitvoeringsorgaan, alsmede in gevallen van spoedeisende aard, aanspraak heeft op een uitkering. In dit laatste geval dient het te gaan om de situatie dat de verzekerde in verband met een ongeval of een acuut optredende ziekte, plotselinge verergering van ziekte aangewezen is op spoedhulp. Daarvan is alleen sprake, indien de behoefte daaraan zo urgent is dat inschakeling van de huisarts, op wie de verzekerde anders zou zijn aangewezen, achterwege is gebleven. Het ligt in de rede dat de verzekeraars in hun reglement deze situatie nader regelen. In het vijfde lid wordt de hoogte van de uitkering in de gevallen onder a, d en e geregeld. Daarbij wordt aangesloten bij de hoogte van de kosten van zorg, indien deze wordt verleend door gecontracteerde zorgaanbieders.



### **Artikel 35**

Voor de toelichting hierop zij verwezen naar het algemene deel van deze toelichting onder punt 14.

### § 15. *Overgangs- en slotbepalingen*

### **Artikel 36**

In verband met de zorg die van het ziekenfondspakket gefaseerd naar het AWBZ-pakket zal worden overgeheveld, wordt het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550) gewijzigd. Voorts hangen de aanpassingen samen met de functionele omschrijvingen van zorg in het AWBZ-pakket, die eveneens op verschillende momenten van kracht worden.

Voor de toelichting op het ingevoegde nieuwe artikel 24a, zij verwezen naar het gestelde onder punt 13 van het algemene deel van deze nota van toelichting.

### **Artikel 37**

De intrekking van het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering houdt in dat ook het Besluit nadere regelen vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1971, 169) vervalt en derhalve ook de aanwijzing van regionale contactkantoren.

De bij het Besluit controletaak uitvoeringsorganisatie Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1984, 229) aan regionale contactkantoren opgedragen controletaken komen door de bovenbedoelde intrekkingen eveneens te vervallen.

Dit artikel strekt ertoe de uit die intrekkingen noodzakelijkerwijs voortvloeiende wijzigingen voor het Besluit controletaak uitvoeringsorganen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aan te brengen. Deze wijzigingen zijn van technische aard.

### **Artikel 38**

De wijziging van het Besluit van 1 februari 1985 (Stb. 1985, 84) houdt verband met de overheveling van de huisartsenhulp en de farmaceutische hulp naar de AWBZ.

### **Artikel 39**

De wijzigingen van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (Stb. 1986, 132) houden verband met de uitbreidingen van het AWBZ-pakket met de eerdergenoemde aanspraken op zorg. Omdat artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Stb. 1986, 123) niet toelaat dat dit besluit niet meer de vergoeding van onder andere de kosten van de hulp, verleend door huisartsen en van de farmaceutische hulp omvat, zijn de daarop betrekking hebbende bepalingen gehandhaafd. Voor zover de hier bedoelde bepalingen betrekking hebben op naar de AWBZ over te hevelen zorgonderdelen, hebben die met ingang van de inwerkingtreding van die overheveling hun effect verloren op grond van het bepaalde in artikel 5a, eerste lid, van de AWBZ. Bij de in voorbereiding zijnde herziening van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen zal met het bovenstaande rekening worden gehouden.

In aansluiting op de met de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase doorgevoerde wijzigingen in de AWBZ, zijn in het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden voorts enige tekstuele aanpassingen aangebracht.

#### **Artikel 40**

Het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb.1988, 456) is aangepast in verband met de functionele omschrijving van de zorg op het terrein van de verpleging, alsmede in verband met het vermelde bij de toelichting onder artikel 30, derde lid.

#### **Artikel 42**

Ten aanzien van deze bepaling zij opgemerkt dat de intrekking van het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering ertoe leidt, dat de regionale contactkantoren geen krachtens de wet opgedragen taken meer hebben. De beëindiging van de wettelijke taak brengt met zich mee dat er door de Ziekenfondsraad regelen gesteld dienen te worden met betrekking tot de overdracht van bescheiden die verband houden met de uitvoering van die taak en eventueel over personele, financiële en materiële gevolgen daarvan. Daarbij is bepaald dat de kosten die daarmee gemoeid zijn ten laste komen van het AFBZ. Dezerzijds is de Ziekenfondsraad in mei 1991 gevraagd zich te beraden op de inhoud van bedoelde regelen.

Deze overgangsmaatregel is gelijk aan de overgangsmaatregel in het Besluit intrekking administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering met betrekking tot de beëindiging van wettelijke taken van het als centraal administratiekantoor aangewezen Stichting Centraal Administratiekantoor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de verbindingskantoren, door het intrekken van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1983, 253).

#### **Artikel 43 tot en met 43d**

##### *Algemeen*

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, is besloten de inwerkingtreding van de met dit besluit vastgestelde maatregelen te faseren met het oog op een zorgvuldige invoering. De artikelen 43 tot en met 43d, in combinatie met het koninklijk besluit waarbij de inwerkingtreding zal worden geregeld, voorzien daarin.

Daarbij is er, met het oog op inzichtelijkheid, voor gekozen gehele bepalingen tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip in de plaats te stellen van andere.

#### **Artikel 43**

Dit artikel houdt in dat tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip de artikelen 4, 6 en 29 niet gelden. Artikel 4 betreft de huisartsenzorg. De reden voor de uitzondering ten aanzien van de artikelen 6 en 29 is dat de desbetreffende zorg onderdeel uitmaakt van de in het tijdelijke artikel 15 opgenomen zorg van het kruiswerk.

#### **Artikel 43a**

Dit artikel voorziet erin dat tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip – in plaats van de nieuwe, functiegericht omschreven zorgaanpakken op het terrein van de verzorging en verpleging en op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg – de oude aanspraken van kracht

blijven. Het artikel stelt daartoe in de plaats van de artikelen 10 tot en met 18 de artikelen 10 tot en met 15, waarin zijn opgenomen de aan het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 ontleende omschrijvingen van verpleeginrichtingen, zorg in Het Dorp, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten, dagbehandeling in een verpleeginrichting en kruiswerk; in de artikelen 20 tot en met 20e, welke tijdelijk in de plaats treden van artikel 20 (geestelijke gezondheidszorg), geschiedt hetzelfde voor de psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor begeleid wonen en voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, niet-klinische psychiatrische hulp, hulp in een psychiatrische polikliniek en psychiatrische deeltijdbehandeling.

#### **Artikel 43b**

In artikel 43b zijn samengebracht de tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip geldende, herschreven andere bepalingen van het besluit. Dit betreft bepalingen die op – soms – kleine onderdelen een andere redactie behoeven in verband met de in artikel 43a opgenomen tijdelijk afwijkende bepalingen. De afwijking bestaat veelal slechts uit een afwijkende opsomming van bepalingen waarnaar wordt verwezen. Ook is soms de noodzaak van het handhaven van oude terminologie de reden voor het herschrijven.

#### **Artikel 43c**

Dit artikel voorziet in een aanpassing van artikel 12 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, welke nodig is in verband met het vervallen van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. Voor de periode vanaf het tijdstip bedoeld in dit artikel voorziet artikel 36, onderdeel G, eveneens in een wijziging.

#### **Artikel 43d**

Teneinde te voorkomen dat een groot aantal uitvoeringsregelingen van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (met name ten aanzien van nog niet functioneel omschreven zorgvormen), welke door het intrekken van dat besluit zouden komen te vervallen, opnieuw en in een aantal gevallen voor amper een jaar zouden moeten worden vastgesteld, is een overgangsbepaling opgenomen, waarin wordt geregeld dat de daarin genoemde regelingen tot het tijdstip bedoeld in artikel 43 van kracht kunnen blijven en zondig kunnen worden gewijzigd. Hetzelfde geldt voor een tweetal regelingen op grond van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering ten aanzien van naar de AWBZ overgehevelde zorgvormen.

#### **Artikel 44**

Het eerste lid legt vast dat een AWBZ-verzekerde die in het genot is van een verstrekking welke door de functionele omschrijving van de zorgaanpakken niet langer als verstrekking in het besluit is opgenomen, gedurende ten hoogste een jaar in het genot blijft van die verstrekking. Uiteraard blijft terzake wel van kracht hetgeen door het bevoegde uitvoeringsorgaan voor de inwerkingtreding van dit besluit is beslist. Aldus is gewaarborgd dat de uitvoeringsorganen de invoering van functionele zorgaanpakken niet kunnen aangrijpen om de betrokken verzekerde te confronteren met een beslissing, inhoudende dat hij zich op korte termijn met zijn zorgvraag tot een andere zorgaanbieder moet wenden.

Het tweede lid regelt een vergelijkbare waarborg voor personen die als ziekenfondsverzekerde in het genot waren van een verstrekking op grond van de Ziekenfondswet, welke is overgeheveld (al dan niet functioneel omschreven) naar de AWBZ. Het derde lid regelt hetzelfde voor personen die krachtens hun particuliere verzekeringsovereenkomst (of krachtens de Wtz, dan wel in het kader van een ziektekostenregeling voor ambtenaren) aanspraak hadden op vergoeding van de kosten van zorg, welke door de overheveling naar de AWBZ niet langer wordt vergoed op grond van die overeenkomst (die regelingen). Aangezien het hierbij niet ging om aanspraken op verstrekkingen of zorg, maar op vergoeding, verschilt de redactie enigszins van die van het eerste en tweede lid. Er kunnen zich twee mogelijkheden voordoen. In de eerste plaats is het mogelijk dat de desbetreffende verzekeraar een overeenkomst op grond van de AWBZ aangaat met de persoon of instelling die de zorg levert; betrokkene kan dan zonder problemen (bij dezelfde zorgverlener) zijn zorgaanspraken, op grond van de AWBZ, tot gelding brengen. Indien de verzekeraar echter geen overeenkomst met de desbetreffende persoon of instelling aangaat, zou betrokkene zonder nadere regeling gedwongen zijn zich voor de hulp, die hij nodig heeft, te wenden tot een wel door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgverlener dan wel de toestemming van zijn verzekeraar moeten verkrijgen voor het continueren van de zorgverlening door de zorgverlener, waarmee die verzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. De onderhavige overgangsbe-  
paling voorkomt dat de verzekerde deze problemen ontmoet.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
H. J. Simons



## Bijlage bij de nota van toelichting bij het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering

Aangezien het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering strekt tot uitvoering van een groot aantal artikelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en tevens regelingen wijzigt of intrekt, welke zijn gebaseerd op andere wetten, is in deze bijlage een overzicht opgenomen van de delegatiebepalingen, waarop de verschillende artikelen van het Besluit berusten. Indien geen wet vermeld is, betreft het de AWBZ.

artikel van het Besluit	artikel van de AWBZ of andere wet
1	-
2 tot en met 30	6, eerste en achtste lid
31	6, derde lid
32	17, achtste lid
33	7, tweede, derde en vierde lid
34	11
35, eerste lid	8, tweede lid
35, tweede lid	45, vierde lid
35, derde lid	overgangsrecht (art. 77)
36	overgangsrecht (art. 8 Zfw)
37	overgangsrecht (art. 14, eerste lid)
38	overgangsrecht (art. 8a Zfw)
39	overgangsrecht (art. 2 Wtz)
40	overgangsrecht (art. 6, eerste lid)
41, onder a	overgangsrecht (art. 8 Zfw)
41, onder b	overgangsrecht (art. 11 en 77)
41, onder c	overgangsrecht (art. 7 en 77)
41, onder d	overgangsrecht (art. 8, 45 en 77)
42	overgangsrecht (art. 77)
43,	overgangsrecht (art. 6)
43a,	overgangsrecht (art. 6 en 77)
43b,	overgangsrecht (art. 6, 8, 17, 45 en 77)
43c	overgangsrecht (art. 8 Zfw)
43d	overgangsrecht (art. 8 Zfw en art. 6)
44	overgangsrecht (art. 77)

Afkortingen:

Zfw: Ziekenfondswet

Wtz: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen