



595

Besluit van 15 november 1996 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en enige andere besluiten in verband met regeling van de aanspraak op thuiszorg

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 en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 oktober 1996, VPZ/VU-962342, gedaan mede namens Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Economische Zaken en in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op de artikelen 6, eerste en derde lid, 8, tweede lid, 9a, 9b, 16 en 45, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de artikelen 8, tweede lid, 8a, tweede lid, 47, tweede lid, van de Ziekenfondswet, artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, artikel 15 van de Overgangswet verzorgingshuizen, de artikelen 1, tweede tot en met vijfde lid, en 17a van de Wet tarieven gezondheidszorg en artikel 6a van de Wet persoonsregistraties;

De Raad van State gehoord (advies van 31 oktober 1996, no.W.13.96 0462);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 november 1996, VPZ/VU-962879, uitgebracht mede namens Onze Minister van Justitie en Onze Minister van Economische Zaken en in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering¹ wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 1 wordt, onder vervanging van de punt door een puntkomma aan het eind van onderdeel b, een onderdeel c toegevoegd, luidende:

c. leefeenheid:

een eenheid bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet te zamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren dan wel uit een meerderjarige ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert.

B. Artikel 2 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt «5 tot en met 15» vervangen door: 4, 9 tot en met 15.

2. Het derde en het vierde lid worden vernummerd in het tweede en het derde lid.

C. In § 2 wordt voor artikel 9 ingevoegd:

Artikel 4

1. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten door een instelling.

2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de inhoud, omvang en voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, bedoeld in het eerste lid.

D. Artikel 15 komt te luiden:

Artikel 15

1. Thuiszorg omvat door een instelling te leveren:

a. verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in verband met ziekte, herstel, invaliditeit of ouderdom;

b. hulp van huishoudelijke, persoonlijke of begeleidende aard in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom, overlijden of een psychosociaal probleem, die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort;

c. het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen gedurende een termijn van ten hoogste zesentwintig weken;

2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat geen verpleging en verzorging ten huize van de verzekerde gedurende de eerste 13 weken, indien de verpleging en verzorging zijn aangewezen in aansluiting op verblijf in een ziekenhuis en voor dezelfde aandoening waarvoor het verblijf heeft plaatsgevonden of strekken tot vervanging of bekorting van dat verblijf.

E. Na artikel 26 wordt ingevoegd:

Artikel 26a

1. Zorg aan ouder en kind omvat door een instelling te leveren begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, waaronder begrepen periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van het kind, doch met uitzondering van kraamzorg als omschreven in artikel 17 van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering.

2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met

betrekking tot de inhoud, omvang en voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, bedoeld in het eerste lid.

F. Artikel 35 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt «20c» vervangen door: 15, 20c.
2. In het tweede lid wordt «artikel 20c» vervangen door: de artikelen 15 en 20c.

ARTIKEL II

Het Bijdragebesluit zorg² wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 1, eerste lid, wordt, onder vervanging van de punt door een puntkomma aan het slot van onderdeel i, een onderdeel j ingevoegd, luidende:

j. leefeenheid:

een eenheid, bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet te zamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren dan wel uit een meerderjarige ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert.

B. In artikel 7, eerste lid, onder h, wordt na «de Wet op de studiefinanciering» ingevoegd: of de Wet tegemoetkoming studiekosten.

C. In artikel 11 wordt «de verzekerde» vervangen door: de ongehuwde verzekerde of de gehuwde verzekerden wegens gezamenlijk verblijf.

D. Artikel 16 wordt vervangen door § 1 tot en met § 3 en de artikelen 16 tot met 16g, luidende als volgt:

§ 1 Bijdrageplicht

Artikel 16

In afwijking van artikel 1 wordt in dit hoofdstuk en de daarop berustende bepalingen verstaan onder:

a. instelling:

een ingevolge artikel 8 van de wet toegelaten instelling waarin zorg wordt verleend als omschreven in de artikelen 4, 15, 20a, 20c, 20d, 20e of 26a van het Besluit;

b. bijdrageplichtig inkomen: het inkomen van een verzekerde die niet behoort tot een leefeenheid, het inkomen van een meerderjarige ongehuwde verzekerde die deel uitmaakt van een leefeenheid dan wel het inkomen van de gehuwde verzekerden die deel uitmaken van een leefeenheid te zamen;

c. peiljaar:

het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarin de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt

Artikel 16a

De verzekerde draagt bij in de kosten van de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet, voor zover voor die zorg niet reeds op grond van artikel 4 en 14 een bijdrage is verschuldigd, en in de kosten van de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 15, 20a, 20c, 20d, 20e en 26a van het Besluit.

Artikel 16b

Tenzij anders bepaald, is de verzekerde de bijdrage, bedoeld in artikel 16a verschuldigd aan het uitvoeringsorgaan.

§ 2 Bijdragen voor thuiszorg

Artikel 16c

1. De verzekerde is voor de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 15 en 26a van het Besluit, aan de instelling die de zorg verleent een bijdrage van f 125,- verschuldigd. De bijdrage is slechts eenmaal per kalenderjaar verschuldigd.

2. Indien door de verzekerde of voor de leefeenheid waarvan de verzekerde deel uitmaakt, voor het kalenderjaar waarin hij zijn aanspraak tot gelding brengt aan een instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 15 van het Besluit uit hoofde van een lidmaatschap een bedrag van ten minste f 50,- is betaald, is de bijdrage niet verschuldigd.

3. Indien het lidmaatschap is ingegaan minder dan dertien weken voor het tijdstip waarop de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt, is de verzekerde in afwijking van het eerste en het tweede lid een bijdrage verschuldigd van f 75,-.

4. De verzekerde is de in het eerste en derde lid bedoelde bijdrage niet verschuldigd indien hij in het kalenderjaar waarin hij zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt, de bijdrage, bedoeld in artikel 14b, eerste of derde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering heeft betaald.

Artikel 16d

1. Onverminderd artikel 16c is de verzekerde voor de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a en b, van het Besluit een bijdrage verschuldigd van f 10,- per uur of een deel daarvan.

2. De bijdragen bedragen voor een verzekerde die behoort tot een leefeenheid dan wel voor verzekerden die behoren tot dezelfde leefeenheid te zamen bij een hierna genoemd bijdrageplichtig inkomen per jaar ten hoogste het daarna vermelde bedrag per week:

- a. tot f 24 000,-: f 5,-;
- b. f 24 000,- tot f 31000,-: f 6,50;
- c. f 31000,- tot f 35000,-: f 23,-;
- d. f 35000,- tot f 40000,-: f 58,-;
- e. f 40000,- tot f 48000,-: f 115,-;
- f. f 48000,- tot f 78000,-: f 175,-;
- g. vanaf f 78000,-: f 230,-.

3. De bijdragen bedragen voor een verzekerde die niet behoort tot een leefeenheid bij een hierna genoemd bijdrageplichtig inkomen per jaar ten hoogste het daarna vermelde bedrag per week:

- a. tot f 24 000,-: f 5,-;
- b. f 24 000,- tot f 31000,-: f 15,-;
- c. f 31000,- tot f 35000,-: f 50,-;
- d. f 35000,- tot f 40000,-: f 80,-;
- e. f 40000,- tot f 48000,-: f 120,-;
- f. f 48000,- tot f 78000,-: f 200,-;
- g. vanaf f 78000,-: f 250,-.

4. Indien meermalen per week zorg wordt verleend, worden voor de berekening van de verschuldigde bijdragen per week delen van uren samengeteld. Voor de zorg die verleend is aan meer dan een verzekerde binnen de leefeenheid worden de delen van uren samengeteld.

5. Indien de verzekerde of een persoon uit de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort ingevolge artikel 16g voor de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet een bijdrage per uur

verschuldigd is, wordt deze bijdrage in aanmerking genomen voor de berekening, bedoeld in het tweede en het derde lid.

6. De bijdrage is niet verschuldigd indien de verzekerde of een persoon uit de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, een bijdrage ingevolge de artikelen 4 of 14 verschuldigd is.

Artikel 16e

1. Voor de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in artikel 16d, tweede en derde lid, wordt uitgegaan van het inkomen in het peiljaar.

2. Onder inkomen, bedoeld in het eerste lid, wordt verstaan:

a. als over het peiljaar een aanslag inkomstenbelasting is of wordt vastgesteld: het belastbaar inkomen, bedoeld in de Wet op de inkomstenbelasting 1964, over het peiljaar;

b. in andere gevallen, bedoeld onder a: het loon, bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, verminderd met het krachtens artikel 17, eerste lid, van die wet aftrekbare percentage of bedrag.

3. Inkomen dat in het buitenland wordt belast, dan wel is vrijgesteld van belasting op grond van bepalingen van internationaal recht, wordt mede in aanmerking gekomen als ware dit aan de Nederlandse belasting wetgeving onderworpen.

4. In afwijking van het eerste lid vindt op aanvraag van de verzekerde een voorlopige vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen plaats, indien redelijkerwijs te verwachten is dat het inkomen in het lopende jaar ten minste f 4000,- lager zal zijn dan het inkomen, bedoeld in het eerste lid, dan wel indien het inkomen in het lopende jaar algemene bijstand ingevolge de Algemene bijstandswet betreft.

5. Indien het vierde lid is toegepast, vindt na afloop van het jaar definitieve vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen over dat jaar plaats. Indien daarbij blijkt dat het bijdrageplichtig inkomen minder dan f 4000,- lager is geweest dan het inkomen, bedoeld in het eerste lid, vindt definitieve vaststelling plaats overeenkomstig het eerste lid.

§ 3. Andere bijdragen

Artikel 16f

1. Voor de zorg, bedoeld in de artikelen 20a, 20c, 20d en 20e van het Besluit, wordt de bijdrage bij ministeriële regeling geregeld.

2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald aan wie de bijdrage verschuldigd is.

Artikel 16g

1. Voor de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet, is een bijdrage verschuldigd overeenkomstig artikel 16d, eerste lid.

2. De artikel 16d en 16e zijn van overeenkomstige toepassing op de bijdrage, bedoeld in het eerste lid.

3. Voor bij ministeriële regeling aan te wijzen onderdelen van de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet, kan worden bepaald dat de bijdrage gelijk is aan een daarbij aan te geven bedrag.

E. In artikel 19, eerste lid, wordt «en 14» vervangen door: 14, 16c, en 16d.

F. In artikel 22, eerste lid, wordt «instelling» vervangen door: instelling als bedoeld in artikel 1, onder d, en artikel 16, onder a.

ARTIKEL III

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering³ wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 2 wordt «artikelen 10, 11» vervangen door «artikelen 4, 10, 11» en wordt «25, 27» vervangen door: 25, 26a, 27.

B. Artikel 5 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt «12» vervangen door: 12, 15.

2. Er wordt een derde lid, toegevoegd, luidende:

3. Het centraal administratiekantoor verricht de vaststelling en de inning van de bijdrage, bedoeld in artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg, namens de ziekenfondsen, de ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen, op basis van de door belastingdienst verstrekte inkomensgegevens.

ARTIKEL IV

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering⁴ wordt gewijzigd als volgt:

A. Aan artikel 2 wordt een derde lid toegevoegd, luidende:

3. De aanspraak op een verstrekking kan 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.

B. In artikel 2a, tweede lid, wordt na «artikel 12» ingevoegd «onderscheidenlijk in artikel 14a» en wordt na «verbleven» ingevoegd: onderscheidenlijk waarop de hulp wordt verleend.

C. In artikel 2d wordt «en 2c» vervangen door: , 2c en 14b.

D. Na artikel 14 wordt ingevoegd:

§ 6a Kortdurende thuiszorg

Artikel 14a

1. Verpleging en verzorging omvat verpleging en verzorging ten huize van de verzekerde gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 13 weken.

2. Op de hulp, bedoeld in het eerste lid, bestaat aanspraak, indien deze is aangewezen in aansluiting op verblijf in een ziekenhuis en voor dezelfde aandoening waarvoor het verblijf heeft plaatsgevonden of deze strekt tot vervanging of bekorting van dat verblijf.

3. Op de hulp, bedoeld in het eerste lid, bestaat ook aanspraak indien de verzekerde verblijft in een verzorgingshuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Overgangswet verzorgingshuizen en niet behoort tot de personen, bedoeld in artikel 11 van die wet.

Artikel 14b

1. Onverminderd artikel 2a is de verzekerde voor de hulp, bedoeld in artikel 14a, aan de instelling of de persoon die de hulp verleent een bijdrage van f 125,- verschuldigd. De bijdrage is slechts eenmaal per kalenderjaar verschuldigd.

2. Indien door de verzekerde of voor de leefeenheid, bedoeld in artikel

1, eerste lid, onder j, van het Bijdragebesluit zorg, waarvan de verzekerde deel uitmaakt, voor het kalenderjaar waarin hij zijn aanspraak tot gelding brengt aan een instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering uit hoofde van een lidmaatschap een bedrag van ten minste f 50,- is betaald, is de bijdrage niet verschuldigd.

3. Indien het lidmaatschap is ingegaan minder dan dertien weken voor het tijdstip waarop de verzekerde zijn aanspraak tot gelding brengt, is de verzekerde in afwijking van het eerste en het tweede lid een bijdrage verschuldigd van f 75,-.

4. De verzekerde is de in het eerste en derde lid bedoelde bijdrage niet verschuldigd indien hij in het kalenderjaar waarin hij zijn aanspraak tot gelding brengt, de bijdrage, bedoeld in artikel 16c, eerste of derde lid, van het Bijdragebesluit zorg heeft betaald.

E. In artikel 15 vervalt het tweede lid en worden het derde tot en met het vijfde lid vernummerd in het tweede tot en met het vierde lid.

ARTIKEL V

Het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84)⁵ wordt gewijzigd als volgt:

A. Aan artikel 1 wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel j door een puntkomma, een onderdeel k toegevoegd, luidende:
k. kraamcentra onder wier verantwoordelijkheid kraamzorg wordt verleend als bedoeld in artikel 17, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering;

l. instellingen die hulp verlenen als bedoeld in artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering,

B. In artikel 2 wordt «h en i» vervangen door: h, i, k en l.

ARTIKEL VI

Artikel 9 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden⁶ komt te luiden:

1. De vergoeding van kosten van verpleging en verzorging omvat de kosten van verpleging en verzorging ten huize van de verzekerde gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 13 weken.

2. Op de vergoeding, bedoeld in het eerste lid, bestaat aanspraak indien de hulp, bedoeld in het eerste lid, is aangewezen in aansluiting op verblijf in een ziekenhuis en voor dezelfde aandoening waarvoor in het ziekenhuis is verbleven of indien de hulp strekt tot vervanging of bekorting van dat verblijf.

3. Op de vergoeding, bedoeld in het eerste lid, bestaat ook aanspraak indien de verzekerde voor de hulp, bedoeld in het eerste lid, verblijft in een verzorgingshuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Overgangswet verzorgingshuizen en niet behoort tot de personen, bedoeld in artikel 11 van die wet.

ARTIKEL VII

Het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992⁷ wordt gewijzigd als volgt:

- A. Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:
1. Onderdeel A, nummer 16, komt te luiden:
16. instellingen die thuiszorg leveren als bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering,.
 2. Aan onderdeel A, na nummer 16, wordt toegevoegd:
16a. instellingen voor ouder- en kindzorg,
16b. instellingen voor dieetadvisering,
 3. In onderdeel C vervalt nummer 3.

B. Artikel 2 komt te luiden:

Artikel 2

Voorts worden als organen voor gezondheidszorg aangemerkt personen en instellingen die:

- a. farmaceutische hulp leveren als bedoeld in artikel 9 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering;
- b. thuiszorg leveren, die niet wordt geleverd op grond van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

ARTIKEL VIII

Het Besluit werkingssfeer maximumtarieven⁸ wordt gewijzigd als volgt:

A. Artikel 1 komt te luiden:

Artikel 1

1. Als categorieën van organen van gezondheidszorg als bedoeld in artikel 17a, eerste lid, van de Wet tarieven gezondheidszorg, worden aangewezen de volgende categorieën van organen voor gezondheidszorg:
 - a. de navolgende instellingen:
 1. kraamcentra,
 2. gezondheidscentra,
 3. instellingen voor jeugd tandverzorging,
 4. tandheelkundige centra, bedoeld in artikel 7, vierde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering,
 5. instellingen niet behorende tot de in artikel 1, onder A, nummers 1 tot en met 31, van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 genoemde categorieën, in het kader waarvan gezondheidszorgprestaties worden geleverd door beroepsbeoefenaren als bedoeld onder b en waarvan de werkzaamheden uitsluitend of in hoofdzaak daarop zijn gericht;
 - b. de navolgende personen:
 1. huisartsen,
 2. tandartsen,
 3. tandarts-specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie,
 4. tandarts-specialisten in de dentomaxillaire orthopaedie,
 5. medisch specialisten, te onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, voor zover niet begrepen onder artikel 2,
 6. verloskundigen,
 7. fysiotherapeuten,
 8. oefentherapeuten Mensendieck en César,
 9. logopedisten;
 - c. de navolgende personen of instellingen die:

1. farmaceutische hulp verlenen als bedoeld in artikel 9 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering,
2. thuiszorg leveren die niet wordt geleverd op grond van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.
2. De aanwijzing in het eerste lid van personen en instellingen die thuiszorg leveren die niet wordt geleverd op grond van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, is niet van toepassing voor zover die thuiszorg wordt gefinancierd op basis van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Ziekenfondswet.

B. Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit werkingssfeer maximum-tarieven WTG.

ARTIKEL IX

Het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging⁹ wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 1, tweede lid, wordt na «verpleeginrichting» ingevoegd: alsmede de zorg, bedoeld in 15, eerste lid, onder a en b, van dat besluit.

B. In artikel 3, eerste lid, komt de derde volzin te luiden: In de aanvraag kan worden aangegeven voor welke zorg de aanvrager in aanmerking wenst te komen.

C. Artikel 10 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid vervalt aan het slot van onderdeel f het woord «of» en worden na onderdeel g twee nieuwe onderdelen toegevoegd, luidende:

h. verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in verband met ziekte, herstel, invaliditeit of ouderdom, of

i. hulp van huishoudelijke, persoonlijke of begeleidende aard in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom, overlijden of een psychosociaal probleem, die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort,.

2. In het eerste en tweede lid wordt telkens «a tot en met g» vervangen door: a tot en met i.

D. In artikel 11, eerste lid, wordt «a tot en met g» vervangen door: a tot en met i.

ARTIKEL X

Artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg is tot 24 maart 1997 niet van toepassing op de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

ARTIKEL XI

Voor het jaar 1997 wordt in artikel 16c van het Bijdragebesluit zorg en artikel 14b van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering «f 125»

vervangen door «f 137,50», wordt «f 50» vervangen door «f 55» en wordt «f 75» vervangen door: f 82,50.

ARTIKEL XII

1. Tot 1 januari 1998 wordt voor de toepassing van de wet een instelling die op 31 december 1996 als kruisorganisatie ingevolge artikel 8, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was toegelaten, als toegelaten aangemerkt.

2. Tot 1 januari 1998 wordt voor de toepassing van de wet een instelling die op 31 december 1996 als instelling voor gezinsverzorging op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen subsidie ontving, als toegelaten aangemerkt.

ARTIKEL XIII

1. Een indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kan, voor zover het orgaan niet in staat is aanvragen zelf te behandelen, uiterlijk tot 1 januari 1998, aan ingevolge die wet toegelaten instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, mandaat verlenen met betrekking tot het vaststellen van indicatiebeoordelingen.

2. Het indicatieorgaan en de gemandateerde kunnen tot uiterlijk 1 januari 1998 afwijken van hetgeen in de artikelen 2, zesde lid, en 8, eerste lid, van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging is bepaald ten aanzien van de werkwijze.

ARTIKEL XIV

1. Het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging is niet van toepassing ten aanzien van degenen aan wie op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit zorg wordt verleend als bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a of b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en aan wie onmiddellijk voorafgaand aan dat tijdstip ingevolge artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, zoals dat artikel luidde voor de inwerkingtreding van dit besluit, zorg werd verleend, bestaande uit verpleging of verzorging door of vanwege een kruisorganisatie dan wel gefinancierd op grond van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1996 of de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring intensieve thuiszorg 1996 hulp.

2. Bij ministeriële regeling kan een tijdstip worden vastgesteld, met ingang waarvan het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging van toepassing is op personen als bedoeld in het eerste lid.

ARTIKEL XV

Voor kraamcentra die onmiddellijk voor het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit ingevolge artikel 8a van de Ziekenfondswet zijn toegelaten, blijft artikel 2 van het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84) gedurende een jaar na dat tijdstip buiten toepassing.

ARTIKEL XVI

In afwijking van artikel 16g van het Bijdragebesluit zorg kan tot 1 juli 1997 voor de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet verzorgingshuizen, de bijdrage worden gesteld op een bij ministeriële regeling vast te stellen bedrag.

¹ Stb. 1993, 26, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 15 november 1996, Stb. 563.

² Stb. 1996, 486.

³ Stb. 1983, 253, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 26 september 1996, Stb. 486.

⁴ Stb. 1996, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 24 oktober 1996, Stb. 541.

⁵ Laatstelijk gewijzigd bij besluit van 4 september 1995, Stb. 430.

⁶ Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 24 oktober 1996, Stb. 541.

⁷ Stb. 1991, 732, gewijzigd bij besluit van 30 januari 1996, Stb. 119.

⁸ Stb. 1991, 733, gewijzigd bij besluit van 30 januari 1996, Stb. 119.

⁹ Stb. 1996, 563.

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 14 januari 1997, nr. 9.

ARTIKEL XVII

Na de inwerkingtreding van dit besluit berust de Bijdrageregeling zorg tevens op artikel 16f van het Bijdragebesluit zorg.

ARTIKEL XVIII

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

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

Het Oude Loo, 15 november 1996

Beatrix

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
E. G. Terpstra

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

De Minister van Economische Zaken a.i.,
G. Zalm

Uitgegeven de *zeventiende* december 1996

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Thuiszorg is voor zieken en gehandicapten die thuis verblijven en die langdurig op zorg zijn aangewezen, een belangrijke vorm van hulp. Binnen de thuiszorg nemen het kruiswerk en de gezinsverzorging van oudsher een centrale plaats in. Voor het kruiswerk en de gezinsverzorging waren verschillende regelingen van toepassing, ondanks het feit dat er een nauwe samenhang tussen deze twee hulpvormen bestond en nog steeds bestaat.

Het kruiswerk was sedert 1980 als aanspraak in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregeld, terwijl de gezinsverzorging sinds 1989 werd gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen.

Deze verschillende regelingen leidden ertoe dat de afstemming tussen deze twee hulpvormen werd belemmerd. Hierdoor was het niet mogelijk een optimale doelmatigheid te realiseren bij de hulpverlening op het terrein van de thuiszorg.

Om deze situatie te verbeteren heeft de regering plannen ontwikkeld voor de toekomstige vormgeving van de thuiszorg. Deze plannen hebben tot doel de positie van de thuiszorg te versterken, zodat de samenwerking en de organisatorische samenhang binnen de thuiszorg worden verbeterd. Dit draagt bij aan een grotere doelmatigheid van de zorgverlening hetgeen van groot belang is, gezien het toenemend beroep dat op de thuiszorg wordt gedaan.

In die plannen worden die onderdelen van het kruiswerk en van de gezinsverzorging die nauw met elkaar samenhangen in eenzelfde regeling ondergebracht in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Voorts houden de plannen in het financiële schot tussen de ziekenhuiszorg en de daarmee samenhangende thuiszorg op te heffen door de aanspraak op met ziekenhuiszorg samenhangende thuiszorg in dezelfde verzekeringen onder te brengen als de aanspraak op ziekenhuiszorg. Op deze wijze wordt ook tussen deze beide vormen van zorg een betere afstemming bereikt.

Met het onderhavige besluit worden deze plannen tot uitvoering gebracht.

Met de brieven van 15 april 1996, 6 en 28 mei 1996 (kamerstukken II, 1995-1996, 23 235, nrs. 11, 12 en 13) heeft de regering haar beleidsvoornemens aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal medegedeeld. Op 15 mei en 10 juni 1996 is over de beoogde wijzigingen in de vormgeving van de thuiszorg, overleg gevoerd met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer. Daarbij heeft de Tweede Kamer in meerderheid met de voornemens ingestemd.

Bij brief van 14 juni 1996 zijn de voornemens aan de Ziekenfondsraad voorgelegd met het verzoek hierover een oordeel te geven, met name vanuit het oogpunt van de uitvoering. In zijn Rapport modernisering thuiszorg van 22 augustus 1996 (uitgave Ziekenfondsraad 1996, nr. 718) heeft de Raad vastgesteld dat de voornemens voor het grootste deel gerealiseerd kunnen worden op de wijze die de regering heeft voorgesteld.

Bij brief van 18 oktober 1996 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de concretisering van de beleidsvoornemens op het terrein van de thuiszorg (kamerstukken II 1996/97, 23 235, nr. 27).

2. Thuiszorg in de AWBZ

Ter uitvoering van de plannen van de regering is de langdurende thuiszorg met dit besluit met ingang van 1 januari 1997 als aanspraak in het AWBZ-pakket opgenomen. Hierdoor is een groot deel van de huidige AWBZ-aanspraak hulp door of vanwege een kruisorganisatie en van de door de Ziekenfondsraad gesubsidieerde gezinsverzorging met ingang van genoemde datum als aanspraak in de AWBZ geregeld. Hierbij gaat het met name om de wijkverpleging/wijkziekenverzorging, de gezinsverzorging en de uitleen van verpleegartikelen.

De onderdelen zorg aan moeder en kind alsmede dieetadvisering, die tot nu toe waren opgenomen in de aanspraak hulp door of vanwege een kruisorganisatie, maken geen deel uit van deze nieuwe AWBZ-aanspraak thuiszorg, maar zijn afzonderlijk als aanspraak in de AWBZ geregeld.

De nieuwe aanspraak thuiszorg wordt uitgevoerd door instellingen. Hiermee is aangesloten op de situatie tot 1 januari 1997 waarbij deze zorg werd uitgevoerd door instellingen, te weten kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging.

Ten aanzien van de instellingen die deze nieuwe aanspraak gaan uitvoeren, geldt dat alle instellingen het integrale pakket thuiszorg moeten leveren. Dit pakket bestaat uit wijkverpleging/wijkziekenverzorging, gezinsverzorging en uitleen van verpleegartikelen. Ook de groepsgerichte preventie-activiteiten die voor 1 januari 1997 deel uitmaakten van de aanspraak kruiswerk en die samenhangen met de langdurige thuiszorg, zijn een onderdeel van de nieuwe aanspraak thuiszorg. Een belangrijk aspect hierbij is dat elke instelling, in het kader van deze AWBZ-aanspraak, thuiszorg in elke vorm moet leveren; dus niet alleen die thuiszorg waarbij de zorgverlener aaneengesloten voor een langere tijd bij de cliënt zorg verleent, doch ook die vormen van thuiszorg waarbij er sprake is van veelvuldige kortdurende contacten. Dit betekent dat ook de instellingen die voorheen als kruisorganisatie waren toegelaten of, voordat zij waren toegelaten, als particulier bureau voor de thuiszorg functioneerden, slechts als instelling op het terrein van de thuiszorg als toegelaten zijn aangemerkt, indien zij ook in die laatstbedoelde situaties zorg verlenen. Er zal niet uitsluitend die zorgverlening uitgevoerd kunnen worden, waarbij er een gunstige verhouding is tussen de hoeveelheid zorg en de kosten die daarmee gemoeid zijn; instellingen zullen dus niet uitsluitend de «krenten uit de pap» kunnen halen. Daarnaast zullen de instellingen uiteraard moeten voldoen aan de kwaliteitseisen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Om de doelmatigheid in de thuiszorg te vergroten, is er voor gekozen een zekere mate van marktwerking tussen de thuiszorginstellingen mogelijk te maken. Met het oog hierop is besloten de categorie instellingen die de nieuwe AWBZ-aanspraak thuiszorg verleent op grond van artikel 8, tweede lid, van de AWBZ als toegelaten aan te merken en daarbij de contracteerplicht niet meer van toepassing te laten zijn. Dit laatste houdt in dat niet meer met elke instelling die de aanspraak thuiszorg verleent, een overeenkomst dient te worden gesloten, maar dat de uitvoeringsorganen een keuze kunnen maken uit de diverse thuiszorginstellingen. Bij de beslissing met welke thuiszorginstelling een overeenkomst wordt gesloten en voor welk volume aan zorg, zal de verhouding tussen prijs, kwaliteit, waaronder begrepen continuïteit in het zorgverleningsproces, en volume van overwegend belang zijn. Op deze wijze kan bij het sluiten van overeenkomsten met thuiszorginstellingen de

doelmatigheid die de verschillende thuiszorginstellingen in hun zorgverlening weten te bereiken, meewegen. Deze hiervoor bedoelde keuzemogelijkheid bij het contracteren zou niet bestaan, indien besloten zou zijn de thuiszorginstellingen met toepassing van artikel 8, eerste lid, van de AWBZ individueel toe te laten met de daaraan verbonden contracteerplicht voor de uitvoeringsorganen.

Vóór 1 januari 1997 gold met betrekking tot de kruisorganisaties het systeem van individuele toelatingen en contracteerplicht. De financiering van de instellingen voor gezinsverzorging was vóór 1 januari 1997 in zekere zin gegarandeerd door de subsidiëring door de Ziekenfondsraad op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen. Ten einde te komen tot een goede overgang naar de situatie zoals die met ingang van 1 januari 1997 is beoogd, is voor de instellingen, die op 31 december 1996 als kruisorganisatie in het kader van de AWBZ waren toegelaten of per die datum door de Ziekenfondsraad werden gesubsidieerd als instelling voor gezinsverzorging, tussen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en Zorgverzekeraars Nederland een gefaseerde afbouw van de budgetgarantie afgesproken. Deze afbouw van de budgetgarantie zal in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) in de richtlijnen voor de instellingen die thuiszorg verlenen, worden vastgelegd. Dit is ook gebeurd met de eerste stap in de afbouw van de budgetgarantie, zoals die voor het jaar 1996 voor de kruisorganisaties overeen is gekomen. Deze eerste stap is vastgelegd in de voor het jaar 1996 geldende Wtg-richtlijnen voor de kruisorganisaties.

De afbouwperiode geldt tot 1 januari 2002. Tot die datum is voor de desbetreffende instellingen voor het volume van zorg waarvoor de budgetgarantie geldt, de financiering gegarandeerd en daarmee een overeenkomst met uitvoeringsorganen voor dat deel van zorg een zekerheid.

Voor die instellingen die per 1 januari 1997 nog niet alle onderdelen van de nieuwe aanspraak thuiszorg kunnen uitvoeren, is in dit besluit een overgangsregeling getroffen. Zij hoeven pas per 1 januari 1998 het totale pakket thuiszorg te leveren. De overgangsregeling houdt in dat de instellingen die op 31 december 1996 uitsluitend de aanspraak hulp door of vanwege een kruisorganisatie uitvoerden, uiterlijk met ingang van 1 januari 1998 ook het onderdeel gezinsverzorging zullen moeten kunnen leveren. Hetzelfde geldt voor de voormalige instellingen voor gezinsverzorging, voor zover het betreft de onderdelen van de aanspraak thuiszorg die voor 1997 deel uitmaakten van het kruiswerk. Langs deze weg wordt tevens afronding van het integratie- en fusieproces van kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging, dat sinds het eind van de jaren tachtig is ingezet, krachtig gestimuleerd.

Overigens zij hierbij aangetekend dat het kunnen uitvoeren van alle onderdelen van de aanspraak thuiszorg door de thuiszorginstellingen, ook kan worden bereikt door het sluiten van een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen instellingen. Hierbij gaat het met name om situaties dat een fusie tussen een voormalige kruisorganisatie en een voormalige instelling voor gezinsverzorging niet tot stand kan komen, vanwege onoverbrugbare verschillen in de levensbeschouwelijke grondslag van instellingen.

Die instellingen die na 1 januari 1998 niet bereid zijn het volledige pakket thuiszorg in AWBZ-verband uit te voeren of daartoe niet in staat zijn, ook niet op basis van een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst, behoren niet tot de categorie van instellingen die op grond van artikel 35 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering voor het verlenen van thuiszorg ingevolge dit besluit als toegelaten zijn aangemerkt.

3. Eigen bijdragen

Voor het kruiswerk en de gezinsverzorging golden voorheen verschillende regelingen ten aanzien van de eigen bijdragen. Zo gold voor het kruiswerk een vaste, inkomensafhankelijke eigen bijdrage; hierdoor was er geen relatie tussen de hoeveelheid zorg die verleend werd en de hoogte van de verschuldigde bijdrage. Bij de gezinsverzorging bestond een eigen bijdrage van f 10,- per uur, die inkomensafhankelijk gemaximeerd was. Deze twee eigen-bijdragesystemen leidden tot oneigenlijke afwegingen bij het invoeren van hulp, in het bijzonder voor die vormen van hulp die op het grensvlak lagen van kruiswerk en gezinsverzorging. In die situaties vormden de verschillende eigen-bijdragesystemen een oneigenlijke prikkel om zorg te krijgen van een kruisorganisatie in plaats van van een instelling voor gezinsverzorging. Ook bij gefuseerde instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging leidden de twee verschillende bijdragesystemen tot ongewenste verschillen, die bovendien aan verzekerden nauwelijks waren uit te leggen.

Om ook aan deze ongewenste situatie een einde te maken, is besloten tot invoering van een geharmoniseerde eigen-bijdrageregeling voor de nieuwe aanspraak thuiszorg in het kader van de AWBZ. De geharmoniseerde regeling bestaat uit een combinatie van de huidige systematiek van het kruiswerk en de eigen-bijdrageregeling voor de gezinsverzorging. Hiervoor is ook gekozen vanwege de beoogde opbrengst aan eigen bijdragen.

De eigen-bijdrageregeling houdt in dat, om de aanspraak op thuiszorg in het kader van de AWBZ tot gelding te kunnen brengen, door of namens de verzekerde eerst een zogenaamde toegangsbijdrage moet zijn voldaan. Deze bijdrage kan de vorm hebben van contributie van ten minste f 50,- aan een thuiszorginstelling. Indien de verzekerde deze contributie niet heeft voldaan, is hij een hogere bijdrage van 2,5 maal de «contributie»-toegangsbijdrage van f 50,- verschuldigd. In het geval de verzekerde korter dan 3 maanden als contribuant van een thuiszorginstelling staat geregistreerd, is hij bovenop zijn «contributie»-toegangsbijdrage van f 50,- een aanvullende bijdrage van 1,5 maal de «contributie»-toegangsbijdrage verschuldigd. Met het zo geregelde systeem is aangesloten bij het eigen-bijdragesysteem zoals dat voor het kruiswerk gold, waarin ook een koppeling was gelegd met de contributie. Overigens bedraagt de «contributie-toegangsbijdrage» in het jaar 1997 f 55,- en zijn ook de andere hiervoor bedoelde bedragen voor dat jaar verhoogd. Zie voor een toelichting hierop, de toelichting op artikel XI.

Voor de uitleen van verpleegartikelen geldt uitsluitend deze toegangsbijdrage. Voor de overige onderdelen van de AWBZ-aanspraak thuiszorg is, naast de toegangsbijdrage, een eigen bijdrage verschuldigd van f 10,- per uur of deel van een uur. Deze uurbijdragen zijn, conform de systematiek bij de gezinsverzorging, inkomensafhankelijk gemaximeerd. Bij deze inkomensafhankelijke maximering is aangesloten bij de inkomens Tabellen die van toepassing waren voor de gezinsverzorging. De Tabellen zijn herrekend naar het belastbare inkomen 1995, aangezien het onderhavige besluit uitgaat van een bijdrageplichtig inkomen dat gebaseerd is op het belastbare inkomen zoals dat in het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarin de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt, is genoten.

De vaststelling van de hoogte van de verschuldigde «uur»-bijdrage en de inning daarvan vinden plaats door het centraal administratiekantoor (CAK). Het CAK voert deze taken uit namens de uitvoeringsorganen. Tot deze centrale vaststelling van de hoogte van de bijdragen en centrale inning daarvan, is besloten om te bereiken dat zowel vaststelling als

inning landelijk op een uniforme wijze plaatsvinden. Bij de eigen-bijdrageregeling voor de gezinsverzorging waren de instellingen zelf belast met deze taken. Hierdoor werd deze niet bij alle instellingen op dezelfde uniforme wijze uitgevoerd.

Voor deze centrale vaststelling van de hoogte van de verschuldigde eigen bijdragen dient het CAK de noodzakelijke gegevens over de verzekerden die zorg hebben gekregen uit hoofde van de AWBZ-aanspraak thuiszorg, rechtstreeks aangeleverd te krijgen door de zorgverlenende instellingen. Deze instellingen moeten daarbij aangeven hoeveel uren thuiszorg zij aan welke verzekerden hebben verleend. Aan de hand van deze gegevens en de inkomensgegevens van de betrokken verzekerde, bepaalt het CAK de hoogte van de eigen bijdrage. Bij de inkomensafhankelijke maximering van de verschuldigde eigen bijdragen thuiszorg gaat het CAK uit van het belastbaar inkomen. Dit in afwijking van de regeling zoals die bij de gezinsverzorging van toepassing was. Daarbij werd uitgegaan van een inkomensafhankelijke maximering op basis van het netto-inkomen van het huishouden, welk netto-inkomen door de instelling voor gezinsverzorging moest worden vastgesteld op een wijze die in de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad was opgenomen. Het gebruik van het belastbaar inkomen als basis voor de hoogte van de verschuldigde eigen bijdragen voor de thuiszorg, maakt een adequaat gebruik van de inkomensgegevens en de inkomensbronnen beter mogelijk dan in de tot 1997 bestaande praktijk bij de gezinsverzorging.

Ten einde de bijdragevaststelling door het CAK op basis van het belastbaar inkomen te laten plaatsvinden, is in dit verband tevens besloten tot de toepassing van het sociaal-fiscaal nummer. Aan de hand van het sociaal-fiscaal nummer kan het CAK bij de belastingdienst de gegevens over het belastbaar inkomen van de verzekerde en zijn eventuele echtgenoot opvragen. Op die manier kan het gezamenlijke belastbare inkomen van het betrokken huishouden worden bepaald. Met de toepassing van het sociaal-fiscaal nummer en van de bij de belastingdienst aanwezige gegevens inzake het inkomen, is een sluitende en landelijk uniforme uitvoering van deze eigen-bijdrageregeling gewaarborgd.

Het sociaal-fiscaal nummer zal ook gebruikt worden bij de vaststelling van het definitieve bijdrageplichtig inkomen indien er sprake is geweest van toepassing van artikel 16e, vierde lid van het Bijdragebesluit zorg.

De «contributie»-toegangsbijdrage die verschuldigd was voor de hulp door of vanwege een kruisorganisatie, had betrekking op alle hulp die door een kruisorganisatie ten laste van de AWBZ-verzekering werd geleverd en gold derhalve ook voor de dieetadvisering en de zorg aan ouder en kind. Dit is met het onderhavige besluit gehandhaafd.

4. Indicatiebeoordeling

Uitgangspunt is dat ook voor de thuiszorg die deel uitmaakt van de AWBZ-aanspraak thuiszorg, per 1 januari 1997 het in te stellen gemeentelijk indicatieorgaan de indicatie beoordeelt. Dit uitgangspunt is opgenomen in de brief van 12 februari 1996 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de indicatiestelling (kamerstukken II, 1995–1996, 24 606, nr. 1) en komt overeen met de opvatting van de Kamer terzake.

Het is echter zowel praktisch als procedureel niet realistisch er van uit te gaan dat per 1 januari 1997 overal in het land gemeentelijke indicatieorganen zijn ingesteld, die de indicatiestelling op het terrein van de thuiszorg overeenkomstig de nieuwe regeling kunnen uitvoeren. Gezien de korte termijn die er beschikbaar was voor de voorbereiding tot 1 januari 1997, was dit niet haalbaar. In dit verband zij gewezen op de

grote onduidelijkheid die er zou kunnen optreden bij de zorgvragers, indien onverkort voor elke gemeente zou zijn vastgehouden aan indicatiestelling door gemeentelijke indicatieorganen. Ook de personele consequenties die daarmee zouden samenhangen, spelen in dit verband een rol.

Gelet op deze situatie, is gekozen voor een pragmatische oplossing. Het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging is zodanig ingericht dat de indicatiestelling voor de thuiszorg met ingang van 1 januari 1997 onder de verantwoordelijkheid van het gemeentelijk indicatieorgaan valt. Echter, gelet op het grote aantal personen die op thuiszorg zijn aangewezen en ten aanzien van wie een indicatiebeoordeling dient te hebben plaatsgevonden, is het mogelijk gemaakt dat indicatieorganen de uitvoering van deze taak tot 1 januari 1998 kunnen mandateren aan de toegelaten instellingen voor thuiszorg. Daarmee wordt rekening gehouden met de situatie dat niet alle indicatieorganen in 1997 in staat zullen zijn deze taak zelf volledig uit te voeren.

5. Zorg aan ouder en kind van 0 tot 4 jaar en dieetadvisering

De zorg aan ouder en voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, en de dieetadvisering behoorden tot de aanspraak hulp door of vanwege kruisorganisatie, zoals die tot 1 januari 1997 in het kader van de AWBZ was geregeld. Deze onderdelen blijven als aanspraak opgenomen in het pakket van de bijzondere ziektekostenverzekering. Deze aanspraak is met dit besluit geregeld door toevoeging van de artikelen 4 en 26a aan het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Uit kwalitatieve overwegingen en ten einde de kosten die met deze zorgonderdelen gemoeid zijn, goed te beheersen, is besloten dat vooralsnog slechts die instellingen die tot 1 januari 1997 als kruisorganisaties waren toegelaten en deze zorgonderdelen ook daadwerkelijk zelf uitvoerden, deze onderdelen van zorg kunnen blijven uitvoeren. Nieuwe instellingen kunnen deze zorgonderdelen niet voor rekening van de AWBZ gaan uitvoeren, tenzij een dergelijke nieuwe instelling een rechtsopvolger is van een tot en met 31 december 1996 toegelaten kruisorganisatie. Met andere woorden met ingang van 1 januari 1997 zullen alleen de «oude» instellingen voor het verlenen van deze zorg voor rekening van de AWBZ op grond van artikel 8 worden toegelaten. Deze status-quo-situatie wordt met ingang van 1 januari 1997 in een ministeriële regeling voor behoefte en spreiding op grond van artikel 8b, onder b, van de AWBZ geregeld.

De zorg aan ouder en kind betreft de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, die van oudsher periodiek de kinderen in de leeftijds categorie van 0 tot 4 jaar onderzoeken. Door deze periodieke onderzoeken, die op systematische wijze worden uitgevoerd, worden afwijkingen van de normale ontwikkeling in een zo vroeg mogelijk stadium ontdekt. Daarbij wordt niet uitsluitend gelet op de lichamelijke ontwikkelingen, maar wordt ook aandacht besteed aan de overige aspecten die kenmerkend zijn voor de ontwikkelingsstadia van kinderen in deze leeftijdsgroepen. In dit verband wordt ook aan ouders voorlichting gegeven, die meer op pedagogisch vlak ligt. De afgelopen jaren is bij dit zorgonderdeel in toenemende mate gewerkt aan een systematische aanpak en zijn protocollen ontwikkeld voor de diverse onderzoeken die door de consultatiebureaus worden uitgevoerd. Juist omdat het consultatiebureauwerk een specifieke deskundigheid vereist, die niet bij elke instelling aanwezig is, is er uit het oogpunt van kwaliteit voor gekozen dat vooralsnog geen nieuwe instellingen op dit gebied actief kunnen zijn.

De zorg tijdens de zwangerschap betreft met name zwangerschapsgymnastiek gericht op een goed verloop van de bevalling.

Ook dieetadviesing is een activiteit die reeds lange tijd in het kader van het kruiswerk plaatsvond. Dieetadviesing maakte deel uit van de tot 1 januari 1997 bestaande aanspraak kruiswerk. Ten einde een goed bereikbare dieetadviesing in stand te houden, zonder dat eerst een verwijzing door een medisch specialist noodzakelijk is, is de dieetadviesing als aanspraak in het kader van de AWBZ geregeld. Om een beheerste kostenontwikkeling op dit terrein te kunnen waarborgen, zijn ook voor de dieetadviesing uitsluitend die instellingen toegelaten die tot 1 januari 1997 als kruisorganisatie waren toegelaten en dat onderdeel echt uitvoerden. Indien de dieetadviesing niet tot dergelijke instellingen beperkt zou zijn, zou het risico aanwezig zijn dat ook vrijgevestigde diëtisten samenwerkend in instellingsverband, deze adviesing voor rekening van de AWBZ zouden gaan uitvoeren.

Tot de zorg aan moeder en kind alsmede de dieetadviesing, behoren ook de groepsgerichte preventie-activiteiten op deze twee terreinen van zorg, die voor 1 januari 1997 deel uitmaakten van de aanspraak kruiswerk.

6. Thuiszorg in het tweede compartiment

Een gedeelte van de hulp die tot 1 januari 1997 deel uitmaakte van de aanspraak hulp door of vanwege een kruisorganisatie, is met dit besluit vanuit het AWBZ-pakket overgeheveld naar het ziekenfondspakket en het vergoedingenpakket ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz). Het betreft die thuiszorg die aansluit op ziekenhuiszorg en/of deze zorg vervangt of bekort. Hierbij gaat het om de situaties waarin er na het ziekenhuisverblijf geen klinisch-specialistische hulp meer noodzakelijk is, maar nog wel aan de opname-indicatie gerelateerde verpleging en verzorging die in de thuissituatie kan worden geboden en/of in de plaats komt van ziekenhuisverzorging en -verpleging. Het doel van de overheveling van deze vorm van thuiszorg is mede om de substitutie van ziekenhuiszorg door thuiszorg zoveel mogelijk te bevorderen, door deze beide met elkaar samenhangende zorgvormen in dezelfde verzekeringen onder te brengen. Daarmee hebben verzekeraars de instrumenten in handen om substitutie van ziekenhuiszorg door thuiszorg te stimuleren.

Deze thuiszorg kan verleend worden ten huize van de verzekerde, doch ook in de ziekenboeg van het verzorgingshuis. Ten huize van de verzekerde wil niet zeggen dat het moet gaan om het formele adres van de verzekerde, het kan ook zijn dat de verzekerde vanwege zijn ziekte tijdelijk elders verblijft, bijvoorbeeld bij een familielid. Ook dan bestaat aanspraak op bedoelde thuiszorg.

Deze ziekenhuisgerelateerde thuiszorg is opgenomen in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering en in het vergoedingenpakket ingevolge de Wtz.

Ten aanzien van de praktische uitwerking van deze vorm van zorg hebben zorgverzekeraars, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen toegezegd in goed overleg met elkaar tot deze uitwerking te komen om zo de doelstellingen die de regering heeft met de onderbrenging van een deel van de thuiszorg in het tweede verzekeringscompartiment, te realiseren.

7. Gevolgen voor subsidieregelingen

Tot 1 januari 1997 werd een aantal vormen van zorg op het terrein van de thuiszorg gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad. Met de maatregelen die in het onderhavige besluit zijn opgenomen, zijn of worden deze vormen van thuiszorg op een andere wijze geregeld en wel als volgt.

De gezinsverzorging, die op grond van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1996 werd gefinancierd, is voor het

belangrijkste deel in de AWBZ-aanspraak thuiszorg ondergebracht. De rest maakt onderdeel uit van de ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg.

De huishoudelijke hulp die werd gefinancierd op grond van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring voortzetting vergoeding voor huishoudelijke hulp, is met ingang van 1 januari 1997 opgegaan in de regeling voor het persoonsgebonden budget voor de thuiszorg. Hiertoe is besloten omdat de regeling voor de subsidiëring van de voortzetting van de huishoudelijke hulp veel overeenkomsten vertoont met het persoonsgebonden budget.

De intensieve thuiszorg die door de Ziekenfondsraad werd gesubsidieerd uit hoofde van een regeling gebaseerd op artikel 73, eerste lid, onder d, van de Ziekenfondswet, is deels ondergebracht in de thuiszorg die in de ziekenfondsverzekering is opgenomen en voor het overige in de AWBZ-aanspraak thuiszorg. Daarbij is aangesloten bij de vergoedingsmogelijkheden die deze voormalige subsidieregeling bood, namelijk hetzij ter vervanging van opname in een ziekenhuis hetzij ter vervanging van opname in een verpleeginrichting.

De Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring extra werkgelegenheid in de thuiszorg voor langdurig werklozen vervalt eveneens met ingang van 1 januari 1997. De middelen die daarmee gemoeid waren, worden ondergebracht in de reguliere financiering van de thuiszorg.

II. Artikelen

ARTIKEL I (Wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering)

A

Aan artikel 1 is een definitie van het begrip leefeenheid opgenomen. Dit begrip is van belang voor de zorg, zoals die voorheen onder gezinsverzorging werd begrepen geacht. Indien de verzekerde onderdeel uitmaakt van een leefeenheid, is het de leefeenheid waarop de gezinsverzorging gericht is. De personen uit de leefeenheid genieten dan ook met zijn allen de gezinsverzorging. Onder de subsidieregeling was en in dit besluit is daarom ook het systeem van eigen bijdragen afgestemd op de leefeenheid.

Onder leefeenheid wordt verstaan:

- gehuwde verzekerden die te zamen duurzaam een huishouden voeren;
- gehuwde verzekerden die met een of meer minderjarige ongehuwde verzekerden duurzaam een huishouden voeren;
- een ongehuwde meerderjarige verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert.

C

Dieetadviesing behoort tot de paramedische zorg. Intramuraal maakt deze onderdeel uit van de door de instelling geboden hulp. Daarbuiten geschiedde dieetadviesing door de kruisorganisatie. Omdat de verstrekking hulp door of vanwege een kruisorganisatie is komen te vervallen, is de dieetadviesing met de onderhavige bepaling (artikel 4, eerste lid,) als aparte aanspraak geregeld.

Op dieetadviesing bestaat ingevolge artikel 4 alleen aanspraak indien deze strekt tot een medisch doel.

In het tweede lid is geregeld dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld met betrekking tot de inhoud en de omvang van

en de voorwaarden voor het verkrijgen van de dieetadvisering. Met de omschrijving in het eerste lid is aangesloten bij de praktijk zoals die tot 1 januari 1997 bestond in het kader van de aanspraak kruiswerk. Omdat toekomstige ontwikkelingen, die binnen grenzen van de in het besluit opgenomen omschrijving van de aanspraak op zorg een snel ingrijpen kunnen vereisen, nu niet te voorzien zijn, is de mogelijkheid opgenomen dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld.

D

In het nieuwe artikel 15 is de langdurige thuiszorg geregeld. Deze zorg omvat in principe een groot deel van de tot het tijdstip van inwerking-treding van dit besluit in het kader van de AWBZ geregelde aanspraak «hulp door of vanwege een kruisorganisatie» en de op grond van de Wet financiering volksverzekeringen gesubsidieerde gezinsverzorging. Artikel 15 omvat de zogenoemde wijkverpleging/wijkzorg, de gezinsverzorging, de ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg vanaf dertien weken (eerste lid, onder a en b) en het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen (eerste lid, onder c).

Onder artikel 15, eerste lid, onder a en b, is ook begrepen de intensieve thuiszorg, zoals die werd gesubsidieerd ingevolge artikel 73, eerste lid, onder d, van de Ziekenfondswet, met uitzondering van de ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg.

De in het eerste lid, onder a, bedoelde zorg heeft betrekking op de persoonsgerichte zorg. De verzekerde ontvangt de zorg aan den lijve. In het eerste lid, onder b, gaat het met name om de zorg die wordt geboden aan de leefeenheid, waarvan de verzekerde deel uitmaakt. De zorg betreft dus in die situatie niet alleen de verzekerde zelf, doch ook de personen voor wie de verzekerde placht te zorgen.

Voor de vraag of de verzekerde bij de in artikel 15, eerste lid, onder a en b, opgenomen indicaties als ziekte, invaliditeit, en dergelijke, aanspraak heeft op thuiszorg, zijn ook de algemene indicatievereisten van belang. Deze algemene indicatievereisten waren voorheen in artikel 2, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering geregeld en zijn met ingang van 1 januari 1997 opgenomen in het op artikel 9b van de AWBZ gebaseerde Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging.

Het vorenstaande houdt onder meer in dat in het geval de verzekerde dusdanig zorgbehoefstig is dat er sprake zou zijn van ondoelmatige verlening door thuiszorg te verlenen in plaats van, bijvoorbeeld, de verzekerde op te nemen in een verpleeghuis, er geen aanspraak is ingevolge artikel 15.

De thuiszorg kan verleend worden ten huize van de verzekerde of op een andere plaats waar hij verblijft. Daarnaast omvat de hulp ook de hulp in de instelling voor thuiszorg, zoals die onder de subsidieregeling voor gezinsverzorging mogelijk was, te weten opvang van kinderen en dagverzorging voor ouderen in de instelling of op een andere door de instelling aangewezen locatie. Voorts omvat de hulp de huishoudelijke hulp die wordt verleend door een door de instelling ingeschakelde alpha-hulp. Deze mogelijkheid bestond ook onder de subsidieregeling voor de gezinsverzorging.

De afbakening van de AWBZ-thuiszorg met de ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg is voor ziekenfondsverzekerden en voor personen die een verzekering hebben afgesloten die recht geeft op het vergoedingspakket ingevolge de Wtz geregeld, in artikel 2, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Voor anderen is dit

geregeld in het tweede lid van artikel 15. Deze bepaling regelt dat ten laste van de AWBZ-verzekering geen recht bestaat op de zorg zoals die is omschreven in artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfonds-verzekering, de zogenoemde ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg.

E

Van oudsher werd de zorg aan ouder en kind geboden door kruisorganisaties. Daarom was deze zorg tot nu toe geregeld als onderdeel van de aanspraak op hulp door of vanwege een kruisorganisatie. Het gaat echter om zorg die gezien haar aard behoort tot de georganiseerde preventie. Ook ligt er een relatie met de zorg, bedoeld in de artikelen 27 en 28, te weten het onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en het vaccinatieprogramma bij baby's en jonge kinderen. Het gaat om zorgvormen die zich grotendeels richten op baby's en jonge kinderen en preventief van karakter zijn.

Omdat de zorg aan ouder en kind geen onderdeel uitmaakt van de nieuwe AWBZ-aanspraak thuiszorg, is, gelet op het vorenstaande, besloten deze zorg te regelen in § 8, waarin de zorg bestaande uit georganiseerde preventie is geregeld. Daartoe is in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering een artikel 26a ingevoegd.

In het tweede lid is geregeld dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld met betrekking tot de inhoud, omvang en voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg aan moeder en kind. Met de omschrijving in het eerste lid is aangesloten bij de praktijk zoals die tot 1 januari 1997 bestond in het kader van de aanspraak kruiswerk. Omdat de toekomstige ontwikkelingen, die binnen de in het besluit opgenomen omschrijving van de aanspraak een snel ingrijpen kunnen vereisen, nu niet te voorzien zijn, is de mogelijkheid opgenomen dat bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld.

F

Met deze wijziging wordt geregeld dat de instellingen die alle onderdelen van de zorg, bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, verlenen, als toegelaten zijn aangemerkt. Voorts is geregeld dat voor de uitvoeringsorganen de plicht om met dergelijke instellingen overeenkomsten te sluiten, niet geldt. Gewezen zij ook op artikel XII, waarin een overgangsregeling is getroffen voor die instellingen die op 1 januari 1997 nog niet alle onderdelen van bedoelde zorg verlenen en die op 31 december 1996 als kruisorganisatie waren toegelaten dan wel als instelling voor gezinsverzorging werden gesubsidieerd.

ARTIKEL II (Bijdragebesluit zorg)

A

Onder de subsidieregeling voor de gezinsverzorging gold dat de leefeenheid de eigen bijdragen verschuldigd was. Indien de verzekerde onderdeel uitmaakt van een leefeenheid, is het ook de leefeenheid waarop de gezinsverzorging gericht is. De personen uit de leefeenheid genieten dan ook met zijn allen de gezinsverzorging. De onderhavige bepaling is in het Bijdragebesluit zorg van belang voor het verschuldigd zijn van bijdragen. Zie voor een toelichting op het begrip leefeenheid, de toelichting op artikel I, onderdeel A.

B en C

De wijzigingen onder B en C betreffen technische correcties. De wijziging van artikel 11 (onderdeel C) is nodig omdat de bepaling niet voorzag in een situatie waarin de regeling tot 1 januari 1997 wel voorzag, namelijk de volgende.

Een van de gehuwde partners is opgenomen en de andere verblijft thuis. De opgenomen partner verliest de thuisverblijvende partner. De in de instelling of verzorgingshuis verblijvende partner moet vervolgens het huishouden opheffen en heeft hiervoor de aftrekmogelijkheid van artikel 11.

D

– Artikel 16

In het gewijzigde artikel 16 zijn twee definities opgenomen, die afwijken van de definities van artikel 1.

Het betreft een gewijzigde definitie voor het begrip instelling alsmede voor het begrip bijdrageplichtig inkomen.

Het gewijzigde begrip «bijdrageplichtig inkomen» is nodig vanwege het volgende:

- a. anders dan het geval is bij de bijdragen zoals die geregeld zijn in de artikelen 4 en 14 zijn ook voor een verzekerde jonger dan 18 jaar die op grond van een eigen indicatie thuiszorg ontvangt, eigen bijdragen verschuldigd;
- b. het inkomen van de ongehuwde minderjarige verzekerde die behoort tot een leefeenheid, is niet relevant voor het bijdrageplichtige inkomen, ook al geniet deze verzekerde op grond van een eigen indicatie thuiszorg;
- c. voor de ongehuwde die behoort tot een leefeenheid, geldt een lager maximum bedrag per week dan voor de ongehuwde die niet behoort tot een leefeenheid.

Voorts bevat artikel 16 een speciaal voor dit hoofdstuk opgenomen definitie van het begrip «peiljaar». Op de noodzaak van dit begrip wordt verder ingegaan bij de toelichting op artikel 16e.

– Artikel 16a

In artikel 16a is geregeld voor welke zorgvormen de verzekerde een bijdrage is verschuldigd.

– Artikel 16b

In artikel 16b is geregeld aan wie de bijdrage is verschuldigd. De hoofdregel is het uitvoeringsorgaan, maar bij ministeriële regeling kan hiervan worden afgeweken.

– Artikel 16c

In artikel 16c is de eigen bijdrage geregeld die overeenkomt met de eigen bijdrage zoals die geregeld was in artikel 13 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ. De bijdrage is gebaseerd op de oude contributiebijdrage voor de kruisorganisatie. De bijdrage geldt nu als «toegangsbijdrage» voor de thuiszorg, zowel in het kader van de AWBZ, als de Ziekenfondswet. De toegangsbijdrage is ook verschuldigd indien de verzekerde zijn aanspraak op dieetadvisering of op zorg aan ouder en kind tot gelding brengt.

Uitgangspunt is een toegangsbijdrage van f 125,- per kalenderjaar (eerste lid). Deze bijdrage is niet verschuldigd indien door de verzekerde of voor de leefeenheid waarvan de verzekerde deel uitmaakt, reeds een «contributie»-toegangsbijdrage van ten minste f 50,- in het desbetreffende kalenderjaar is betaald (tweede lid).

Voor het geval dat een verzekerde of zijn leefeenheid lid wordt van een instelling voor thuiszorg op of kort voor het moment waarop hij de zorg behoeft, zou hij daardoor niet het bedrag van het eerste lid verschuldigd zijn. Om calculerend gedrag te voorkomen, is in het derde lid een regeling getroffen. Indien hij binnen 13 weken na het aangaan van zijn lidmaatschap zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt, betaalt verzekerde aanvullend op de toegangsbijdrage f 75,-.

Voor de thuiszorg in het kader van de ziekenfondsverzekering is in artikel 14b van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering eenzelfde bijdragesysteem opgenomen. De verzekerde is maar één keer per kalenderjaar de toegangsbijdrage verschuldigd. Daarom is in het vierde lid geregeld dat de bijdrage, bedoeld in het eerste of derde lid, niet verschuldigd is, indien de verzekerde deze al in het desbetreffende kalenderjaar heeft betaald voor de thuiszorg in het kader van de Ziekenfondswet.

- Artikel 16d

In artikel 16d is geregeld dat de verzekerde voor de thuiszorg in het kader van de AWBZ een bijdrage is verschuldigd, waarbij het totaal aan bijdragen per week afhangt van het inkomen. De in deze bepaling opgenomen eigen-bijdrageregeling komt materieel zoveel mogelijk overeen met de eigen-bijdrageregeling zoals die gold ingevolge de subsidieregeling voor de gezinsverzorging.

De bijdragen zijn verschuldigd aan het uitvoeringsorgaan. Het CAK stelt het bijdrageplichtige inkomen vast, berekent de maximale bijdrage en int de bijdragen bij de verzekerden. Dit is met het onderhavige besluit geregeld door wijziging van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (artikel III).

De bijdrage bedraagt f 10,- per uur of een deel van het uur (eerste lid).

De bijdragen die per week verschuldigd zijn, zijn gemaximeerd. Het maximale bedrag is afhankelijk van het bijdrageplichtige inkomen. Overeenkomstig de regeling voor de gezinsverzorging gaat het daarbij om zeven inkomensklassen. De maximale bijdragen per week die met die zeven inkomensklassen corresponderen, zijn voor een persoon die niet behoort tot een leefeenheid, iets hoger dan voor een persoon die behoort tot een leefeenheid. De reden hiervoor is dat een alleenstaande een grotere vrije bestedingsruimte heeft dan een leefeenheid op hetzelfde inkomensniveau en dat daarom een iets hogere bijdrage gevraagd kan worden. Ook wat dit betreft is de tot 1 januari 1997 bestaande systematiek in het kader van de subsidieregeling gezinsverzorging gehandhaafd.

Indien meer dan één persoon uit een leefeenheid is geïndiceerd voor thuiszorg en deze zorg ontvangt, geldt het maximale bedrag voor deze personen gezamenlijk.

De bijdrageregeling voor de gezinsverzorging was gebaseerd op het netto inkomen per maand. De onderhavige nieuwe bijdrageregeling gaat uit van het belastbare inkomen. Voor de omrekening van netto inkomen per maand naar belastbaar inkomen is een beroep gedaan op de Minister van Financiën. In overleg met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zijn de grenzen in de nieuwe inkomens Tabellen uiteindelijk zodanig gekozen, dat de bijdrage voor kwetsbare inkomensgroepen volgend jaar niet verandert (tweede en derde lid).

Indien de verzekerde meer keren per week verpleging of verzorging geniet, worden de delen van uren voor het verschuldigd zijn van de maximale bijdrage per week bij elkaar opgeteld (vierde lid). Hiervoor geldt dat ook de delen van uren aan zorg die verschillende personen in de leefeenheid hebben ontvangen, samen worden geteld.

Indien er op grond van artikel 16g voor zorg in kader van de Overgangswet verzorgingshuizen eigen bijdrage worden vastgesteld die per uur verschuldigd zijn, voorziet het vijfde lid erin dat deze uurbijdragen meetellen met het maximaal verschuldigde bedrag per week.

In het zesde lid is geregeld dat de verzekerde indien hij of een persoon uit zijn leefeenheid al ingevolge artikel 4 of 14 een bijdrage is verschuldigd voor verblijf in een AWBZ-instelling of in een verzorgingshuis, de bijdrage niet verschuldigd is.

– *Artikel 16e*

De bijdrageregeling voor de gezinsverzorging was gebaseerd op het netto inkomen per maand. De regering heeft gekozen voor een centrale inning en vaststelling van de bijdragen door het CAK waarbij het CAK rechtstreeks gebruik maakt van inkomensgegevens die bekend zijn bij de belastingdienst, zonder dat daarvoor de zorgvrager hoeft te worden ingeschakeld. De belastingdienst zal daarvoor de benodigde inkomensgegevens verstrekken aan het CAK. Gelet daarop heeft de regering gekozen voor een ander inkomensbegrip dan onder de subsidieregeling voor de gezinsverzorging van toepassing was en is geregeld dat het gaat om het inkomen zoals dat in het tweede jaar voorafgaande aan het moment waarop de zorg wordt verleend, is genoten. Dit peiljaar is gedefinieerd in artikel 16. Wat hier onder inkomen wordt verstaan, is geregeld in het tweede en derde lid van artikel 16e.

Het aldus geregelde inkomensbegrip is een ander inkomensbegrip dan in het Bijdragebesluit is opgenomen met betrekking tot de inkomensafhankelijke bijdrage die verschuldigd is bij verblijf in een AWBZ-instelling dan wel voor zorg die door verzorgingshuizen wordt verleend. Ten aanzien van de bijdrage voor de intramurale AWBZ-zorg is het sinds 1983 gehanteerde inkomensbegrip voor die bijdrage per 1 januari 1997 gehandhaafd en is dit ook voor de bijdrage voor verblijf in verzorgingshuizen gehanteerd. De regering is echter van oordeel dat het, uit een oogpunt van harmonisatie en ter beheersing van cumulatie van eigen bijdragen, wenselijk is om te komen tot een afstemming van de diverse inkomensafhankelijke regelingen. De mogelijkheden daartoe worden op dit moment bestudeerd door een commissie, die door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is ingesteld. Het ligt in het voornemen om op basis van het advies van de commissie, dat begin 1997 verwacht wordt, te komen tot onder meer een harmonisatie van het inkomensbegrip dat in de diverse regelingen gehanteerd wordt. Afhankelijk hiervan kunnen de in het Bijdragebesluit zorg gehanteerde inkomensbegrippen in de loop der tijd nog wijzigen.

Het vierde lid vormt een uitzondering op het eerste lid. Indien er sprake is van een redelijkerwijs te verwachten aanzienlijk lager inkomen, geschiedt afwijkende vaststelling op aanvraag van de verzekerde. Deze afwijkende vaststelling (op aanvraag) geschiedt ook indien de verzekerde in het lopende kalenderjaar algemene bijstand ontvangt op grond van de Algemene bijstandswet.

Het gaat hier om een voorlopige vaststelling. De definitieve vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen geschiedt aan de hand van het nadien beschikbare belastbare inkomen.

Om misbruik en oneigenlijk gebruik van de in het vierde lid geboden mogelijkheid tegen te gaan, is in het vijfde lid een regeling getroffen op grond waarvan een naheffing kan plaatsvinden. Deze naheffing vindt plaats indien bij de definitieve vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen door het CAK blijkt dat met het uiteindelijk door de belastingdienst vastgestelde belastbare inkomen niet voldaan wordt aan de voorwaarde van het vierde lid, te weten dat het inkomen ten minste f 4000,- lager is dan het belastbare inkomen in het tweede jaar voorafgaande aan het lopende kalenderjaar. Indien dat laatste het geval is, vindt alsnog toepassing van het eerste lid plaats. Op basis van het definitief vastgestelde bijdrageplichtig inkomen, wordt vervolgens het verschuldigde bedrag aan bijdragen per week gecorrigeerd en wordt bij de verzekerde het bedrag dat nog verschuldigd is in rekening gebracht.

Overigens zij nog gewezen op de inlichtingsverplichting en de daaraan verbonden sancties indien er sprake is van het niet voldoen aan die verplichting dan wel het opzettelijk doen van een valse opgave (de artikelen 56, 68, 69 en 70 van de AWBZ).

– *Artikel 16f*

Artikel 16f delegeert de bevoegdheid tot het vaststellen van verschuldigde bijdragen in de kosten voor psychotherapie aan de minister. Het gaat daarbij om nominale bedragen. Dit was voorheen geregeld in artikel 16 van het Bijdragebesluit zorg.

– *Artikel 16g*

Artikel 16g regelt de bijdrage in de kosten van de zorg zoals die op grond van de artikelen 2b en 2c van de Wet op de bejaardenoorden werd gefinancierd, de zorg in het kader van flankerend beleid en reikwijdte. Voor een kortdurend verblijf of verblijf gedurende de dag of nacht minimaal vijf keren per week is de bijdrage reeds geregeld in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg. Uit een globale inventarisatie van de bijdrageregelingen zoals die in provincies en gemeenten onder de Wet op de bejaardenoorden werden gehanteerd, is de voorlopige conclusie getrokken dat in veel situaties een met de gezinsverzorging overeenkomende inkomensafhankelijke bijdrageregeling werd gehanteerd. Daarom is in artikel 16g aangesloten bij de bijdrageregeling zoals die voor de thuiszorg met dit besluit is ingevoerd. Omdat het zeer wel denkbaar is dat er zorg in het kader van flankerend beleid of reikwijdte wordt verstrekt, waarvoor een nominale bijdrage de voorkeur verdient, is de bevoegdheid in het derde lid opgenomen om bij ministeriële regeling te bepalen in welke gevallen, welke nominale bedragen verschuldigd zijn.

Of invoering van de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorg in het kader van het flankerend beleid en reikwijdte reeds kan geschieden per 1 januari 1997, moet nog worden gezien. Mogelijk dat daarvoor een iets later tijdstip in 1997 zal worden gekozen. Met het oog daarop is in artikel XVI een tijdelijke mogelijkheid tot het heffen van een nominale bijdrage opgenomen.

E

In deze bepaling wordt artikel 19, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg gewijzigd. Met deze wijziging van artikel 19, eerste lid, is geregeld dat de bedragen in artikel 16c en 16d jaarlijks worden geïndexeerd.

Overigens worden de bedragen op grond van het tweede lid van artikel 19 van voornoemd besluit slechts verhoogd indien de toepassing van het desbetreffende indexcijfer er toe leidt dat er sprake is van een verhoging van ten minste vijf gulden. Verder wordt ingevolge het derde lid van

artikel 19 bij de jaarlijkse berekening steeds uit gegaan van de onafgeronde bedragen van het jaar daarvoor.

F

Het opnemen van de eigen-bijdrageregeling in het Bijdragebesluit zorg heeft tevens het gevolg dat, op basis van artikel 22 van dat besluit, het sociaal-fiscaal nummer door de instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, kan worden gebruikt voor zover dat nodig is voor de uitvoering van die eigen-bijdrageregeling. Ook deze instellingen gebruiken het sociaal-fiscaal nummer slechts voor zover dat noodzakelijk is ter uitvoering van de eigen-bijdrageregeling, waarbij eveneens van dat nummer gebruik wordt gemaakt in het verkeer met de verzekerde op wie het nummer betrekking heeft en in contacten met personen en instanties voor zover deze zelf gemachtigd zijn tot het gebruik van het sociaal-fiscaal nummer in een persoonsregistratie (artikel 22, tweede lid, van het Bijdragebesluit zorg).

ARTIKEL III (Wijziging van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering)

A

Met de wijziging van artikel 2 is geregeld dat in die bepaling bedoelde administratie voor de instellingen die zorg bestaande uit dieetadvisering verlenen en voor de instellingen die zorg aan moeder en kind verlenen, wordt verricht door het CAK. Artikel 15 was reeds in artikel 2 genoemd, zodat het CAK ook bedoelde administratie voor de instellingen die de AWBZ-thuiszorg verlenen, verricht. Dit betekent geen wijziging ten opzichte van de tot 1 januari 1997 bestaande situatie.

B

De vaststelling van het bijdrageplichtige inkomen en de maximale bijdrage die de verzekerde op grond van artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd is, geschiedt door het CAK namens de uitvoeringsorganen in het kader van de AWBZ, te weten de ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen.

De belastingdienst verstrekt de benodigde inkomensgegevens aan het CAK.

ARTIKEL IV (Wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering)

A en E

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om overeenkomstig regeling daarvan ingevolge artikel 9b, derde lid, van de AWBZ in de ziekenfondsverzekering een algemeen indicatievereiste op te nemen. Dit indicatievereiste is ook van belang voor de kortdurende thuiszorg zoals met dit besluit geregeld in artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. In de toelichting op artikel 14a wordt hier verder op ingegaan. Uit jurisprudentie, met name met betrekking tot de hulp- en geneesmiddelen, is gebleken dat dergelijke indicatievereisten voorkomen dat ondoelmatige zorgverlening moet worden verstrekt. Bij de overheveling van onder meer hulp- en geneesmiddelen van de AWBZ-verzekering naar de ziekenfondsverzekering is nagelaten een dergelijke algemene bepaling in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering op te nemen. Daarin is thans voorzien. Wel was met ingang van 1 januari 1996 de indicatie-

bepaling die vóór 1 januari 1992 voor de aanspraak op hulpmiddelen was geregeld, bij de omschrijving van de aanspraak op hulpmiddelen in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering opgenomen. Deze is, gezien de opneming van het algemene indicatievereiste, met dit besluit geschrapt.

B

Met wijziging van artikel 2a is geregeld dat de verzekerde ook voor de hulp, bedoeld in artikel 14a, een bijdrage van f 8,- per dag verschuldigd is.

C

Met de wijziging van artikel 2d is geregeld dat de toegangsbijdrage voor de thuiszorg jaarlijks wordt geïndexeerd. Een verhoging van de bijdrage vind alleen plaats voor zover toepassing van het indexcijfer leidt tot een verhoging van ten minste vijf gulden. Bij de jaarlijkse berekening wordt steeds uitgegaan van het onafgeronde bedrag van het jaar daarvoor.

D

– *Artikel 14a*

In artikel 14a wordt geregeld dat de verzekerde aanspraak heeft op verpleging en verzorging thuis (eerste lid) of in een ziekenboeg van een verzorgingshuis (derde lid) indien de verzekerde niet meer is aangewezen op klinisch-specialistische hulp en om die reden uit het ziekenhuis kan worden ontslagen. De verzekerde heeft dan aanspraak op de thuiszorg gedurende 13 weken indien hij de thuiszorg nodig heeft voor dezelfde aandoening als waarvoor hij in het ziekenhuis was opgenomen en/of indien de thuiszorg strekt tot vervanging of bekorting van de opname.

Zoals in het algemene deel van de toelichting al is aangegeven, gaat het bij het begrip «ten huize van» niet alleen om het formele adres van de verzekerde, maar ook om een ander huis waarin de verzekerde vanwege zijn ziekte tijdelijk verblijft, bijvoorbeeld om het huis van een familielid. Ook dan bestaat aanspraak op bedoelde thuiszorg.

De zinsnede «en niet behoort tot de personen, bedoeld in artikel 11 van de Overgangswet verzorgingshuizen» strekt er toe te voorkomen dat ook thuiszorg voor rekening van de ziekenfondsverzekering wordt verleend aan personen die op grond van een besluit van een indicatieorgaan verblijven in een verzorgingshuis.

De zorg in deze bepaling omvat een deel van de verpleging en verzorging zoals die door kruisorganisatie werd geboden, een deel van de gesubsidieerde gezinsverzorging alsmede een deel van de zorg zoals die op grond van de subsidieregeling intensieve thuiszorg werd vergoed.

Zoals hiervoor al is aangegeven, is in artikel 2 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, door toevoeging van een nieuw derde lid, een algemeen indicatievereiste opgenomen. Hiermee wordt ondoelmatige verstrekking voorkomen. Zo kan toetsing aan artikel 2, derde lid, inhouden dat, in het geval de verzekerde dusdanig zorgbehoeftig zou zijn wanneer er sprake is van ondoelmatige verlening door thuiszorg te verlenen in plaats van opname in het ziekenhuis te laten voortduren of de verzekerde op te nemen in een revalidatie-instelling, er geen aanspraak is ingevolge artikel 14.

In deze bepaling is de «toegangsbijdrage» voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg geregeld. Zie voor een verdere toelichting hierop, de toelichting op artikel II, voor zover het betreft artikel 16c van het Bijdragebesluit zorg.

ARTIKEL V (Wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84))

In de afgelopen periode zijn een groot aantal kraamcentra op grond van artikel 8a van de Ziekenfondswet toegelaten. Naar verwachting zullen er nog meer instellingen om toelating verzoeken. Dit zal er toe leiden dat de beheersing van de kosten die gemoeid zijn met de verstrekking kraamzorg in toenemende mate onder druk zal komen te staan. Daarom is besloten om deze instellingen als toegelaten aan te merken alsmede te regelen dat de ziekenfondsen niet verplicht zijn om met deze instellingen medewerkersovereenkomsten te sluiten. Daarmee hebben de ziekenfondsen de keuze om een overeenkomst te sluiten met de meest doelmatige aanbieders van zorg. Tevens sluit dit aan op het reeds geldende systeem van maximumtarieven voor de kraamcentra.

Het als toegelaten aanmerken en de opheffing van de contracteerplicht is geregeld door aan artikel 1 een onderdeel k te voegen en dit onderdeel in artikel 2 te vermelden.

Met de toevoeging van onderdeel l aan artikel 1 en 2 is geregeld dat de instellingen die hulp verlenen als bedoeld in artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg) als toegelaten zijn aangemerkt alsmede dat de ziekenfondsen niet verplicht zijn om met die instellingen medewerkersovereenkomsten te sluiten.

ARTIKEL VI (Wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verze-kerden)

In artikel 9 is de vergoeding voor de kortdurende thuiszorg geregeld in het kader van het standaardpakket. De kosten voor deze hulp vallen onder het eigen risico zoals geregeld in artikel 2a van voornoemd besluit

ARTIKEL VII en VIII (Wijziging van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 en het Besluit werkingssfeer maximumtarieven)

Zoals in het algemeen gedeelte van de nota van toelichting van dit besluit is toegelicht, worden de zorgaanspraakhulp door of vanwege een kruisorganisatie en de gesubsidieerde gezinsverzorging vervangen door een viertal separate verzekeringsaanspraken, te weten kortdurende ziekenhuisgerelateerde thuiszorg, langdurende thuiszorg, jeugd-gezondheidszorg en dieetadvisering. Besloten is de Wet tarieven gezondheidszorg op de instellingen die deze aanspraken leveren, van toepassing te laten blijven, waarbij voor kortdurende thuiszorg als bedoeld in artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering het maximumtariefensysteem van die wet van toepassing zal zijn. De artikelen VII en VIII van dit besluit strekken daartoe.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt in het Besluit werkingssfeer maximumtarieven om een transparante redactie te bewerkstelligen van de opsomming van de categorieën van organen voor gezondheidszorg voor welke maximumtarieven gelden. Bovendien is door toevoeging van de afkorting WTG (Wet tarieven gezondheidszorg) aan de bestaande citeertitel van het laatstgenoemde besluit, het besluit voorzien van een

vlag die het besluit herkenbaar maakt als lid van de wetsfamilie waartoe het behoort.

Ter voorkoming van misverstanden over de rechtsmacht van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg en de gevolgen voor de instellingen die behoren of behoorden tot de door middel van dit besluit vervallen aanwijzingen van de categorieën van gezondheidszorg kruiswerk en instellingen voor gezinsverzorging, dient te worden vermeld dat het Centraal orgaan voor bevoegd blijft de budgetten en tarieven betrekking hebbend op de jaren vóór 1997 vast te stellen. Daar waar in verband met de tot en met 1996 gevolgde systematiek nacalculatie plaats moet vinden in 1997 en volgende jaren, dient een definitieve afrekening plaats te vinden tussen ziektekostenverzekeraars en de desbetreffende organen voor gezondheidszorg of hun rechtsopvolgers.

ARTIKEL IX (Wijziging van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging)

Met deze bepaling wordt het besluit aangepast, met het oog op de wijzigingen die voortvloeien uit de beslissing om de thuiszorg met ingang van 1 januari 1997 onder de onafhankelijke indicatiebeoordeling te brengen. Voor het overige zij verwezen naar onderdeel 4 van het algemeen deel van de nota van toelichting.

ARTIKEL X

Voor de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is de verzekerde de eerste drie perioden van vier weken in 1997 niet de bijdrage van f 10,- per uur verschuldigd. Hiertoe is besloten omdat de LVT heeft aangegeven dat 1 januari 1997 te kort dag is voor de instellingen voor thuiszorg om voor de onderdelen van het kruiswerk die in de nieuwe aanspraak op thuiszorg opgaan, over te gaan op een urenadministratie. In plaats daarvan is door de LVT 1 april 1997 als mogelijk invoeringsmoment genoemd. Echter, omdat de administratie van de thuiszorg uitgaat van perioden van vier aaneengesloten weken en 1 april midden in een vierwekelijkse periode ligt, heeft de LVT daarbij gewezen op de wenselijkheid de ingangsdatum af te stemmen op die vierwekelijkse periode. Daarom is als ingangsdatum de eerste dag van de vierde vierwekelijkse periode gekozen, te weten 24 maart 1997. Tot die datum is de bijdrage niet verschuldigd.

Voor de gezinsverzorging gold bedoelde bijdrage al in het kader van de subsidieregeling. Voor de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder b, van voornoemd besluit kan deze dus zonder bezwaar voor de uitvoeringspraktijk per 1 januari 1997 worden ingevoerd.

ARTIKEL XI

Bij de raming van de opbrengst was uitgegaan van invoering per 1 januari 1997 van de eigen bijdrage van f 10,- ook voor de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Het opbrengstverlies dat optreedt door de vertraagde invoering van de urenbijdragen bij de voormalige kruiswerk-onderdelen wordt geraamd op ongeveer f 16 mln. Om de opbrengst ondanks de latere invoering toch te halen, zijn de bedragen in artikel 16c voor het jaar 1997 verhoogd. Als compensatie is de toegangsbijdrage voor het jaar 1997 vastgesteld op f 55,-. Dit werkt ook door in de «boete-bedragen» die zijn afgeleid van de toegangsbijdrage. De opbrengst van deze verhoging bedraagt, uitgaande van ongeveer 3,3 mln contribuanten in de thuiszorg, naar schatting f 16,5 mln.

ARTIKEL XII

Alleen de instellingen die in het kader van de AWBZ volledig de zorg, bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, verlenen, zijn ingevolge artikel 35 van dat besluit als toegelaten aangemerkt.

De onderhavige bepaling voorziet in een overgangsregeling voor de instellingen die op 31 december 1996 als kruisorganisatie waren toegelaten of die op die datum als instellingen voor gezinsverzorging werden gesubsidieerd. Indien deze instellingen per 1 januari 1997 nog niet alle onderdelen van de nieuwe aanspraak thuiszorg uitvoeren, zijn zij toch op grond van artikel XII tot 1 januari 1998 als toegelaten aangemerkt. Aangezien deze instellingen, die niet vallen onder de in artikel 35 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering geregelde categorale toelating van «nieuwe» thuiszorginstellingen, met deze bepaling afzonderlijk als toegelaten zijn aangemerkt, blijft de contracteerplicht ingevolge artikel 45, eerste lid, van de AWBZ van kracht en geldt voor uitvoeringsorganen tot 1 januari 1998 de verplichting om met deze instellingen een overeenkomst te sluiten. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat een instelling die aan beide leden voldoet op basis van beide leden als toegelaten is aangemerkt. Op basis van beide leden geldt dan ook nog de contracteerplicht gedurende het jaar 1997.

ARTIKEL XIII

Voor een toelichting op deze bepaling, zij verwezen naar onderdeel 4 van het algemeen deel van de toelichting. Daar wordt ingegaan op de consequenties van de invoering van onafhankelijke indicatiebeoordeling voor de huidige, door voormalige kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging verrichte indicatiestelling.

ARTIKEL XIV

Aangezien het niet de bedoeling is om verzekerden die voor 1 januari 1997 al zorg van een kruisorganisatie of een instelling voor gezinsverzorging genoten, opnieuw, reeds op 1 januari 1997, te onderwerpen aan een indicatiebeoordeling, is in artikel XIV geregeld dat het besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging op deze verzekerden tot een nader te bepalen tijdstip, niet van toepassing is. Hiertoe is besloten omdat het geen aanbeveling verdient deze verzekerden hiermee te belasten. Ook zou dit voor de indicatieorganen een te grote last inhouden.

ARTIKEL XV

Met deze bepaling wordt geregeld dat voor de kraamcentra die op 31 december 1996 ingevolge artikel 8a van de Ziekenfondswet individueel waren toegelaten, nog een jaar de contracteerplicht geldt.

ARTIKEL XVI

Voor een toelichting hierop, zij verwezen naar de toelichting op het onder artikel II vermelde artikel 16g van het Bijdragebesluit zorg.

ARTIKEL XVI

Het is de bedoeling dat het onderhavige besluit in werking treedt met ingang van 1 januari 1997.

Ingevolge artikel 6, achtste lid, van de AWBZ moeten wijzigingen van de aanspraken op zorg zoals die geregeld zijn in het Besluit zorgaanspraken

bijzondere ziektekostenverzekering aan de beide Kamers der Staten-Generaal worden voorgelegd. Deze wijzigingen treden in werking op een tijdstip dat, nadat dertig dagen na de overlegging zijn verstreken, bij koninklijk besluit wordt vastgesteld, tenzij binnen die termijn door of namens een der Kamers de wens te kennen wordt gegeven dat het in de algemene maatregel van bestuur geregelde onderwerp bij wet wordt geregeld. Deze voorhangbepaling houdt in dat met betrekking tot artikel 1 het tijdstip van inwerkingtreding niet in het onderhavige besluit kan worden bepaald. Aangezien de inwerkingtreding van de overige bepalingen daarmee samenhangt, is geregeld dat het besluit in werking treedt op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Geregeld is dat de diverse artikelen en onderdelen van artikelen van dit besluit op verschillende tijdstippen in werking kunnen treden. Hiervoor is gekozen om de volgende reden.

Met LVT en Zorgverzekeraars Nederland is overleg gevoerd over de knip in de thuiszorg. Daarbij ging het in het bijzonder om het bedrag dat gemoeid is met de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg en dat uit de AWBZ-middelen naar de financiële kaders van het tweede verzekeringscompartiment wordt overgebracht. Zoals in het Jaaroverzicht Zorg 1997 vermeld staat, zou voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg een bedrag van f 160 mln vanuit de AWBZ naar het tweede compartiment worden overgeheveld.

Tijdens overleg bleek dat de LVT het bedrag van f 160 mln, dat uit de middelen voor de AWBZ-thuiszorg afkomstig is, te hoog vindt. Uit onderzoek dat in opdracht van de LVT is uitgevoerd, zou blijken dat voor deze vorm van thuiszorg een bedrag dat niet groter is dan tussen de f 75 mln en f 90 mln uit de AWBZ gelicht dient te worden. Zorgverzekeraars Nederland is daarentegen van mening dat, gelet op de onzekerheden rond het bedrag van f 160 mln, de ziekenfondsen in het kader van de ziekenfondsbudgettering geen financieel risico dienen te lopen.

Aangezien een betrouwbare onderbouwing van het over te hevelen bedrag voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg niet beschikbaar is, is aan de hoogleraren Van Montfort en De Kam nog gevraagd terzake een oordeel te geven. Op basis van het beperkt beschikbare cijfermateriaal hebben zij geadviseerd de omvang van het uit de AWBZ te lichten bedrag op f 90 mln te bepalen. Bij hun advies speelde tevens een rol dat indien een te groot bedrag uit de AWBZ zou worden overgeheveld, de middelen voor de AWBZ-thuiszorg te beperkt zouden zijn, waardoor de hulpverlening aan mensen die langdurig thuiszorg nodig hebben in het gedrang zou kunnen komen.

Alles afwegend is besloten voor de knip in de thuiszorg in 1997 een bedrag van f 90 mln uit de AWBZ te lichten en dit bedrag toe te voegen aan de middelen voor het tweede verzekeringscompartiment. Het jaar 1997 zal worden gebruikt om meer en betere gegevens over de omvang van de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg te verkrijgen, zodat voor 1998 een duidelijk en betrouwbaar beeld bestaat over de hoogte van het bedrag dat met deze vorm van thuiszorg gemoeid is. Teneinde te voorkomen dat de ziekenfondsen in verband met de aanscherping van de ziekenfondsbudgettering in 1997 financieel risico lopen, heeft de regering er voor gekozen de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg in 1997 voor ziekenfondsverzekerden onder te brengen in een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad op grond van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Ziekenfondswet. Met ingang van 1 januari 1998 zal de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg dan als aanspraak in het pakket van de ziekenfondsverzekering worden opgenomen.

De ziekenhuisgerelateerde thuiszorg zal per 1 januari 1997 wel als onderdeel van het standaardpakket worden geregeld. Hiervoor is gekozen omdat de verzekeraars geen financieel risico lopen, aangezien ze voor het standaardpakket niet zijn gebudgetteerd. Er is dus geen grond om in het

kader van de Wtz af te wijken van de beslissing van het kabinet om de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg als aanspraak te regelen. Dit kan tot enige opwaartse druk leiden op de Wtz-omslagbijdrage voor 1998.

Deze besluitvorming heeft voor het onderhavige besluit de volgende consequenties. Met betrekking tot de Ziekenfondswet is de thuiszorg wel als aanspraak geregeld, doch bevorderd zal worden dat deze bepaling en de daarmee samenhangende bepalingen niet per 1 januari 1997 in werking zal treden, maar per 1 januari 1998.

Voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg in het standaardpakket zal bevorderd worden dat de bepaling terzake per 1 januari 1997 in werking treedt.

Ingevolge artikel 2, vijfde lid, van de Wtz dient de zakelijke inhoud van de voorgenomen wijziging van het standaardpakket (artikel VI van dit besluit) aan de beide Kamer der Staten-Generaal schriftelijk te worden medegedeeld. De wijzigingen treden niet eerder in werking dan nadat dertig dagen zijn verstreken na die mededeling. Door de procedure die op grond van artikel 6, achtste lid, van de AWBZ moet worden gevolgd, wordt ook aan de vereiste van artikel 2, vijfde lid, van de Wtz ruimschoots voldaan.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra

De Minister van Justitie a.i.,
H. F. Dijkstal

De Minister van Economische Zaken,
G. J. Wijers