



374

Besluit van 2 augustus 1995 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden in verband met wijziging van de aanspraak op tandheelkunde en kraamzorg

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 mei 1995, VMP/VA-951622, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op artikel 8, tweede lid, van de Ziekenfondswet en artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen;

Gezien de adviezen van de Ziekenfondsraad (adviezen van 28 juni 1990, SGZ/13067, 16 december 1993, SGZ/37545 en 28 oktober 1994, SGZ/35828/94) en het advies van Zorgverzekeraars Nederland (advies van 7 maart 1995, kenmerk Care-0104-Of/lv);

De Raad van State gehoord (advies van 11 juli 1995, no. W13.95.0275);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 juli 1995, VMP/VA-952345, uitgebracht in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering¹ wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. De aanhef wordt gewijzigd in: In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

2. In onderdeel a wordt «Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur» vervangen door: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

B

In artikel 7 wordt «19 jaren» telkens gewijzigd in: 18 jaren.

C

Artikel 17 komt te luiden:

Artikel 17

1. Kraamzorg ten huize van de verzekerde, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, omvat verzorging van moeder en kind, gedurende ten minste 24 en ten hoogste 80 uren, verdeeld over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. Kraamzorg in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13, omvat verzorging en verpleging van moeder en kind, gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

3. Op de kraamzorg, bedoeld in het eerste en tweede lid, bestaat aanspraak voor zover moeder en kind, gelet op hun behoefte, daarop redelijkerwijs zijn aangewezen.

4. Indien de verzekerde gedurende een deel van de periode, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een ziekenhuis op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13, behoudt zij voor de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak.

5. De verzekerde is een bij ministeriële regeling te bepalen bijdrage verschuldigd.

D

Artikel 18 komt te luiden:

Artikel 18

De verzekerde wendt zich uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke datum van de bevalling met een aanvraag voor kraamzorg tot een kraamcentrum binnen wiens werkgebied de verzekerde woont.

ARTIKEL II

Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden² wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. De aanhef wordt gewijzigd in: In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

2. In onderdeel a wordt «Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur» vervangen door: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

B

Artikel 11 komt te luiden:

Artikel 11

1. Vergoeding van de kosten van kraamzorg ten huize van de verzekerde, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, omvat de vergoeding van de kosten van de verzorging van moeder en kind van ten minste 24 en ten hoogste 80 uren, verdeeld over ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. Vergoeding van de kosten van kraamzorg omvat de vergoeding van de kosten van verzorging en verpleging van moeder en kind, te verlenen in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder een medische indicatie, gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De hoogte van de maximum vergoeding per dag voor deze kraamzorg wordt bij ministeriële regeling bepaald.

3. Op vergoeding van de kosten van kraamzorg, bedoeld in het eerste en tweede lid, bestaat aanspraak voor zover moeder en kind, gelet op hun behoefte, redelijkerwijs op kraamzorg zijn aangewezen.

4. Indien de verzekerde gedurende een deel van de periode, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een ziekenhuis op grond van een medische indicatie, behoudt zij voor de resterende kraamzorg, bedoeld in het eerste lid, aanspraak op de vergoeding van de kosten daarvan.

¹ Stb. 1971, 550, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 24 december 1993, Stb. 776.

² Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 28 september 1992, Stb. 532.

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Nederlandse Staatscourant van 12 september 1995, nr. 176.

ARTIKEL III

Dit besluit treedt in werking met ingang van 15 augustus 1995, met uitzondering van artikel I, onder B, dat in werking treedt met ingang van 1 januari 1996.

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

's-Gravenhage, 2 augustus 1995

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport a.i.,
W. Kok

Uitgegeven de *tiende* augustus 1995

De Minister van Justitie a.i.,
W. Kok

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

1.1. Inleiding

Met het onderhavige besluit wordt het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering gewijzigd met betrekking tot de aanspraak op tandheelkundige hulp alsmede met betrekking tot de aanspraak op kraamzorg. Tevens wordt het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden gewijzigd met betrekking tot de vergoeding van de kosten van kraamzorg.

De Ziekenfondsraad heeft op 16 december 1993 (uitgave Ziekenfondsraad 1993, nr. 608) over de tandheelkundige hulp geadviseerd. Op de wijziging van de aanspraak op tandheelkundige hulp wordt verder ingegaan onder punt 2.

Over de kraamzorg heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd op 28 juni 1990 (uitgave Ziekenfondsraad 1990, nr. 478) en op 28 oktober 1994, SGZ/35828/94.

Zorgverzekeraars Nederland heeft op 7 maart 1995, kenmerk Care-0104-Of/lv, geadviseerd over de kraamzorg. Op de wijziging van de aanspraak op kraamzorg wordt verder onder punt 3 ingegaan.

1.2. Wijziging leeftijdsgrens aanspraak op tandheelkundige hulp

Met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering is met ingang van 1 januari 1995 de aanspraak op tandheelkundige hulp in het kader van het ziekenfondspakket en het vergoedingenpakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (het zogenaamde standaardpakket) aanmerkelijk beperkt. Het betreft hier een van de in het regeerakkoord aangegeven maatregelen tot versoering van het pakket op basis van het rapport «Kiezen en delen» van 14 november 1994 van de Commissie Keuzen in de zorg.

In de aanspraak op tandheelkundige hulp dan wel op vergoeding van de kosten voor die hulp zoals die krachtens de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen is geregeld, bestaat een onderscheid tussen het pakket aan tandheelkundige verrichtingen waarop jeugdige verzekerden, en het pakket waarop ouderen aanspraak hebben. De grens lag tot nu toe bij 19 jaar. Verzekerden in de leeftijd van 0 tot en met 18 jaar, hadden aanspraak op het zogenaamde jeugdpakket. Verzekerden in de leeftijd van 19 jaar en ouder hadden aanspraak op het zogenaamde volwassenenpakket.

Een onderdeel van de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp, waartoe door het kabinet is besloten, is dat die leeftijdsgrens wordt verlaagd naar 18 jaar. Omdat hiervoor met betrekking tot de ziekenfondsverzekering artikel 7 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering moest worden gewijzigd, heeft het kabinet gemeend dat die wijziging niet met ingang van 1 januari 1995 zou moeten worden ingevoerd, maar is besloten een maatregel daartoe te bevorderen per 1 januari 1996. Daarmee is tevens tegemoet gekomen aan het advies van de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars van 6 september 1994, Dir/94/089/TH/EW om voor de verlaging van de leeftijdsgrens een overgangsjaar te hanteren.

Het onderhavige besluit strekt tot wijziging van de leeftijdsgrens zoals hiervoor is aangegeven. In artikel 7, eerste en tweede lid, is «19 jaren» telkens gewijzigd in: 18 jaren.

Voor het standaardpakket zal de verlaging van de leeftijdsgrens bij ministeriële regeling geschieden.

Ten aanzien van het overgangsrecht zij het volgende opgemerkt.

De onderhavige maatregel heeft met betrekking tot de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp onmiddellijke werking. Verzekerden die met ingang van 1 januari 1996 de leeftijd van 18 jaren hebben bereikt, hebben dus geen recht meer op hulp uit het zogenaamde jeugdpakket. Dit geldt eveneens voor lopende behandelingen dan wel hulp waarvoor vóór 1 januari 1996 toestemming is verleend. Deze keuze strookt bij de regeling van het overgangsrecht zoals dat betrekking had op beperking in de aanspraak op tandheelkundige hulp per 1 januari 1995. Toen is namelijk uitsluitend gekozen voor eerbiedigende werking met betrekking tot de aanspraak op de kronen, bruggen, gegoten vullingen en orthodontie, zoals die toen uit het pakket werden verwijderd. Het gaat daarbij om behandelingen waarvoor enige tijd nodig is om deze uit te voeren en af te ronden. Verzekerden die voor deze hulp vóór 4 november 1994 toestemming hadden gevraagd, behielden nog gedurende het jaar 1995 aanspraak volgens het oude recht.

Uit het jeugdpakket zijn dus al per 1 januari 1995 kronen, bruggen, gegoten vullingen en orthodontie verwijderd. Op deze zorg bestaat thans slechts aanspraak bij zeer bijzondere aandoeningen. Daarbij gaat het om de zogenaamde bijzondere tandheelkundige hulp. Hiervoor geldt geen leeftijdsgrens, zodat ook volwassen verzekerden daarop aanspraak hebben.

Het vorenstaande betekent dat als verzekerden in het jaar 1995 toestemming hebben gekregen voor het tot gelding brengen van de aanspraak op een kroon, brug, gegoten vulling, of orthodontie ten laste van de ziekenfondsverzekering, dit is geschied omdat zij geïndiceerd zijn voor bijzondere tandheelkunde. De verlaging van de leeftijdsgrens heeft daar geen invloed op.

Voor de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp in het kader van de ziekenfondsverzekering is een opbrengst ingeboekt van f 500 mln. waarvan f 50 mln. is toegerekend aan de verlaging van de leeftijdsgrens.

1.3. Flexibilisering kraamzorg

Op 28 juni 1990 heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd om de kraamzorg te flexibiliseren.

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was de kraamzorg onderverdeeld naar interne en wijkkraamzorg. Deze onderverdeling bleek niet meer aan te sluiten aan de praktijk van kraamzorgverlening. Zowel hulpverleners als consumenten hebben behoefte aan een gedifferentieerd aanbod van kraamzorg, zowel om te bereiken dat de zorgverlening beter kan worden afgestemd op de geïndiceerde behoefte als om te voorkomen dat op meer zorg aanspraak bestaat dan nodig is.

Aan dit advies was tot op heden geen uitvoering gegeven. Dit houdt verband met het volgende.

In het kader van de invoering van functiegerichte omschrijving van de aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging heeft de Ziekenfondsraad op 22 augustus 1991 opnieuw geadviseerd het onderscheid tussen interne en wijkkraamzorg te laten vervallen. Met het voorstel van wet, houdende wettelijke regeling van aanspraak op zorg in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van enige andere wetten (Kamerstukken II 1992/93, 22 904, nrs. 1-3) zou hieraan uitvoering gegeven zijn. Bij brief van 29 november 1994 (Kamerstukken II 1994/95, 22 904, nr. 16) is dit wetsvoorstel echter ingetrokken. Deze intrekking hield verband met het in het regeerakkoord vastgestelde standpunt van het huidige kabinet, dat de AWBZ zal worden beperkt tot onverzekerbare risico's.

Gelet op het belang van een flexibilisering van de kraamzorg, is daarom besloten om de kraamzorg thans in het kader van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen te flexibiliseren.

Daartoe zijn met de onderhavige maatregel de artikelen 17 en 18 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en artikel 11 het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden gewijzigd.

De richtlijn ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) voor kraamcentra is reeds gewijzigd in verband met de in de praktijk bestaande geflexibiliseerde kraamzorg. In deze richtlijn wordt niet meer uitgegaan van een tarief per dag, maar van een tarief per uur voor verleende kraamzorg, zodat van een meer flexibele toekenning van kraamzorg gebruik gemaakt kan worden.

In het advies van de Ziekenfondsraad van 28 oktober 1994, is erop aangedrongen in het verlengde van de flexibilisering van de Wtg de mogelijkheid te bezien of de eigen bijdrage voor verleende kraamzorg per uur vastgesteld zou kunnen worden.

Mede gezien laatstgenoemd advies van de Ziekenfondsraad, zal de eigen bijdrage per dag worden vervangen door een eigen bijdrage van f 6,- per uur voor verleende kraamzorg.

Voorts is besloten de uitkering van een geldbedrag in geval het kraamcentrum niet in staat is de kraamzorg te verlenen, af te schaffen.

Deze vergoeding is niet meer nodig omdat weigering tot verlening van kraamzorg door de flexibilisering niet meer plaatsvindt.

Het kraamcentrum dient – mede uit een oogpunt van kwalitatieve overwegingen – de zorg te garanderen. De kraamzorg wordt onder verantwoordelijkheid van het kraamcentrum verleend. Met andere woorden het kraamcentrum kan ook andere personen en organisaties inschakelen die onder eindverantwoordelijkheid van het kraamcentrum de kraamzorg verlenen.

Hetgeen voorheen in artikel 18 van het Verstrekkingenbesluit en artikel 11, derde lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden was geregeld, vervalt daarmee.

De flexibilisering van de kraamzorg is zodanig vormgegeven dat deze niet leidt tot meerkosten voor de ziekenfondsverzekering onderscheidenlijk de verzekering in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen.

Nu de praktijk van de kraamzorgverlening al werkt overeenkomstig deze maatregel en de tarifiering daarop al is aangepast, is gekozen voor een zo spoedig mogelijke inwerkingtreding.

Ten slotte is besloten om geen overgangsrecht vast te stellen, aangezien de verlening van kraamzorg in de praktijk geschiedt overeenkomstig deze maatregel.

2. Artikelsgewijze toelichting

ARTIKEL I, onder C

(Artikel 17, eerste lid)

In deze bepaling wordt uitgegaan van kraamzorg ten huize van de verzekerde gedurende ten minste 24 en ten hoogste 80 uren verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Daarbij is uitgegaan van het in de praktijk gehanteerde minimum en maximum. Het hulpaanbod wordt afgestemd op de vraag van de verzekerde, zodat zorg op maat geleverd wordt.

(Artikel 17, tweede lid)

Dit lid betreft aanspraak op kraamzorg met verblijf in een kraaminrichting of aanspraak op kraamzorg in een ziekenhuis zonder dat er sprake is van een ziekenhuisindicatie. Indien er sprake is van een indicatie voor opname in een ziekenhuis dan bestaat aanspraak ingevolge artikel 12 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Dit heeft ook gevolgen voor de verschuldigde eigen bijdrage. Indien de verzekerde voor de kraamzorg in een ziekenhuis verblijft zonder dat er sprake is van een ziekenhuisindicatie is de verzekerde de eigen bijdrage verschuldigd die op grond van artikel 17, vijfde lid, van voornoemd besluit wordt vastgesteld. Indien er sprake is van kraamzorg met verblijf in een ziekenhuis, waarbij er sprake is van een ziekenhuisindicatie, geldt de eigen bijdrage zoals die geregeld is in artikel 3a van het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering.

(Artikel 17, derde lid)

Met dit lid wordt geregeld dat het aantal uren of dagen kraamzorg waarop de verzekerde aanspraak heeft, afhangt van de mate waarin zij redelijkerwijs op kraamzorg is aangewezen. Dit hangt onder meer af van de gezinssamenstelling of er mantelzorg aanwezig is en dergelijke. Deze bepaling heeft geen betrekking op de vraag of de verzekerde is aangewezen op kraamzorg als bedoeld in het eerste lid, dan wel op kraamzorg als bedoeld in het tweede lid. Het is de verzekerde die bepaalt of zij de kraamzorg thuis ontvangt of die aangeeft dat zij de voorkeur heeft voor kraamzorg met verblijf in een kraaminrichting.

(Artikel 17, vierde lid)

Deze bepaling betreft hetgeen voorheen geregeld was in artikel 7, eerste lid, van het Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering. De bepaling waarborgt dat indien een verzekerde op grond van een ziekenhuisindicatie in een ziekenhuis is bevallen en na de bevalling enige tijd daar moet verblijven nog aanspraak heeft op de resterende kraamzorg buiten het ziekenhuis zoals die op grond van het eerste lid door het kraamcentrum aan de verzekerde is toegezegd. Voorwaarde daarbij is dat het verblijf in het ziekenhuis niet langer heeft geduurd dan de periode waarover de kraamzorg ten huize van de verzekerde met het kraamcentrum was afgesproken. Bijvoorbeeld indien door het kraamcentrum vier uren kraamzorg per dag is toegezegd, gedurende zes dagen en zij verblijft vijf dagen in het ziekenhuis met een ziekenhuisindicatie, dan resteert nog aanspraak op kraamzorg ten huize van de verzekerde van vier uren gedurende één dag. Indien de verzekerde in die situatie zes dagen of meer in het ziekenhuis is opgenomen geweest, dan heeft zij geen aanspraak meer op een deel van de kraamzorg zoals dat op grond van artikel 17, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was toegezegd.

(Artikel 17, vijfde lid)

Ten opzichte van artikel 17 (oud) van het Verstrekkingenbesluit is de delegatie aan de minister thans in dit lid beperkt. Slechts de hoogte van de eigen bijdrage zal bij ministeriële regeling worden vastgesteld, aangezien deze jaarlijks wijzigt. De eigen bijdrage wordt jaarlijks aangepast aan het indexcijfer van de regelingslonen, zoals gebruikelijk bij de aanpassing van de loongrens Ziekenfondswet. Het Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering wordt ingetrokken en er wordt een nieuwe regeling vastgesteld waarin dus de hoogte van de eigen bijdrage wordt vastgesteld.

ARTIKEL I, onder D

(Artikel 18)

Deze bepaling regelt datgene wat voorheen in artikel 6, eerste lid, van Besluit kraamzorg ziekenfondsverzekering geregeld was. Deze bepaling stelt het kraamcentrum in staat de zorg tijdig af te stemmen op de behoefte van de verzekerde, zodat op het moment dat de verzekerde bevallen is, de zorg ook geboden kan worden in de voor de verzekerde aangewezen en door het kraamcentrum bepaalde omvang.

ARTIKEL II, onder B

(Artikel 11, eerste lid)

De eigen bijdrage die voor deze hulp verschuldigd is, zal worden geregeld op grond van artikel 19 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden. Ook hiervoor zal een eigen bijdrage van f 6,- per uur voor de kraamzorg geregeld worden.

Voor een toelichting op deze bepaling, zij verder verwezen naar de toelichting op artikel I, onder C, voor zover het betreft artikel 17, eerste lid.

(Artikel 11, tweede lid)

Dit lid betreft aanspraak op kraamzorg met verblijf in een kraaminrichting of aanspraak op kraamzorg in een ziekenhuis zonder dat er sprake is van een ziekenhuisindicatie. Indien er sprake is van een medische indicatie voor opname in een ziekenhuis dan bestaat aanspraak ingevolge artikel 7 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en geldt de bijdrage zoals geregeld in artikel 13, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden.

Bij de hoogte van vergoeding die op grond van deze bepaling wordt vastgesteld gaat het niet om vaststelling van een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 19 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, maar om de omvang van de aanspraak die bij ministeriële regeling nader wordt bepaald.

(Artikel 11, derde lid)

Voor een toelichting hierop, zij verwezen naar artikel I, onder C, voor zover het betreft artikel 17, derde lid.

(Artikel 11, vierde lid)

In deze bepaling wordt thans hetzelfde geregeld als voorheen al geregeld was in de ziekenfondsverzekering en met dit besluit geregeld is in artikel 17, vierde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. In afwijking van laatstbedoelde bepaling is in deze bepaling het begrip «medische indicatie» gebruikt om aan te sluiten op de in het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en het daarop gebaseerde Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden gehanteerde terminologie. Dit geldt ook voor het hanteren van het begrip medische indicatie in het tweede lid.

Voor een verdere toelichting, zie artikel I, onder C, voor zover het betreft artikel 17, vierde lid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport a.i.,
J. J. C. Voorhoeve