



541

Besluit van 24 oktober 1996 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden in verband met invoering van een algemeen systeem van eigen bijdragen

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 12 juli 1996, VPZ/VU-961474, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op artikel 8, tweede lid, en artikel 93 van de Ziekenfondswet en artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen;

De Raad van State gehoord (advies van 2 oktober 1996, no. W13.96.0307);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 oktober 1996, VPZ/VU-962503, 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

Na artikel 2 worden de artikelen 2a, 2b en 2c ingevoegd, luidende:

Artikel 2a

1. Behoudens voor zover in dit besluit anders is bepaald, is de verzekerde een bijdrage verschuldigd van 20% van de voor rekening van de verzekering ingevolge de Ziekenfondswet komende kosten van verstrekkingen, verleend aan hem en zijn medeverzekerden.

2. In afwijking van het eerste lid is de verzekerde voor de hulp, bedoeld in artikel 12, een bijdrage verschuldigd van f 8,- voor iedere dag waarop in het ziekenhuis wordt verbleven. De eerste volzin is van overeenkom-

stige toepassing bij meerdaagse opneming in een instelling voor revalidatie als bedoeld in artikel 23, tweede lid.

3. De verzekerde is de bijdrage verschuldigd aan het ziekenfonds, waarbij de verzekerde op het tijdstip waarop de verstrekking wordt verleend, is ingeschreven. Het ziekenfonds verstrekt de verzekerde ten minste eenmaal in de drie maanden in voorkomend geval een opgave van de verschuldigde bijdragen, onder vermelding van de aard van de hulp, de datum waarop en aan wie de hulp is verleend, en het totaal van de bijdragen die over het lopende kalenderjaar reeds aan hem en zijn medeverzekerden in rekening zijn gebracht. De verzekerde betaalt de bijdrage binnen een maand na de bedoelde opgave.

4. Het eerste en het tweede lid zijn niet van toepassing:

a. indien wegens verblijf in een instelling of in een verzorgingshuis op grond van artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg een inkomensafhankelijke bijdrage in de kosten van dat verblijf verschuldigd is;

b. op een verzekerde waarop artikel 13a, eerste lid, van het Aanwijzingsbesluit verplichtverzekerden Ziekenfondswet van toepassing is.

Artikel 2b

1. De verzekerde is per kalenderjaar ten hoogste f 200,- aan bijdragen als bedoeld in artikel 2a verschuldigd.

2. In afwijking van het eerste lid geldt voor de verzekerde die op 31 januari van het kalenderjaar de leeftijd van 65 jaren heeft bereikt, onderscheidenlijk die op 1 januari van het kalenderjaar behoort tot een van de bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen van verzekerden met een zeer geringe draagkracht, een maximum bedrag van f 100,-. Bij die regeling kan voor een of meer van die groepen worden bepaald dat het maximum van f 100,- alleen geldt op aanvraag van de verzekerde.

Artikel 2c

Indien een verzekerde over drie achtereenvolgende kalenderjaren de maximale bijdrage, bedoeld in artikel 2b, eerste lid, heeft betaald, ontvangt hij van het ziekenfonds binnen acht weken een vergoeding van f 90,-. De eerste volzin is niet van toepassing op een verzekerde die voor zichzelf en een medeverzekerde, gezien naar de situatie op 1 januari, een nominale premie ingevolge artikel 17 van de Ziekenfondswet verschuldigd is.

Artikel 2d

1. Bij ministeriële regeling worden de bedragen, genoemd in de artikelen 2b en 2c, jaarlijks gewijzigd aan de hand van de prijsindex voor de gezinsconsumptie.

2. De berekende bedragen worden naar beneden afgerond op een veelvoud van vijf guldens.

3. Bij de jaarlijkse toepassing van het eerste lid wordt de afronding, bedoeld in het tweede lid, buiten beschouwing gelaten.

B

Artikel 4 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het derde lid komt te luiden:

3. Bij ministeriële regeling kan de omvang van de in artikel 3, onder b en c, bedoelde hulp worden beperkt en kan de verstrekking ervan afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

2. Er wordt een vierde lid toegevoegd, luidende:

4. Artikel 2a is niet van toepassing op de hulp, bedoeld in artikel 3, onder a, en op de verloskundige hulp, bedoeld in artikel 3, onder b.

C

In artikel 5 vervalt de aanduiding «1» en vervalt het tweede lid.

D

Artikel 6 wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst wordt een «1» geplaatst.
2. Er wordt een tweede lid toegevoegd, luidende:
 2. Artikel 2a is niet van toepassing op de hulp, bedoeld in het eerste lid.

E

Artikel 7 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het derde lid komt te luiden:
 3. Artikel 2a is niet van toepassing op de hulp, bedoeld in het eerste en tweede lid, tenzij het betreft chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een bijdrage is verschuldigd in de kosten van de hulp die hij ontvangt in verband met een ernstige tandheelkundige aandoening, een niet-tandheelkundige lichamelijke of een geestelijke aandoening. Voorts kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, een bijdrage is verschuldigd in de kosten van de hulp die hij ontvangt, indien zijn tand-, kaak- en mondstelsel niet voldoet aan de bij die regeling gestelde eisen.
2. Er wordt een vijfde lid toegevoegd, luidende:
 5. De bijdrage wordt betaald aan degene die de hulp verleent.

F

In artikel 11b, vijfde lid, onderdeel a, wordt «die zijn opgenomen in de regeling» vervangen door: die zijn opgenomen in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

G

Artikel 11l wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt «De verzekerde is» vervangen door: Onverminderd artikel 2a is de verzekerde.
2. Het derde lid komt te luiden:
3. Bij ministeriële regeling kan met betrekking tot de aflevering van een geneesmiddel door een apotheehoudende huisarts worden bepaald dat de in artikel 2a bedoelde bijdrage op een daarbij aan te geven wijze wordt berekend.

H

Artikel 12, tweede lid, komt te luiden:

2. Artikel 2a is niet van toepassing op de hulp in het kraambed van een verzekerde die op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13 voor, tijdens of na een bevalling wordt opgenomen.

I

Artikel 15 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het vijfde lid komt te luiden:
 5. Onverminderd artikel 2a kan bij ministeriële regeling worden bepaald

dat de verzekerde voor een hulpmiddel een bijdrage is verschuldigd ter grootte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
 - b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten;
 - c. een daarbij aangegeven percentage van de aanschaffingskosten, indien door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde schade aan het hulpmiddel ontstaat.
2. Er wordt een zesde lid toegevoegd, luidende:
6. De bijdrage wordt betaald aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij het ziekenfonds anders heeft bepaald.

J

Artikel 16 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het derde lid komt te luiden:
3. Artikel 2a is niet van toepassing op ziekenvervoer, tenzij het betreft ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, een bijdrage in de kosten is verschuldigd tot een bij die regeling aangegeven maximum per 12 maanden voor zichzelf en zijn medeverzekerden te zamen.
2. Er wordt een vierde lid toegevoegd, luidende:
4. De bijdrage wordt betaald aan de vervoerder.

K

Artikel 17 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het vijfde lid komt te luiden.
5. Artikel 2a is niet van toepassing op kraamzorg. De verzekerde is een bij ministeriële regeling te bepalen bijdrage per uur verschuldigd, indien de kraamzorg wordt verleend in een kraaminrichting of in een ziekenhuis zonder opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13, is de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen bijdrage per dag verschuldigd, vermeerderd met het bedrag waarmee het ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde of goedgekeurde tarief van de kraaminrichting of het ziekenhuis het bij die regeling te bepalen bedrag te boven gaat.
2. Er wordt een zesde lid toegevoegd, luidende:
6. De bijdrage wordt betaald aan degene die de hulp verleent.

L

Aan artikel 25 wordt een derde lid toegevoegd, luidende:

3. Artikel 2a is van overeenkomstige toepassing op een vergoeding als bedoeld in het eerste lid.

ARTIKEL II

Het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden² wordt gewijzigd als volgt:

A

Na artikel 2 worden § 2a en de artikelen 2a en 2b ingevoegd, luidende:

§ 2a. Algemeen eigen risico

Artikel 2a

Behoudens voor zover in dit besluit anders is bepaald, wordt van de kosten van de hulp een bedrag per kalenderjaar van f 200, – per polis, indien daarop meer dan een persoon is verzekerd, dan wel een bedrag van f 100,– per polis, indien daarop een alleenstaande is verzekerd, niet vergoed.

Artikel 2b

1. Bij ministeriële regeling worden de bedragen, genoemd in artikel 2a, jaarlijks gewijzigd aan de hand van de prijsindex voor de gezinsconsumptie.
2. De berekende bedragen worden naar boven afgerond op een veelvoud van een gulden.
3. Bij de jaarlijkse toepassing van het eerste lid wordt de afronding, bedoeld in het tweede lid, buiten beschouwing gelaten.

B

In artikel 4, tweede lid, wordt «Onze minister stelt» vervangen door: «Onverminderd artikel 2a wordt» en wordt «een bedrag vast» vervangen door: , bij ministeriële regeling een bedrag vastgesteld.

C

In artikel 5, tweede lid, wordt «Onze Minister stelt» vervangen door «Onverminderd artikel 2a wordt bij ministeriële regeling» en wordt «vast» vervangen door «vastgesteld».

D

In artikel 6 wordt «Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp omvat» vervangen door «Onverminderd artikel 2a omvat de vergoeding van kosten van farmaceutische hulp» en wordt «voor het verkrijgen van farmaceutische hulp bijdragen» vervangen door «voor het verkrijgen van geneesmiddelen op grond van artikel 111 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bijdragen».

E

Artikel 10, derde lid, komt te luiden:

3. Artikel 2a is niet van toepassing op ziekenvervoer, tenzij het betreft ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer. Van de kosten van ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, wordt per kalenderjaar een bedrag van f 100,– per polis, indien daarop meer dan een persoon is verzekerd, dan wel een bedrag van f 50,– per polis, indien daarop een alleenstaande is verzekerd, niet vergoed, met dien verstande dat voor de vergoeding van de kosten per auto slechts een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer in aanmerking komt.

F

Aan artikel 11 wordt een vijfde lid toegevoegd, luidende:

5. Onverminderd artikel 2a komt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per uur niet voor vergoeding in aanmerking, indien de kraamzorg wordt verleend ten huize van de verzekerde. Indien de kraamzorg wordt verleend in een kraaminrichting of zonder medische indicatie in een ziekenhuis, komt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per dag niet voor vergoeding in aanmerking, vermeerderd met het bedrag waarmee het ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde of goedgekeurde tarief van de kraaminrichting of het ziekenhuis het bij die regeling te bepalen bedrag te boven gaat.

G

In artikel 18a wordt «Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen omvat» vervangen door «Onverminderd artikel 2a omvat de vergoeding van de kosten van hulpmiddelen» en wordt «voor het verkrijgen van hulpmiddelen bijdragen» vervangen door «voor het verkrijgen van hulpmiddelen op grond van artikel 15 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bijdragen».

H

§ 4 en artikel 19 vervallen.

I

In artikel 20, eerste lid, wordt na «specialistische behandeling» ingevoegd: , de kosten van farmaceutische hulp.

ARTIKEL III

In afwijking van artikel 2c van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering ontvangt de verzekerde ingevolge de Ziekenfondswet de vergoeding indien hij in 1997, onderscheidenlijk in 1997 en 1998, de maximale bijdrage, bedoeld in artikel 2b, eerste lid, van dat besluit, heeft betaald.

ARTIKEL IV

Na inwerkingtreding van dit besluit berust het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden tevens op artikel 11, vijfde lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

ARTIKEL V

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 1997.

¹ Stb. 1996, 63.

² Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 4 september 1995, Stb. 430.

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 Staatscourant van 10 december 1996, nr. 239.

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

's-Gravenhage, 24 oktober 1996

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de *vijfde* november 1996

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen deel

1. Inleiding

In het regeerakkoord is vastgelegd dat deze regeerperiode zal worden overgegaan tot invoering in de particuliere ziektekostenverzekeringen en in de ziekenfondsverzekering van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis of per hoofdverzekerde. Daarnaast is in het regeerakkoord bepaald dat onderzoek zal worden verricht naar de uitvoerbaarheid van de introductie van een systeem in de verplichte ziekenfondsverzekering, dat analoog is aan het systeem van het Instituut Ziektekostenvoorziening voor Ambtenaren (IZA). Dit IZA-systeem is een systeem, waarbij eigen bijdragen in rekening worden gebracht (bepaalde percentages van de kostprijs) tot een inkomensafhankelijk maximum (een bepaald percentage van het bruto inkomen).

De invoering van een systeem van eigen bijdragen past in het beleid van de regering de burger meer eigen verantwoordelijkheid te geven. Deze eigen verantwoordelijkheid betreft zowel het consumeren van zorg als het dragen van de kosten of een deel van de kosten van de zorg. De regering acht het derhalve gewenst dat er een bijdragesysteem wordt ingevoerd dat zowel strekt tot medefinanciering als een remmend effect heeft. Daarnaast kunnen bijdragen zijn aangewezen omdat de verzekerde kosten uitspaart (besparingsmotief). Een voorbeeld is de besparing bij verblijf in het ziekenhuis in de kosten van voedsel voor rekening van het eigen huishouden.

De regering hecht belang aan de remmende werking van eigen bijdragen, maar ziet ook de betrekkelijkheid daarvan in. In de Nederlandse situatie is er immers veelal sprake van het consumeren van zorg ten aanzien waarvan door een deskundige beroepsbeoefenaar is vastgesteld dat deze voor de betrokkene medisch noodzakelijk is. De regering is van mening dat medisch noodzakelijke zorg voor een ieder toegankelijk moet zijn.

Hoofddoel van het door de regering te kiezen systeem is dan ook het leggen van een deel van de financiële verantwoordelijkheid bij de burger zelf (medefinanciering). Daarnaast moet het betalen van eigen bijdragen onnodig gebruik van zorg tegen gaan in die situaties waarbij het verantwoord is dat de verzekerde op basis van eigen afweging komt tot het niet consumeren van zorg. Dan moet het bijdragesysteem dus ook een remmend effect hebben.

In de brief van 1 september 1995 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (kamerstukken II 1994/95, 24 124, nr. 18) heeft de regering geconcludeerd dat een verplicht eigen risico aan de voet nauwelijks een remmende werking zal hebben. Zodra immers voor f 200,- aan zorg is geconsumeerd, is er de rest van het jaar geen financiële rem meer om zorg af te nemen.

Gelet daarop heeft de regering gemeend niet een systeem te moeten invoeren dat nagenoeg geen remmend effect heeft. Zij heeft daarom afgezien van het invoeren van een verplicht eigen risico aan de voet. De regering is van mening dat een systeem waarbij over een langere periode een percentage van de kosten van de zorg voor eigen rekening moet worden genomen (een IZA-achtig systeem), wel het gewenste remmende effect zal hebben. In verband daarmee is op 15 augustus 1995 aan het organisatie adviesbureau Verificatie- en Beheergroep (VB-groep) de opdracht gegeven tot het verrichten van een onderzoek naar de technische mogelijkheden van invoering van het in het regeerakkoord opgenomen alternatief, te weten een IZA-achtig systeem.

De VB-groep heeft op 30 november 1995 gerapporteerd. In januari 1996 is vervolgens aan het Economisch instituut voor het midden- en kleinbedrijf (EIM) verzocht een onderzoek te doen naar de uitvoeringskosten van het invoeren van een dergelijk bijdragesysteem in de Ziekenfondswet.

Op basis van deze studies is de regering tot de conclusie gekomen dat een IZA-achtig systeem inderdaad een werkbaar alternatief is. Uit het VB-rapport heeft de regering evenwel de conclusie getrokken dat invoering van een inkomensafhankelijk maximum per 1 januari 1997 niet mogelijk is aangezien voor de invoering daarvan meer tijd nodig is. Een dergelijk systeem met inkomensafhankelijke maximering vereist wijziging van de Ziekenfondswet. Het vergt bovendien een langere voorbereidingstijd voor de uitvoeringspraktijk. Daarom heeft de regering besloten per 1 januari 1997 in de ziekenfondsverzekering een bijdragesysteem in te voeren met een nominaal maximum. Tevens is besloten te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om een inkomensafhankelijke maximering in 1998 in te voeren.

In het regeerakkoord is vastgelegd dat, tot er een inkomensafhankelijke maximering kan worden ingevoerd, het nominale bedrag maximaal f 200,- per jaar mag bedragen. Daarom wordt per 1 januari 1997 een IZA-achtig bijdragesysteem ingevoerd, met een nominaal maximum van f 200,- per jaar.

Het standpunt van de regering is op 4 april 1996 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal medegedeeld (kamerstukken II 1995/96, 24 678, nr. 1). Op 20 mei 1996 is over het door de regering beoogde algemene bijdragesysteem overleg gevoerd met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer. Daarbij is gebleken dat de Tweede Kamer in meerderheid met het regeringsvoorstel instemt.

2. Algemeen bijdragesysteem ziekenfondsverzekering per 1 januari 1997

Het algemene bijdragesysteem dat met dit besluit in de ziekenfondsverzekering is ingevoerd, houdt in hoofdlijn in een eigen bijdrage van 20% van de kosten van verstrekkingen tot een maximum van f 200,- voor de verzekerde en zijn medeverzekerden per kalenderjaar. De bestaande eigen bijdragen zijn gehandhaafd. Deze eigen bijdragen tellen niet mee voor het maximum.

Op de hiervoor aangegeven hoofdlijn gelden de volgende uitzonderingen:

- Geen algemene eigen bijdragen voor de huisartsenhulp en de tandheelkundige hulp, behoudens de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.
- Geen algemene eigen bijdragen voor: a) verloskundige hulp, b) ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling, c) zittend ziekenvervoer en kraamzorg.
- Voor de verstrekking ziekenhuisverpleging gedurende de dag en nacht en dagverpleging in een ziekenhuis geldt geen procentuele eigen bijdrage maar een nominaal bedrag van f 8,- per ligdag.
- Voor sommige categorieën verzekerden geldt een maximering van f 100,- of is een specifieke compensatieregeling van toepassing.

3. Beleidsmatige overwegingen algemeen bijdragesysteem ziekenfondsverzekering

– Bijdragepercentage

Voor de uiteindelijke bepaling van de hoogte van het bijdragepercentage is de verwachte budgettaire opbrengst een belangrijke indicator geweest. De regering heeft vastgesteld dat een percentage van 20 het beste aansluit bij de taakstelling ten aanzien van de opbrengst.

– Maximering

Conform hetgeen daarover in het regeerakkoord is vastgelegd, zijn de bijdragen in beginsel gemaximeerd op f 200,- per kalenderjaar.

– Huisarts

De regering is van mening dat vanuit een oogpunt van volksgezondheidsbeleid een drempelvrije toegang tot de zorg voor de laagst-betaalden belangrijk is. Dit weerspiegelt zich in de wens de huisarts tot poortwachter van het zorgsysteem te maken. Het heffen van een eigen bijdrage voor bezoeken aan de huisarts zou mogelijk met dit uitgangspunt in strijd kunnen komen. Nader onderzoek naar dan wel nader inzicht in de ervaringen die zijn opgedaan met een eigen bijdrage voor de huisarts in het zogenoemde IZA-systeem, zal daarover uitsluitsel moeten geven.

Het betrekken van de huisartsenhulp bij het onderhavige bijdragesysteem zou bovendien, gelet op de huidige abonnementssystematiek, een zodanige additionele administratieve belasting voor zowel de huisartsen als de ziekenfondsen betekenen, dat invoering per 1 januari 1997 technisch niet mogelijk is.

In het licht hiervan is voor 1997 derhalve afgezien van de introductie van een eigen bijdrage voor de huisarts.

– Tandarts

Door de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp in de Ziekenfondswet per 1 januari 1995 is bij deze zorgvorm reeds een voldoende prikkel tot gepast gebruik ingebouwd. Zorginhoudelijk is er dan ook geen reden om daaraan nog een extra prikkel toe te voegen. Op grond van deze overweging heeft de regering besloten de tandheelkundige hulp uit te zonderen van het in te voeren algemene bijdragesysteem. Daarentegen valt de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wel onder het nieuwe systeem van algemene eigen bijdragen.

– Verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling

Het heffen van eigen bijdragen voor verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling in het kader van de ziekenfondsverzekering is strijdig met onder meer het Verdrag van de Internationale Arbeidsorganisatie betreffende de bescherming van het moederschap (IAO-verdrag nr. 103) en de Europese Code inzake sociale zekerheid, met Bijlage, Addenda en Protocol. In verband hiermee zijn deze zorgvormen voor de ziekenfondsverzekering uitgezonderd van het in te voeren algemene bijdragesysteem.

– *Ziekenhuisverpleging en dagverpleging*

De regering acht toepassing van de procentuele eigen bijdrage voor ziekenhuisverpleging niet realistisch aangezien het beoogde «remgeld-effect» van het bijdragesysteem met betrekking tot overige zorg uiterst beperkt zal zijn, indien de maximumbijdrage in korte tijd wordt bereikt, hetgeen in casu bij ziekenhuisverpleging het geval is. Daarom is gekozen voor een bedrag van f 8,- per dag, zowel bij verblijf gedurende dag en nacht als voor dagverpleging. Dit bedrag, dat is geadviseerd door de VB-groep, is gebaseerd op het zogenoemde besparingsmotief. Bepaalde kosten zoals voedingskosten, hoeven namelijk bij verblijf in het ziekenhuis thuis niet gemaakt te worden.

– *Zittend-ziekenvervoer en kraamverpleging*

Voor het zittend-ziekenvervoer en kraamverpleging is de bestaande bijdrage gehandhaafd. Gezien de hoogte van de verschuldigde bijdrage is ervoor gekozen het algemene bijdragesysteem op deze hulp niet van toepassing te laten zijn.

– *Hulpmiddelen*

De bestaande regeling voor de verstrekking van hulpmiddelen kent enkele eigen bijdragen op grond van het besparingsmotief alsmede een aantal maximumvergoedingen. Gelet op de motieven die ten grondslag liggen aan deze eigen betalingen – een eigen bijdrage vanwege besparing of vanwege de keuze voor de aanschaf van «luxe» hulpmiddelen – acht de regering een procentuele eigen bijdrage voor hulpmiddelen over het bedrag dat, zonder procentuele eigen bijdrage, ten laste van de verzekering zou komen, aanvaardbaar.

– *Geneesmiddelen*

Evenals bij hulpmiddelen met een maximumvergoeding acht de regering een procentuele eigen bijdrage, naast het systeem van de maximumvergoeding voor geneesmiddelen – in casu de vergoedingslimiet in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs) – in de rede liggen. Voor de verzekerde bestaat immers voldoende keuze in geneesmiddelen waarvoor geen «gvs-bijdrage» verschuldigd is. De procentuele eigen bijdrage wordt geheven over de kosten van het geneesmiddel die voor rekening van de verzekering komen. Deze kosten betreffen dus niet alleen de materiaalkosten van het middel, maar ook de overige kosten die gemoeid zijn met de verstrekking van geneesmiddelen, zoals de kosten met betrekking tot de zogenoemde receptregelvergoeding of de marge bij de drogisterijartikelen.

– *Compenserende maatregelen*

De regering heeft, naast invoering van het bijdragesysteem, tevens besloten tot compensatie van koopkrachteffecten voor ziekenfonds-verzekerden. Concreet gaat het om de volgende maatregelen:

– Reductie van de nominale premie met f 110,-. Zoals in de brief van 4 april 1996 aan de Voorzitter van de Tweede kamer is medegedeeld, zijn ziekenfondsen bereid tot deze reductie.

– Het maximumbedrag aan eigen bijdragen voor verzekerden met een uitkering op minimum niveau (bijvoorbeeld op grond van de Algemene arbeidsongeschiktheidswet, de Algemene nabestaandenwet of de Algemene bijstandswet) bedraagt geen f 200,- maar f 100,- per kalenderjaar.

– Voor personen van 65 jaren en ouder, die immers individueel zijn

verzekerd voor de Ziekenfondswet, geldt als maximumbedrag aan eigen bijdragen eveneens f 100,- per kalenderjaar.

- Compensatie met f 90,- voor die verzekerden die gedurende drie jaar achtereen het maximumbedrag van f 200,- hebben betaald en die niet reeds op grond van een ander criterium worden gecompenseerd (ouderen, meeverzekerde partner, lage uitkering), met inachtneming van het navolgende ingroeimodel:

- compensatie over 1997 wordt verleend aan verzekerden die in 1997 het maximumbedrag aan eigen bijdragen hebben betaald;
- compensatie over 1998 wordt verleend aan verzekerden die zowel in 1997 als in 1998 het maximumbedrag aan eigen bijdrage hebben betaald;
- compensatie over 1999 en latere jaren wordt verleend aan verzekerden die gedurende drie achtereenvolgende jaren het maximumbedrag aan eigen bijdragen hebben betaald.

- Het algemene bijdragesysteem is niet van toepassing op verzekerden die ziekenfondsverstrekkingen ontvangen terwijl zij verblijven in instellingen die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn toegelaten of in verzorgingshuizen verblijven en voor dat verblijf reeds een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van maximaal f 3150 of f 3450 verschuldigd zijn. De reden hiervoor is dat deze verzekerden al een hoge bijdrage verschuldigd zijn. Bovendien geldt voor de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage de nominale premie als aftrekpost. Gelet op de hiervoor aangegeven reductie van de nominale premie van f 110,- betekent dit een verlaging van de aftrekpost met f 110,-. De desbetreffende ziekenfondsverzekerden worden derhalve de facto niet voor het eventueel verschuldigd zijn van eigen bijdragen in het kader van de Ziekenfondswet gecompenseerd.

4. Overige kenmerken van het bijdragesysteem

Inning van de eigen bijdragen en restitutie aan daarvoor in aanmerking komende verzekerden worden door de ziekenfondsen uitgevoerd.

Om het functioneren van de eigen bijdragen als «remgeld» te bevorderen en daarmee zuinig gebruik te stimuleren, is bij toepassing van de bijdrageregeling informatieverstrekking aan verzekerden van belang. De ziekenfondsen dienen de verzekerden in verband hiermee periodiek een overzicht van de stand van de betaalde eigen bijdragen, en daarmee de geconsumeerde hulp en de kosten die daarmee gemoeid zijn, te verstrekken.

Ten einde administratieve besommeringen voor verzekerden te voorkomen, geldt als algemeen uitgangspunt dat ziekenfondsen verzekerden dienen te informeren indien de maximum-eigen bijdrage is bereikt, met de aantekening dat de verzekerde in dat jaar geen verdere eigen bijdragen op grond van het onderhavige systeem in rekening zullen worden gebracht. Verzekerden die daarvoor in aanmerking komen, dienen tevens te worden geïnformeerd over compensatie met f 90,- en de restitutie die in verband daarmee dient plaats te vinden.

5. Algemeen eigen risico standaardpakket per 1 januari 1997

In het vergoedingenpakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz), het zogenoemde standaardpakket, is met dit besluit eveneens een systeem van eigen betalingen tot een bepaald bedrag per kalenderjaar ingevoerd. Daarbij is gekozen voor een systeem zoals dat in de particuliere ziektekostenverzekeringen gebruikelijk is, te weten een algemeen eigen risico aan de voet. Voor een alleenstaande bedraagt het algemene eigen risico f 100,- per kalenderjaar. Indien er meer dan een persoon op een polis is verzekerd (een gezinspolis), bedraagt het algemene eigen risico f 200,- per kalenderjaar.

Het met dit besluit ingevoerde algemene eigen risico geldt voor alle kosten van zorg die ingevolge de Wtz vergoed worden, met uitzondering van de kosten van ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer. Voor ziekenvervoer is het specifieke eigen risico van f 100,- voor een gezinspolis en f 50,- voor een alleenstaande gehandhaafd.

Anders dan bij het nieuwe algemene bijdragesysteem in de ziekenfondsverzekering, geldt het algemene eigen risico in het standaardpakket ook voor huisartsenhulp, verloskundige hulp, tandheelkundige hulp en kraamzorg.

Met de invoering van het algemene eigen risico is het specifieke eigen risico voor specialistische hulp van f 300,- voor een gezinspolis en f 150,- voor een alleenstaande komen te vervallen.

6. Financiële gevolgen

Op basis van een door het Instituut Beleid en Management Gezondheid ontwikkeld stimuleringsmodel is geraamd dat de invoering van het bijdragesysteem een financieringsverschuiving van f 650 mln van de middelen in het kader van de Ziekenfondswet naar de private middelen betekent. Op basis van gegevens van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) is het volume-effect voor de ziekenfondsverzekering door mij geraamd op f 110 mln. Bij dit bedrag gaat het om 0,6% van de voor rekening van de ziekenfondsverzekering komende kosten die met de verstrekkingen die onder het bijdragesysteem vallen, gemoeid zijn.

Voor het standaardpakket is de financieringsverschuiving geraamd op f 15 mln.

Voor de verzekeraars zijn de administratieve lasten voor 1997 geraamd op f 100 mln. Daarvan is f 40 mln incidenteel. Dit bedrag is gebaseerd op de studie die is gedaan door het EIM. Het incidentele bedrag is voor een groot deel bestemd voor de omzetting van de administratiesystemen van de ziekenfondsen. De administraties van de ziekenfondsen moeten met het oog op dit bijdragesysteem zodanig worden ingericht dat daarin de declaraties per verzekerden worden bijgehouden. Bij de huidige opzet van de administraties is dit vanwege het naturasysteem niet het geval.

7. Evaluatie

De regering heeft besloten de maatregel te evalueren en heeft in verband daarmee op 1 juli 1996 de Ziekenfondsraad gevraagd een nulmeting te verrichten. Vervolgens zijn op 2 oktober 1996 aan de Ziekenfondsraad de vragen voorgelegd waar de evaluatie antwoord moet geven. Bij de evaluatie gaat het om drie hoofdvragen.

1. Wat is de financieringsverschuiving?
2. Wat is het volume-effect?
3. Heeft het bijdragesysteem invloed op zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt ingeroepen had moeten worden?

Er van uitgaande dat een eindrapportage niet voor medio 1998 zal zijn afgerond, is de Ziekenfondsraad gevraagd om een tussenrapport uit te brengen zowel in het derde kwartaal van 1997 als in het eerste kwartaal van 1998. Het ligt in de rede dat de resultaten van de uit te voeren evaluatie zullen worden medegedeeld aan de Tweede Kamer, hetzij in een aparte brief, hetzij in een toelichting bij een wettelijke maatregel die strekt tot het zetten van de volgende stap.

II. Artikelen

ARTIKEL I

Onderdeel A

Artikel 2a

Eerste lid

De 20% van de kosten die de verzekerde op grond van het eerste lid verschuldigd is, voor hulp aan hem of zijn medeverzekerde, wordt geheven over de kosten die aan het ziekenfonds in rekening worden gebracht. Die kosten omvatten niet de bijdrage die al op grond van de artikelen 7, 11, 15, 16 en 17 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfonds-verzekering bij de verzekerde in rekening zijn gebracht. Verder is de bijdrage gekoppeld aan de in de verstrekking begrepen prestaties. Het gaat dus om aan een verzekerde verstrekte en als eenheid geprijsde diensten of middelen, welke ingevolge voornoemd besluit als verstrekking gelden. Een voorbeeld is een jaarkaart bij academische ziekenhuizen. De verzekerde betaalt daarvoor eenmalig, bij het eerste bezoek, een bijdrage van 20%. Aan het overige polikliniekbezoek zijn geen kosten verbonden, zodat de verzekerde daarover ook geen bijdrage is verschuldigd is.

Tweede lid

De bijdrage die de verzekerde op grond van het tweede lid verschuldigd is, geldt voor iedere dag waarop hij in het ziekenhuis verblijft. Of het nu gaat om verblijf gedurende dag en nacht, om de dag van opname of ontslag dan wel om dagverpleging, hij is steeds het hele bedrag van f 8,- verschuldigd. Het doet er dus niet toe hoeveel uren van het etmaal hij in het ziekenhuis verblijft. Ook is niet relevant welke zorg hij in het ziekenhuis geniet en op welke wijze deze zorg in rekening wordt gebracht. Bijvoorbeeld medisch-specialistische hulp die gedurende ziekenhuisverpleging wordt gegeven, valt niet onder de 20%-bijdrage. De verzekerde betaalt alleen de voor ziekenhuisverpleging, inclusief de medisch-specialistische hulp, de verschuldigde bijdrage van f 8,- per dag. De bijdrage van f 8,- geldt ook indien de verzekerde gedurende het etmaal in een instelling voor revalidatie verblijft. Deze bijdrage geldt dus voor iedere dag dat er sprake is van klinische revalidatie. Indien er sprake van revalidatie zonder verblijf gedurende het etmaal is de bijdrage, bedoeld in het eerste lid, verschuldigd.

Derde lid

Anders dan de bijzondere bijdragen, wordt de algemene eigen bijdrage geïnd door het ziekenfonds. De verzekerde ontvangt, indien hij zorg heeft genoten, van het ziekenfonds een overzicht van de bijdragen die hij voor zichzelf en voor zijn medeverzekerden in het lopende kalenderjaar verschuldigd is. Daarbij moet ook aangegeven worden voor welke hulp op welke datum de bijdrage geheven wordt en voor wie de bijdrage geheven wordt. Het ziekenfonds verstrekt de opgave ten minste eenmaal in de drie maanden. Geregeld is dat de verzekerde de bijdrage binnen een maand moet betalen.

Vierde lid

In dit lid zijn de groepen van verzekerden aangegeven die geen eigen bijdrage verschuldigd zijn. Onderdeel a betreft verzekerden die verblijven

in een AWBZ-instelling of in een verzorgingshuis en voor dit verblijf een inkomensafhankelijke bijdrage van maximaal f 3150 of f 3450 verschuldigd zijn.

Onderdeel b betreft bijstandsgerechtigden met zak- en kleedgeld, uitgenodigde vluchtelingen en asielzoekers. Deze personen hebben niet de financiële middelen om aan de verplichting om eigen bijdragen te betalen, te kunnen voldoen.

Artikel 2b

Het in deze bepaling geregelde maximum geldt voor de bijdragen die de verzekerde voor zichzelf en zijn medeverzekerden te zamen op grond van artikel 2a is verschuldigd. De bijdragen die op grond van overige bepalingen verschuldigd zijn, tellen niet voor dit maximum mee.

Ingevolge het tweede lid geldt voor enkele groepen van verzekerden een lager maximum. Het betreft in de eerste plaats de groep van verzekerden die de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Voorts gaat het om verzekerden die een zeer geringe financiële draagkracht hebben omdat zij aangewezen zijn op bijstand ingevolge de Algemene bijstandswet of die een uitkering op het sociaal minimum-niveau genieten. Het gaat daarbij in hoofdzaak om uitkeringen ingevolge de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, de Wet inkomensvoorzieningen oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen, de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkelozen werknemers, de Toeslagenwet, de Algemene nabestaandenwet of een regeling voor bedrijfsbeëindiging. Deze groepen worden bij ministeriële regeling aangewezen. Indien het een uitkering betreft, die bij het ziekenfonds niet bekend is, zal voor die uitkering bij ministeriële regeling worden bepaald dat het maximum van f 100,- alleen geldt op aanvraag van de verzekerde.

Uitgangspunt bij de vraag of iemand in aanmerking komt voor het lagere maximum van f 100,- is de situatie per 1 januari van enig kalenderjaar. Omdat een verzekerde die in de loop van de maand januari de leeftijd van 65 jaren bereikt, op de eerste dag van januari reeds een uitkering ingevolge de Algemene Ouderdomswet ontvangt, is geregeld dat de verzekerde op 31 januari van het kalenderjaar die leeftijd moet hebben bereikt.

Artikel 2c

In deze bepaling is geregeld dat een verzekerde die gedurende drie jaren achtereen het maximumbedrag aan eigen bijdragen van f 200 betaald heeft, f 90 terug ontvangt van het ziekenfonds. Het ziekenfonds is verplicht deze compensatie eigener beweging te verstrekken binnen acht weken nadat de verzekerde aan de voorwaarde voldoet. De bepaling gaat uit van het betaald hebben van het bedrag van f 200,- gedurende drie jaren. Het staat het ziekenfonds uiteraard vrij om de compensatie in het derde jaar te verrekenen met nog te ontvangen bijdragen.

De compensatie geldt niet voor de verzekerde die op grond van artikel 17 van de Ziekenfondswet voor zichzelf en zijn medeverzekerde een nominale premie is verschuldigd. Deze verzekerde krijgt immers reeds een bedrag van 2 maal f 110,- gecompenseerd. De regeling is zo dat steeds op 1 januari van de desbetreffende kalenderjaren wordt getoetst of het gaat om een zodanige verzekerde.

Artikel 2d

In het nieuwe artikel 2c is geregeld dat de bedragen die genoemd zijn in artikel 2b en 2c jaarlijks worden gewijzigd aan de hand van de prijsindex voor de gezinsconsumptie. Het aldus berekende bedrag wordt naar

beneden afgerond op een veelvoud van vijf guldens. Dit betekent dat het bedrag alleen wordt gewijzigd indien toepassing van het indexcijfer er toe leidt dat er sprake is van een verhoging van minimaal vijf guldens. Bij de berekening het jaar daarop, wordt uitgegaan van het onafgeronde bedrag. Bij de jaarlijkse berekening wordt steeds uitgegaan van het onafgeronde bedrag van het jaar daarvoor.

Onderdeel B

Artikel 4, derde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is gewijzigd om de bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage vast te stellen, te laten vervallen. Voorts is in het nieuwe vierde lid van dat artikel geregeld dat het nieuwe algemene bijdragesysteem niet van toepassing is op de huisartsenhulp en op verloskundige hulp te verlenen door specialisten dan wel vanwege een academisch ziekenhuis.

Onderdeel C

Artikel 5, tweede lid, van voornoemd besluit is komen te vervallen om de bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage vast te stellen, te laten vervallen.

Onderdeel D

Aan artikel 6 van voornoemd besluit is een tweede lid toegevoegd, waarin geregeld is dat de verloskundige hulp te verlenen door verloskundigen en huisartsen niet onder het algemene bijdragesysteem valt.

Onderdeel E

Behoudens de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, valt de tandheelkundige hulp niet onder het nieuwe bijdragesysteem. Dit is in de eerste volzin van het gewijzigde derde lid van artikel 7 van meergenoemd besluit thans zo geregeld. In de tweede en derde volzin is de bevoegdheid gegeven om bij ministeriële regeling de bestaande eigen bijdragen vast te stellen. Het gaat daarbij om de eigen bijdrage voor de zogenoemde bijzondere tandheelkunde (tweede volzin). Deze eigen bijdrage blijft per 1 januari 1997 gehandhaafd. Voorts betreft de derde volzin de bijdragen die de verzekerde tot de leeftijd van 18 jaren verschuldigd is, indien hij niet in het bezit is van een tandartskaart en zijn mondgezondheid dus niet voldoet aan bepaalde eisen. Ter stimulering van de mondgezondheid blijft deze eigen bijdrage per 1 januari 1997 gehandhaafd.

In het nieuwe vijfde lid van artikel 7 is geregeld dat de bijdrage op grond van artikel 7 wordt betaald aan degene die de hulp verleent.

Onderdeel F

In verband met de overheveling van de farmaceutische hulp van de verzekering ingevolge de AWBZ naar de ziekenfondsverzekering zijn met ingang van 1 januari 1995 de bepalingen met betrekking tot het gvs opgenomen in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Daarbij was geen wijziging beoogd ten opzichte van de bepalingen zoals die in de Regeling farmaceutische hulp 1993 waren opgenomen. Er is slechts op een aantal punten sprake geweest van een andere formulering, omdat de gvs-criteria, anders dan in het kader van de AWBZ, bij de overheveling bij algemene maatregel van bestuur zijn geregeld. De ministeriële regeling omvat thans hoofdzakelijk de bijlage waarin de geneesmiddelen staan vermeld waarop aanspraak bestaat. Die bijlage, bijlage 1, omvat een

onderdeel A dat overeenkomt met bijlage 5 van de oude regeling en een onderdeel B dat overeenkomt met bijlage 6 van die regeling. Onderdeel A (bijlage 5) omvat de lijst met geneesmiddelen die in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen zijn ingedeeld en waarvoor vergoedingslimieten zijn vastgesteld. Onderdeel B (bijlage 6) omvat de overige geneesmiddelen waarop aanspraak bestaat. Artikel 11b, vijfde lid, regelt hetgeen voorheen in artikel 8 van voornoemde regeling was bepaald. De bepaling betreft een bijzondere regeling voor de indeling van combinatiepreparaten. Als alle werkzame bestanddelen van een combinatiepreparaat voorkomen in geneesmiddelen die in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen zijn opgenomen, wordt het combinatiepreparaat opgenomen in een groep van geneesmiddelen die één van de werkzame bestanddelen van het combinatiepreparaat bevatten.

Onderdeel a van artikel 8, vijfde lid, luidde: alle werkzame bestanddelen van het combinatiepreparaat voorkomen in geneesmiddelen, niet zijnde combinatiepreparaten, die zijn opgenomen in *bijlage 5*. In artikel 11b, vijfde lid, onderdeel a, werd verwezen naar «de regeling». Dit is ruimer dan de oude bepaling. Artikel 11b, vijfde lid, onderdeel a, is daarom met dit besluit aangepast. De te ruime zinsnede «die zijn opgenomen in de regeling» is vervangen door: die zijn opgenomen in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

Onderdeel G

Artikel 11l, derde lid, van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, waaraan naast de algemene eigen bijdrage geen behoefte meer bestaat, is vervangen door een nieuwe bepaling.

Ingevolge de tarifiering op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg ontvangt de apotheekehoudende huisarts naar eigen keuze voor het afleveren van geneesmiddelen aan ziekenfondsverzekerden hetzij een vergoeding op basis van een abonnementshonorarium hetzij een vergoeding per receptregel. Voor de afrekening op basis van een abonnementshonorarium kunnen op grond van het nieuwe derde lid bij ministeriële regeling regels voor de berekening van de eigen bijdrage gegeven worden, die er op neer zullen komen dat de verzekerde per aflevering dezelfde eigen bijdrage betaalt als ware er sprake van een receptregelvergoeding. Dergelijke regels kunnen gewenst zijn om te voorkomen dat de verzekerde wat betreft de eigen bijdrage in een andere situatie zou komen te verkeren dan andere verzekerden.

Onderdeel H

Aan artikel 12, tweede lid, van het Verstrekkingsbesluit is in verband met artikel 2a, tweede lid, geen behoefte meer. Deze bepaling is vervangen door een nieuwe bepaling waarin wordt geregeld dat de verzekerde die voor hulp in het kraambed voor, na of tijdens de bevalling in het ziekenhuis wordt opgenomen en voor die opname medisch geïndiceerd is, geen eigen bijdrage van f 8,- per dag is verschuldigd.

Onderdeel I

Artikel 15, vijfde lid, is gewijzigd in verband met de handhaving van de bestaande eigen bijdragen voor hulpmiddelen. Het betreft hier bijdragen op grond van het besparingsmotief en de bijdrage die verschuldigd is omdat de kosten van het hulpmiddel meer bedragen dan de voor het hulpmiddel vastgestelde maximumvergoeding. De verzekerde moet dan het verschil voor eigen rekening nemen.

Daarnaast bestaat er nog een bijdrage die verschuldigd kan zijn indien schade aan het in eigendom verschafte middel ontstaat. Indien deze

schade is ontstaan door toerekenbare onachtzaamheid of door opzet van de verzekerde, kan het ziekenfonds een bijdrage verlangen in de kosten van een vervangend middel. Deze bijdrage is 10% van de aanschaffingskosten bij toerekenbare onachtzaamheid of maximaal 50% bij opzet.

Omdat voor de hulpmiddelen tevens het algemene bijdragesysteem van toepassing is, is in het nieuwe vijfde lid expliciet omschreven voor welke specifieke situaties een eigen bijdrage op grond van dit lid kan worden vastgesteld.

In het nieuwe zesde lid van artikel 15 is de betaling van de bijdrage geregeld zoals dat nu in de Regeling hulpmiddelen 1996 is vastgelegd. De in deze bepaling geregelde bijdragen worden net als de overige bijzondere bijdragen betaald aan degene die de hulp levert. Echter, voor deze hulp heeft het ziekenfonds de bevoegdheid te bepalen dat de bijzondere bijdrage niet aan de hulpverlener wordt betaald. Er kan geen verwarring optreden in die gevallen waarin zowel de bijzondere eigen bijdrage voor een hulpmiddel moet worden voldaan, als de nieuwe 20%-bijdrage. Voor het aanschaffen van hulpmiddelen ten laste van de ziekenfondsverzekering is namelijk voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist. Bij de toestemming geeft het ziekenfonds aan dat de verzekerde voor het hulpmiddel de bijzondere bijdrage moet voldoen en of deze aan de leverancier van het hulpmiddel of aan het ziekenfonds moet worden voldaan.

Onderdeel J

Alleen voor de kosten van ambulancevervoer geldt de algemene eigen bijdrage van 20%. Voor het overige vervoer gold reeds een bijdragesysteem, dat inhoudt dat de verzekerde een bijdrage in de kosten verschuldigd is tot een bepaald maximum per kalenderjaar. Dit systeem blijft gehandhaafd.

Onderdeel K

Voor kraamzorg blijft het bestaande systeem van eigen bijdrage gehandhaafd.

Deze houdt een bijdrage per uur in voor de verleende kraamzorg ten huize van de verzekerde en een bijdrage per dag indien de verzekerde in een kraaminrichting is opgenomen of zonder medische indicatie in een ziekenhuis verblijft. Bovendien is de verzekerde die zonder medische indicatie in een ziekenhuis verblijft, het bedrag waarmee het tarief van de kraaminrichting of ziekenhuis de bij ministeriële regeling vastgesteld maximumvergoeding te boven gaat, verschuldigd.

Onderdeel L

Het algemene bijdragesysteem zoals geregeld in de artikelen 2a tot en met 2c is ook van toepassing op de verstrekkingen, bedoeld in artikel 25. Met het nieuwe lid van artikel 25 is geregeld dat dit systeem van overeenkomstige toepassing is indien de verzekerde een vergoeding voor gemaakte kosten van geneeskundige verzorging ontvangt. Ingevolge artikel 29, tweede lid, worden onder de kosten van geneeskundige verzorging ook premiën begrepen.

ARTIKEL II

Onderdeel A

In het nieuwe artikel 2a is voor het standaardpakket een algemeen eigen risico aan de voet geregeld van f 200 per polis, indien het gaat om twee of

meer verzekerden op één polis dan wel f 100, indien het gaat om een polis voor een alleenstaande.

Met de invoering van dit algemene eigen risico is het eigen risico voor specialistische hulp van f 300,- per polis, onderscheidenlijk f 150,- voor een alleenstaande, zoals dat op grond van het oude artikel 19 in artikel 14 van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden was geregeld, komen te vervallen. Artikel 14 van voornoemde regeling zal in verband daarmee worden ingetrokken.

In artikel 2b is geregeld dat het bedrag van f 200,-, onderscheidenlijk f 100,- wordt geïndexeerd overeenkomstig de systematiek voor de algemene eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering.

Onderdeel B

Op grond van artikel 4, tweede lid, wordt in het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden een maximumbedrag van vergoeding van de kosten van niet-medisch noodzakelijke verloskundige hulp, verleend door een specialist en verloskundige hulp, dan wel verleend door een huisarts of een verloskundige, vastgesteld. Voor het bedrag dat op grond daarvan voor vergoeding in aanmerking komt, geldt het algemene eigen risico, zoals dat geregeld is in artikel 2a. Voor medisch-noodzakelijke verloskundige hulp, verleend door een specialist, geldt geen maximumvergoeding. Ook de vergoeding van deze hulp valt onder het algemene eigen risico.

Onderdeel C

Op grond van artikel 5 zijn in het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden maximumvergoedingen van de kosten van tandheelkundige hulp vastgesteld. Voor het bedrag dat op grond daarvan voor vergoeding in aanmerking komt, geldt het algemene eigen risico, zoals dat geregeld is in artikel 2a.

Onderdelen D en G

De artikelen 6 en 18a worden gewijzigd omdat voor de farmaceutische hulp en de hulpmiddelen een koppeling is gelegd met de aanspraken in het kader van de Ziekenfondswet in die zin dat hetgeen niet op grond van de Ziekenfondswet wordt vergoed, ook niet wordt vergoed in het kader van het standaardpakket. Omdat het niet de bedoeling is om onder deze bepaling ook de nieuwe ziekenfondsbijsdrage van 20% te laten vallen, is de bepaling aangepast. Het gaat dus hier om de gvs-bijdrage dan wel om de bijdragen die zijn geregeld in de Regeling hulpmiddelen 1996. Voor het bedrag dat op grond van de artikelen 6 en 18a voor vergoeding in aanmerking komt, geldt het algemene eigen risico, zoals dat geregeld is in artikel 2a.

Onderdeel E

Alleen de kosten van ambulancevervoer vallen onder het in artikel 2a geregelde eigen risico. Voor het overige vervoer blijft het bestaande eigen risico van f 50,- voor een alleenstaande op een polis of f 100,- indien twee of meer personen op een polis zijn ingeschreven, gehandhaafd.

Onderdeel F

Voor kraamzorg blijft gehandhaafd dat voor de verleende kraamzorg ten huize van de verzekerde een bedrag per uur niet voor vergoeding in aanmerking komt dan wel een bedrag per dag indien de verzekerde in een

kraaminrichting is opgenomen of zonder medische indicatie in een ziekenhuis verblijft. Bovendien blijft voor de verzekerde die zonder medische indicatie in een ziekenhuis verblijft, het bedrag waarmee het tarief van de kraaminrichting of ziekenhuis de door Onze Minister vastgestelde maximumvergoeding te boven gaat, buiten de vergoeding. Voor het bedrag dat op grond van artikel 11 voor vergoeding in aanmerking komt, geldt het algemene eigen risico, zoals dat geregeld is in artikel 2a.

Onderdeel H en ARTIKEL IV

Met deze bepaling zijn § 4 en artikel 19 komen te vervallen. Hetgeen in artikel 19 werd geregeld met betrekking tot de tandheelkundige hulp, ziekenvervoer en kraamzorg, werd voor de tandheelkundige hulp al geregeld op grond van artikel 5, tweede lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en kan voor het ziekenvervoer onderscheidenlijk kraamzorg thans geregeld worden op grond van artikel 10, derde lid, onderscheidenlijk artikel 11, vijfde lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden. In artikel IV is geregeld dat het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden ook berust op artikel 11, vijfde lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden. Desbetreffende regeling berustte al op de artikelen 5, tweede lid, en 10, derde lid, van voornoemd besluit.

Zoals hiervoor al is aangegeven, is met de invoering van het algemene eigen risico het eigen risico voor specialistische hulp komen te vervallen en zal artikel 14 van het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden nog worden ingetrokken.

Onderdeel I

Met de overheveling per 1 januari 1996 van de farmaceutische hulp van de AWBZ-verzekering naar onder meer het vergoedingenpakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen is niet voorzien in een vergoeding voor deze hulp ingeval deze in het buitenland wordt verkregen. Dit is thans alsnog geregeld. Omdat in artikel 20, eerste lid, reeds is geregeld dat het gaat om kosten die worden vergoed indien de verzekerde met toepassing van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden een behandeling in Nederland zou hebben ondergaan, is hetgeen in artikel 6 met betrekking tot de farmaceutische hulp is geregeld, ook op de farmaceutische hulp in het buitenland van toepassing. Hetzelfde geldt voor artikel 2a.

ARTIKEL III

Omdat bij de inwerkingtreding van dit besluit geen enkele ziekenfonds-verzekerde nog aan de in artikel 2c gestelde eis terzake van de daar bedoelde periode kan voldoen en deze verzekerden die structureel zorg consumeren, reeds in 1997 moeten kunnen worden gecompenseerd, is in artikel III een overgangsregeling getroffen. Deze houdt het volgende in:

- compensatie over 1997 wordt verleend aan verzekerden die in 1997 het maximumbedrag aan eigen bijdragen hebben betaald;
- compensatie over 1998 wordt verleend aan verzekerden die zowel in 1997 als in 1998 het maximumbedrag aan eigen bijdragen hebben betaald.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers