



508

Besluit van 29 oktober 1997 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en enige andere besluiten in verband met flexibilisering van de aanspraken op zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 juli 1997, VPZ/VU-972600;

Gelet op de artikelen 6, eerste en derde lid, en 16, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en artikel 8, tweede lid, van de Ziekenfondswet;

De Raad van State gehoord (advies van 16 oktober 1997, no. W13.97.0447);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 oktober 1997, VPZ/VU-97 3846;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering¹ wordt gewijzigd als volgt:

A. Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het tweede en het derde lid worden vernummerd in het derde en het vierde lid en er wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidende:

2. De zorg, omschreven in artikel 20a, omvat de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder b tot en met e.

2. In het derde lid (nieuw) wordt «zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, vervangen door: zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, en het tweede lid.

B. In artikel 9, eerste lid, wordt «niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 20» vervangen door: niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 20 of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 20a.

C. De artikelen 20 tot en met 20e komen te luiden:

Artikel 20

1. Psychiatrische zorg te verlenen door een psychiatrisch ziekenhuis omvat:

- a. onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verpleging of verzorging gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychiatrische stoornis, al dan niet gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal,
- b. met een pleeggezin overeengekomen verpleging in dat gezin,
- c. begeleiding en verblijf gedurende het etmaal gericht op terugkeer in de samenleving, of
- d. behandeling en verblijf gedurende het etmaal gericht op herstel van een verstoring in het dagelijks functioneren als gevolg van psychosociale problemen.

2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder c, bestaat aanspraak gedurende twee jaren, indien te verwachten is dat de verzekerde na afloop van die termijn zelfstandig kan wonen dan wel kan verblijven in een regionale instelling voor beschermd wonen. Het verblijf kan tweemaal met zesentwintig weken worden verlengd.

3. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder d, bestaat aanspraak gedurende dertien weken, indien te verwachten is dat een ambulante behandeling voor de verzekerde niet of nog niet toereikend is. Op de zorg bestaat geen aanspraak, indien na beëindiging van een eerder verblijf nog geen zesentwintig weken zijn verstreken.

4. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20a

1. Zorg te verlenen door een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis omvat de zorg, bedoeld in artikel 20, eerste lid, onder a en b.

2. Indien de zorg, bedoeld in het eerste lid, gepaard gaat met verblijf, bestaat aanspraak gedurende dertien weken, indien te verwachten is dat die termijn voor de verzekerde voldoende is. Het verblijf kan eenmaal met dertien weken worden verlengd.

3. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20b

1. Zorg te verlenen door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg omvat ambulante psychosociale advisering en voorlichting, behandeling of begeleiding gericht op herstel of voorkomen van verergering van een verstoring in het psychosociaal functioneren.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20c

1. Zorg te verlenen door of vanwege een regionale instelling voor beschermd wonen omvat begeleiding gericht op het opbouwen en onderhouden van sociale relaties, het zich eigen maken van een dagritme

of het aanleren en toepassen van vaardigheden, al dan niet gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal.

2. De aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat indien de verzekerde ten gevolge van een psychiatrische stoornis beperkt is in zijn sociaal en zelfstandig functioneren.

3. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20d

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

2. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20e

1. Zorg te verlenen door een psychiatrische polikliniek omvat onderzoek of, gedurende maximaal twee uren per dag, behandeling.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

D. Na artikel 20e worden de artikelen 20f en 20g ingevoegd, luidende:

Artikel 20f

1. Psychiatrische deeltijdbehandeling te verlenen door een instelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling omvat onderzoek, behandeling, begeleiding of verzorging, gedurende ten minste vier aaneengesloten uren en ten hoogste acht uren per dag.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regelen worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 20g

1. Indien de zorg, bedoeld in artikel 20d onderscheidenlijk artikel 20e, psychotherapeutische behandeling betreft, bestaat aanspraak op ten hoogste negentig zittingen van ten hoogste vijfenveertig minuten per zitting bij individuele psychotherapie, van ten hoogste negentig minuten per zitting bij partner-relatie psychotherapie en van ten hoogste honderd-twintig minuten per zitting bij gezins- en groepspsychotherapie.

2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat geen aanspraak, indien na beëindiging van een voorafgaande psychotherapeutische behandeling in verband met het bereiken van het aantal zittingen, bedoeld in het eerste lid, nog geen tweeënvijftig weken zijn verstreken.

E. In artikel 35 wordt «20c» telkens vervangen door: 20d

ARTIKEL II

Het Bijdragebesluit zorg² wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 1, eerste lid, onder d, wordt «20, eerste lid, 20b» vervangen door: 20, 20a, 20c.

B. In artikel 13 wordt «20b» vervangen door: 20c.

C. In artikel 16, onder a, wordt «20a, 20c, 20d» vervangen door: 20b, 20d, 20e.

D. In artikel 16a wordt «20a, 20c, 20d» vervangen door: 20b, 20d, 20e.

E. In artikel 16f wordt «20a, 20c en 20d» vervangen door: 20b, 20d en 20e.

F. Artikel 17 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt «artikel 20» vervangen door «de artikelen 20 en 20a» en wordt «of 20» vervangen door: 20 of 20a.

2. In het tweede lid wordt «of 20» vervangen door: 20 of 20a.

3. In het derde lid wordt «verblijf in een herstellingsoord, behorende tot de instelling» vervangen door: zorg als bedoeld in artikel 20, eerste lid, onder d, van het Besluit.

ARTIKEL III

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering³ wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 2 wordt «de artikelen 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, eerste lid, voor zover het betreft opname en verder verblijf in een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis, 20a, 21, 22, 23, 24, 25, 26a, 27 en 28» vervangen door: de artikelen 4, 10 tot en met 15, 20 tot en met 20f en 21 tot en met 28.

B. In artikel 3, tweede lid, wordt «Onze Minister wijst» vervangen door: Onze Minister wijst telkens voor een periode van vier jaren.

C. In artikel 5 wordt «20, voor zover het betreft opname en verder verblijf in een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis» vervangen door: 20, 20a.

D. In artikel 7 vervalt het tweede lid en wordt het derde lid vernummerd in het tweede lid.

ARTIKEL IV

In artikel 10, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering⁴ wordt «20a, 20d en 20e» vervangen door: 20b, 20e en 20f.

ARTIKEL V

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

¹ Stb. 1993, 26, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 augustus 1997, Stb. 388.

² Stb. 1996, 486, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 augustus 1997, Stb. 388.

³ Stb. 1983, 253, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 augustus 1997, Stb. 388.

⁴ Stb. 1996, 93, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 augustus 1997, Stb. 388.

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vierde lid, onder b, van de Wet op de Raad van State, omdat het zonder meer instemmend luidt.

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

's-Gravenhage, 29 oktober 1997

Beatrix

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

Uitgegeven de *elfde* november 1997

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Sinds de tachtiger jaren worden er mogelijkheden gezocht om binnen de verzekering op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te komen tot een meer flexibel zorgaanbod waardoor aan hen die zorg behoeven, meer op maat toegesneden zorg, de zogenoemde zorg-op-maat, kan worden geboden.

Teneinde in de praktijk de ontwikkeling van een beheersbaar flexibel zorgaanbod mogelijk te maken, zijn de afgelopen jaren in de sectoren geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging subsidieregelingen vastgesteld ingevolge artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv).

In het kader van de in het verleden voorgenomen stelselwijziging ziektekostenverzekeringen was het voornemen de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de AWBZ, functiegericht te omschrijven. Een belangrijke doelstelling van die functiegerichte omschrijvingen was de bevordering van een flexibele en doelmatige organisatie van zorgverlening, waarin de zorgvraag centraal zou staan en die zou leiden tot zorg-op-maat. Door de aanspraken op zorg functiegericht te omschrijven, zou tevens de zorg die op grond van de subsidieregelingen gefinancierd werd, onder de AWBZ-aanspraken zijn gebracht.

In het regeerakkoord 1994 is ten aanzien van de beoogde stelselwijziging ziektekostenverzekeringen een gewijzigde koers ingezet. In het regeerakkoord is vastgelegd dat de AWBZ zich zal richten op onverzekerbare risico's en dat langdurige zorgvoorzieningen ten laste van de AWBZ-verzekering worden bekostigd (kamerstukken II 1993/94, 23 715, nr. 11). In de nota «zorg in het regeerakkoord» (kamerstukken II 1994/95, nrs. 1-2) van 20 maart 1995, waarin de voornemens van het regeerakkoord zijn uitgewerkt, is ten aanzien van de AWBZ aangegeven dat er sprake zal zijn van een strakke aanbodregulering en macrokostenbeheersing via de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Dit houdt in dat er geen sprake meer is van functiegerichte maar van voorzieningsgerichte omschrijvingen. Doelmatigheid en zorg-op-maat blijven echter essentiële uitgangspunten.

Het niet doorgaan van invoering van functiegerichte omschrijvingen, maakte nodig dat opnieuw bezien moest worden hoe de mogelijkheden van zorg-op-maat binnen de AWBZ-aanspraken zouden moeten worden vergroot.

De Ziekenfondsraad heeft daartoe in 1994 een rapport inzake «Wettelijke regeling niet-voorziening gebonden zorgaanspraken binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten» (uitgave Ziekenfondsraad 1994, nr. 650) uitgebracht. De Raad stelde in dat rapport voor een niet-voorzieningsgebonden zorgaanspraak te introduceren in de sectoren geestelijke gezondheidszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten. Daarbij zou dan enerzijds gestreefd moeten worden naar de handhaving van de voordelen van substitutie en zorgvernieuwing, anderzijds zouden de nadelen van de subsidieregelingen zoveel mogelijk moeten worden uitgebannen. De Ziekenfondsraad gaf twee opties. De ene optie ging uit van de toegelaten aanbieders die een flexibel zorgpakket zouden moeten kunnen aanbieden. De andere optie ging uit van de mogelijkheid dat ook niet toegelaten zorgaanbieders een flexibel pakket zouden kunnen aanbieden.

In de nota «zorg in het regeerakkoord» werd het standpunt ingenomen dat alle inmiddels ontstane regelingen voor zorg-op-maat per sector

geïntegreerd moesten worden in zorgvernieuwingsfondsen. Vanuit deze zorgvernieuwingsfondsen zou een flexibel aanbod geleverd kunnen worden.

Met de brieven van 8 december 1995 (kamerstukken II 1995/96, 24 333, nr. 5), 12 januari 1996 (kamerstukken II 1995/96, 24 404, nr. 16), 6 mei 1996 (kamerstukken II 1995/96, nr. 24 404, nr. 19) en 29 januari 1997 (kamerstukken II 1996/97, 25 000 XVI, nr. 47) aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, is de verdere koers uiteengezet, die ingezet zal worden om te komen tot een flexibeler zorgaanbod, zorg-op-maat, in de AWBZ. Over deze koers is op 20 december 1995 (kamerstukken II 1995/96, 24 404, nr. 17), 23 januari 1996 (kamerstukken II 1995/96, 24 404, nr. 18), 10 juni 1996 (kamerstukken II 1995/96, 23 235 en 24 333, nr. 24) en 20 juni 1996 (kamerstukken II 1995/96, 24 333, nr. 18) overleg gevoerd met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer.

Het overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ertoe geleid dat de regering uiteindelijk heeft afgezien van het invoeren van zorgvernieuwingsfondsen, maar ervoor heeft gekozen zorg-op-maat mogelijk te maken binnen de bestaande voorzieningsgerichte aanspraken. Hierop wordt onder 2.2. verder ingegaan. Alleen voor zorgvernieuwende projecten zal de mogelijkheid van subsidiëring bestaan. Gedacht wordt aan het ter beschikking stellen van een ontwikkelingsbudget waaruit zorgvernieuwende projecten worden gesubsidieerd.

Bij brieven van 25 maart 1997, VPZ/VU-971143, PBZ/PIZB-97141 en VPZ/P-971143, zijn de voornemens aan de Ziekenfondsraad, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg) voorgelegd met het verzoek hierover een oordeel te geven vanuit het oogpunt van de uitvoering.

In het rapport inzake zorg-op-maat in de AWBZ van de Ziekenfondsraad van 22 mei 1997 (uitgave Ziekenfondsraad 1997, nr. 748) is de Raad van mening dat met de gedane voorstellen zorg-op-maat kan worden verwezenlijkt, mits voldaan wordt aan een aantal voorwaarden. Invoering moet naar de mening van de Raad niet eerder plaatsvinden dan nadat zeker is dat een en ander binnen het verzekeringssysteem verantwoord kan worden uitgevoerd. Daarvoor is nodig dat er inzichtelijkheid en controleerbaarheid bestaat. Volgens de Raad is hiervoor nodig dat een op de zorgonderdelen afgestemd landelijk dekkend registratiesysteem en een op zorgonderdelen afgestemd Wtg-systeem wordt geïntroduceerd. Daarnaast acht de Raad het van belang dat volstreekte duidelijkheid bestaat over de wijze waarop de uitvoeringsorganisatie per 1 januari 1998 gestalte krijgt.

Voor de ouderenzorg acht de Raad het van belang dat eerst de discussie over flexibele zorgaanspraken binnen het Overleg Verzorgingshuizen en Zorginhoudelijke Aangelegenheden wordt afgerond. In dit verband is er samenhang met het overgangstraject tot het jaar 2001 met betrekking tot de zorg die verleend wordt door verzorgingshuizen.

Bij brief van 11 juli 1997, VPZ/VU-972601, is de Tweede Kamer geïnformeerd over de concretisering van de beleidsvoornemens tot zorgvernieuwing binnen de AWBZ.

In deze brief is medegedeeld, dat gekozen is voor een gefaseerde invoering van de regeringsvoorstellen, te beginnen met de sector geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 1998. Voor deze gefaseerde invoering is gekozen omdat voor de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 1998 aan de hiervoor genoemde voorwaarden kan worden voldaan. Tevens kan met ingang van die datum worden voldaan aan de voor de regering noodzakelijke voorwaarde dat de garantie bestaat dat

een flexibeler zorgaanbod kan worden ingevoerd zonder dat dit leidt tot kostenverhoging. Ik zal de invoering van de maatregelen zorgvuldig begeleiden. Tevens zal ik de Ziekenfondsraad vragen een evaluatietraject in te zetten.

2. Geestelijke gezondheidszorg

2.1. Relatie met de Wet tarieven gezondheidszorg

Zoals hiervoor is aangegeven, is naast de aspecten die de Ziekenfondsraad noemt, een voorwaarde, dat de invoering van de maatregel budgettair neutraal plaatsvindt. Omdat uitgegaan wordt van bestaande instellingen waarvoor een vastgesteld Wtg-budget geldt, is er een waarborg voor kostenbeheersing. In de sector geestelijke gezondheidszorg is deze budgettaire neutraliteit in sterkere mate gewaarborgd, omdat daar vanaf 1 januari 1996 een systeem van budgetmaximering geldt. Dit systeem houdt in dat het budget in het jaar t in beginsel niet kan toenemen ten opzichte van het jaar t-1 (exclusief toegestane aanpassingen). Het zorg-op-maat-budget valt ook onder de budgetmaximering, waardoor de opname in het Wtg-budget van de zorg-op-maat-gelden geen macro-overschrijding kan veroorzaken. Uiteraard wordt per 1 januari 1998 aan het Wtg-budget het bedrag dat voor de zorg-op-maat-subsidieregeling geestelijke gezondheidszorg beschikbaar was, toegevoegd aan de budgetten van de instellingen, voor zover het gaat om zorg die aan het AWBZ-pakket wordt toegevoegd. De macrokosten nemen daardoor niet toe.

De Ziekenfondsraad stelt in zijn rapport dat vaststelling van richtlijnen op grond van de Wtg een absolute voorwaarde is om tot invoering van deze maatregel over te gaan. Gezien het rapport van het Cotg van 19 juni 1997, Ba/tbk/A/97/072, is vaststelling van een richtlijn voor de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 1998 haalbaar. Het Cotg zal dan ook worden verzocht een richtlijn op te stellen.

Het Cotg gaat in zijn rapport in op de rol van partijen. Dat rapport, maar ook recent met de aanbieders, de patiënten/cliënten en de zorgverzekeraars gevoerd overleg, heeft mij tot de opvatting gebracht dat het aanbeveling verdient de positie van de verbindingskantoren in het kader van de uitvoering van de zorg-op-maat in de geestelijke gezondheidszorg te versterken. Ik stel mij daarbij de volgende lijn voor.

Het is in de eerste plaats van belang dat genoemde partijen een landelijk protocol opstellen ten aanzien van de zorg-op-maat. Dit protocol zal richtsnoer dienen te zijn bij het omgaan met zorg-op-maat in de regio. Het verbindingskantoor heeft bij het sluiten van de overeenkomst een beslissende stem, zodat zorg-op-maat-voorstellen die niet passen binnen de opvattingen van de regio niet voor financiering in aanmerking zullen komen. Het is immers niet de bedoeling dat zorg-op-maat de uitsluitende verantwoordelijkheid van de aanbieder zal zijn. Het verbindingskantoor, dat, zoals hierna zal worden geschetst, veel meer de rol zal dienen te krijgen van orgaan dat zorgt voor onderlinge samenhang en afstemming enerzijds en voor een adequate aanwending van de voor de regio beschikbare middelen anderzijds, krijgt op deze wijze een meer gezaghebbende stem. In de Wtg-richtlijnen wordt daarnaast als voorwaarde opgenomen dat de instemming nodig is van het verbindingskantoor met de wijze waarop het budgetonderdeel zorg-op-maat zal worden besteed, alvorens de middelen tot besteding kunnen worden gebracht. Indien tussen de aanbieder en het verbindingskantoor geen overeenstemming wordt bereikt, kan een arbitragecommissie het geschil beslechten. Een dergelijke arbitrage kan door partijen worden overeengekomen en

vastgelegd in de tussen aanbieders en verzekeraars overeen te komen uitkomst van overleg. De uitkomst van overleg is geregeld in hoofdstuk VI van de AWBZ. De arbitrage bindt partijen. Afhankelijk van de beslissing van deze commissie kan de instelling, indien deze in het gelijk wordt gesteld, uitvoering geven aan de voorgestane invulling van de zorg-op-maat. Indien het verbindingskantoor in het gelijk wordt gesteld, wordt het budget van de instelling gekort en kan het verbindingskantoor met een andere toegelaten aanbieder een afspraak over zorg-op-maat maken. Indien ook het contracteren van een andere aanbieder, binnen of buiten de regio, niet mogelijk blijkt, worden de resterende middelen toegevoegd aan het ontwikkelingsbudget en kan dit worden aangewend voor zorgvernieuwing, los van de bestaande aanspraken en los van de toegelaten aanbieders.

De hiervoor beschreven procedure geldt niet voor regio's met het predikaat «zorgvernieuwing regio». Zoals ik in mijn brief 24 juni 1997 aan de Tweede Kamer (kamerstukken II 1996/97, 25 424, nr. 1) heb aangegeven zijn zorgvernieuwing regio's, regio's die voldoen aan een aantal door het Landelijke Overleg Zorgvernieuwing opgesteld en door mij overgenomen criteria op het gebied van samenwerking en zorgvernieuwing en die tevens een door verzekeraars en cliënten ondersteund beleidsplan hebben, waaruit blijkt dat zij binnen vier jaren een regionaal geïntegreerd aanbod realiseren. Deze regio's verleen ik het predikaat van zorgvernieuwing regio. Voor deze regio's zal ik bezien op welke wijze ik eventuele belemmeringen voor verdere zorgvernieuwing kan wegnemen, opdat zij een voorbeeldfunctie voor andere regio's kunnen hebben.

In Cotg-verband zijn partijen het eens geworden over de omvang van het budgetonderdeel voor zorg-op-maat. Een deel van de in de aanvaardbare kosten opgenomen loon- en materiële kosten wordt ingezet voor zorg-op-maat. De hoogte van het daarvoor aan te wenden bedrag zal in het regionaal overleg worden vastgesteld. Als minimumpercentage geldt daarbij in beginsel 5% van de in de Wtg-richtlijn aanvaardbare kosten 1997 opgenomen loon- en materiële kosten.

Het uitvoeringsmodel vormt een prikkel om het predikaat zorgvernieuwing regio te verwerven.

Het jaar 1998 zal worden gebruikt om de producten die naast de voorzieningsgerichte aanspraken geleverd worden van een adequate prijs te voorzien. Dit maakt een goede berekening van de kosten mogelijk. Daarnaast zal door dit systeem van productprijzen een adequate registratie van geleverde prestaties worden bevorderd.

2.2 Vormgeving flexibele aanspraak geestelijke gezondheidszorg/ gevolgen voor subsidiëring

De Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad zorg-op-maat geestelijke gezondheidszorg zoals die tot 1 januari 1998 gold, had betrekking op vier elementen. In de eerste plaats gaf de regeling de formele basis voor substitutie waardoor instellingen zorg-op-maat vanuit de eigen budgetten konden bieden. In de tweede plaats voorzag de subsidieregeling in extra gelden voor zorgvernieuwing waarbij regionale contactkantoren projecten voor zorg-op-maat konden financieren. In de derde plaats omvatte de subsidieregeling geormerkte gelden voor maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en dagactiviteitencentra. In de vierde plaats gaf de subsidieregeling de mogelijkheid van een experiment met persoonsgebondenbudgetten.

De zorg-op-maat zoals die op grond van de subsidieregeling werd vergoed, hield in dat de instellingen niet alleen de integrale verstrekking mochten leveren, maar ook delen daaruit. Zo kon het psychiatrische ziekenhuis ook psychiatrische behandelingen bij verzekerden thuis leveren. Het systeem dat nu in de aanspraak is vastgelegd, gaat uit van

hetzelfde principe. Dit kon nu zo worden geregeld omdat de zorg-op-maat zoals die op basis van de subsidieregeling werd geleverd, een gebruikelijk onderdeel van de zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg is geworden.

De zorg-op-maat is binnen de AWBZ-aanspraak met dit besluit mogelijk gemaakt door de omschrijvingen van de zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zo te wijzigen dat tot uitdrukking komt dat de in de omschrijving aangeduide instellingen de in de omschrijving opgesomde zorgonderdelen afzonderlijk dan wel in verschillende combinaties voor rekening van de AWBZ-verzekering kunnen aanbieden en dat de verzekerde, met inachtneming van artikel 9b, derde lid, van de AWBZ, op een of meer van de onderdelen aanspraak heeft. Het gaat daarbij om de onderdelen: onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verzorging, verpleging en verblijf. Doordat de onderdelen zowel apart als in verschillende combinaties met elkaar kunnen worden geboden, kan zorg-op-maat worden verleend. Alleen het verblijf kan niet los verleend worden, dat moet altijd in combinatie met een van de andere zorgonderdelen verleend worden. Daarom is geformuleerd dat er aanspraak bestaat op onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verzorging óf verpleging, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat de hiervoor aangegeven zorgonderdelen niet door elke AWBZ-instelling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kan worden verleend. Daarom is daarnaast nog op een andere wijze het zorgaanbod geflexibiliseerd. De instellingen, die op zich slechts die zorgonderdelen voor rekening van de AWBZ-verzekering kunnen verlenen waarvoor zij op grond van artikel 8 van de AWBZ zijn toegelaten, kunnen gaan samenwerken met instellingen die voor het verlenen van andere zorg waarop aanspraak bestaat, zijn toegelaten.

Met de gewijzigde omschrijvingen van de aanspraken zijn ook de activiteiten van de dagcentra onder de aanspraken gebracht. Het is echter niet de bedoeling om nieuwe aanspraken te creëren, waardoor aanbieders die tot op heden niet toegelaten werden, zoals de dagactiviteitencentra, voor rekening van de AWBZ-verzekering zorg kunnen gaan verlenen. Deze instellingen worden dan ook niet in de opnieuw geformuleerde aanspraken genoemd. Niet-toegelaten instellingen die op basis van de subsidieregeling zorg leverden, kunnen slechts zorg voor rekening van de AWBZ-verzekering leveren voor rekening en verantwoording van toegelaten instellingen. Dit geldt ook voor de dagactiviteitencentra. Deze instellingen kunnen slechts hun werkzaamheden voor rekening van de AWBZ voortzetten door te gaan samenwerken met toegelaten instellingen die die activiteiten voor rekening van de AWBZ mogen verstrekken. De toegelaten instellingen zijn dan verantwoordelijk voor de uitvoering en de financiering van het zorgaanbod dat geleverd wordt.

Met dit besluit zijn niet de maatschappelijke opvang, de openbare geestelijke gezondheidszorg en het persoonsgebonden budget onder de aanspraak gebracht. Deze zullen worden ondergebracht in een nieuwe door de Ziekenfondsraad op te stellen subsidieregeling. De gelden die daarmee gemoeid zijn, zullen dus ook niet naar de budgetten van de instellingen worden overgeheveld. Voorts zal van de gelden die tot 1 januari 1998 met de subsidieregeling gemoeid waren, een beperkt bedrag voor zorgvernieuwend projecten gereserveerd blijven. Deze gelden zullen ondergebracht worden in een ontwikkelingsbudget, waaruit zorgvernieuwend projecten kunnen worden gesubsidieerd.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de inhoud en omvang van de aanspraken op geestelijke gezondheidszorg die ten laste van de

AWBZ-verzekering komen, geheel bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven. Alleen de voorwaarden waaronder de aanspraak tot gelding kan worden gebracht, zoals verwijzing, het moeten indienen van een behandelplan en voorafgaande toestemming, worden zonnodig nog bij ministeriële regeling vastgesteld. Het gaat hierbij om meer procedurele voorwaarden. Indicatievoorwaarden zijn, voor zover relevant, wel met dit besluit geregeld.

Het vorenstaande betekent dat bij inwerkingtreding van dit besluit de artikelen 14 tot en met 22 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ zullen vervallen.

2.3. Bijdragen in de kosten

Op grond van artikel 17 van het Bijdragebesluit zorg is voor verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis gedurende het eerste jaar geen bijdrage in de kosten verschuldigd. Een uitzondering hierop vormt de zorg die met dit besluit in artikel 20, eerste lid, onder d, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is omschreven. Het betreft zorg die met ingang van 1 juli 1996 onder de AWBZ-aanspraken is gebracht en beschreven werd als opneming en verder verblijf in een herstellingsoord. Voor 1 juli 1996 werd deze zorg door de Ziekenfondsraad op grond van artikel 39, derde lid, onder h, Wfv gesubsidieerd. Omdat de zorg in een herstellingsoord kortdurende klinische behandeling betreft, die veel overeenkomsten vertoont met zorg die binnen psychiatrische ziekenhuizen wordt verleend, is toen besloten deze zorg onder de verstrekkende psychiatrische ziekenhuisverpleging te brengen. Daar kwam bij dat nagenoeg alle herstellingsoorden waren gefuseerd met psychiatrische ziekenhuizen. Inmiddels is dit proces afgerond. De gelden die met de gesubsidieerde zorg gemoeid waren, zijn per 1 juli 1996 aan de gelden voor psychiatrische ziekenhuizen toegevoegd. De reden dat de zorg apart is omschreven, heeft voornamelijk te maken met het feit dat voor die zorg vanaf de eerste dag de bijdrage op grond artikel 4 of 14 van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd is. Voor het overige verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is pas vanaf de 366e dag deze bijdrage verschuldigd. Met de invoering van een bijdrage vanaf de eerste dag is hetgeen door de Ziekenfondsraad in de subsidieregeling was bepaald, om budgettaire redenen gecontinueerd. Het feit dat voor het overige verblijf in psychiatrische ziekenhuizen pas vanaf de 366e dag een bijdrage verschuldigd is, vloeit voort uit het feit dat het verblijf korter dan 366 dagen vóór 1 januari 1989 onderdeel uitmaakte van het ziekenfondspakket. Bij de overheveling naar de AWBZ per 1 januari 1989 is besloten daar geen wijziging in te brengen. Op dit moment beraadt de regering zich op mogelijkheden om dit verschil op te heffen, zonder dat dit leidt tot opbrengstverlies. Vooralnog wordt dit verschil om budgettaire redenen gehandhaafd.

Een ander probleem is dat in de subsidieregelingen zorg-op-maat van de Ziekenfondsraad deels van het Bijdragebesluit zorg afwijkende bijdragesystemen golden. Voor gehuwde verzekerden was de bijdrage op grond van artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd. Voor ongehuwde verzekerden gold een vaste bijdrage waarvan de hoogte afhing van de leeftijd. De bijdrage varieerde van f 10,- per dag voor een verzekerde van 18 jaar tot f 31,- per dag voor een verzekerde van 23 jaar en ouder. De Ziekenfondsraad stelt voor dit systeem van bijdragen in te voeren voor zorg-op-maat-verblijf. Daarbij gaat het volgens de Raad om kortdurend of intermitterend verblijf.

De regering is van mening dat het voorstel van de Ziekenfondsraad niet moet worden overgenomen. Het streven is er juist op gericht om te komen tot een harmonisatie van de verschillende bijdragesystemen. Het invoeren van een nieuwe variant verdient daarom geen voorkeur.

Het hiervoor beschreven systeem was ook geregeld in de subsidie-regeling zorg-op-maat geestelijke gezondheidszorg. Deze bijdrage is echter in de praktijk nooit geheven omdat onder deze subsidieregelingen geen zorg-op-maat met verblijf is verleend. Voor de geestelijke gezondheidszorg leidt het niet overnemen van dit voorstel derhalve niet tot opbrengstverlies. Voor de andere sectoren geldt al een bijdrage in de kosten vanaf de eerste dag van opname. Bij de invoering van zorg-op-maat in die sectoren zal deze kwestie opnieuw in ogenschouw genomen worden.

2.4. Uitvoeringsorganisatie

Met ingang van 1 januari 1989 zijn in het kader van de toen beoogde stelselwijziging ziektekostenverzekeringen een aantal verstrekkingen overgeheveld van het ziekenfondspakket naar het AWBZ-pakket. Ook de psychiatrische zorg die onderdeel uitmaakte van het ziekenfondspakket is daarbij overgeheveld.

Een onderdeel van de stelselwijziging ziektekostenverzekeringen was de geleidelijke afschaffing van de verplichte inschakeling van verbindingkantoren en het Centraal Administratiekantoor (CAK). Ingevolge artikel XIII van de Wet houdende invoering van een gedeeltelijke nominale premie in de ziekenfondsverzekering, uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede daarmee samenhangende wijzigingen in enige andere wetten en regelingen met betrekking tot de sociale zekerheid en belastingwetgeving (Stb. 1988, 610) was artikel 16, eerste lid, van de AWBZ, de basis voor de verbindingskantoorconstructie en het inschakelen van het CAK, niet van toepassing op zorg die op of na 1 januari 1989 aan het AWBZ-pakket werd toegevoegd. De psychiatrische ziekenhuiszorg die al onder de AWBZ als aanspraak was geregeld, is toen eveneens buiten de werkingssfeer van dit artikel gebracht, om de uitvoering van een zo groot mogelijk deel van de psychiatrie in één hand te leggen. Alleen voor de Riagg en de psychiatrische zorg in algemene en academische ziekenhuizen was artikel 16, eerste lid, van de AWBZ van toepassing gebleven.

De regering heeft een gewijzigde koers ingezet en besloten om de verbindingkantoren en het CAK weer werkzaamheden met betrekking tot in beginsel alle onder de AWBZ-aanspraken vallende zorg te laten verrichten. In verband daarmee is met de Overgangswet verzorgingshuizen artikel XIII van genoemde wet komen te vervallen.

Met dit besluit is de werkingssfeer van artikel 16, eerste lid, van de AWBZ in verband met het vorenstaande weer uitgebreid tot het hele terrein van de AWBZ, met uitzondering van, vooralsnog, het verblijf in een ziekenhuis of revalidatie-instelling na 365 dagen (artikelen 9 en 19 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering), omdat het hier gaat om een beperkt aantal gevallen per jaar. Hiermee wordt tevens voldaan aan de voorwaarde van de Ziekenfondsraad dat er een duidelijke uitvoeringsstructuur moet komen. Immers, de verbindingskantoorconstructie zal voor de gehele geestelijke gezondheidszorg in het kader van de AWBZ gaan gelden, onder andere ook voor de vrijgevestigde psychiater en de Paaz'en.

Naast dit formele aspect dat betrekking heeft op de werkingssfeer, is ook de inrichting van deze uitvoeringsstructuur van belang. Het gaat daarbij om de wijze waarop het verbindingskantoor zijn werkzaamheden verricht. Dit is van belang, omdat de ontwikkelingen ten aanzien van in de AWBZ, noodzakelijk maken dat de uitvoeringsorganisatie in toenemende mate een andere rol zal dienen te vervullen. Het gaat hierbij enerzijds om de veranderingen in de toegang tot de zorg, de onafhankelijke en integrale indicatiestelling. Anderzijds is daarbij relevant de wens om steeds meer,

ook in de AWBZ, zorg-op-maat mogelijk te maken. Daar komt bij dat steeds meer mensen op de zorg waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat, aangewezen zullen zijn. Voor de AWBZ gelden echter ook strakke financiële kaders. Voor de verbindingkantoren betekenen deze ontwikkelingen dat zij in toenemende mate samen met verzekerden, aanbieders en, waar sprake is van een toenemende vermaatschappelijking van de zorg, ook met de lagere overheden zullen moeten zoeken naar de voor de verzekerde, gegeven de genoemde randvoorwaarden, best passende oplossing. Anders gezegd, het verbindingskantoor zal om aan deze ontwikkelingen sturing te kunnen geven, zich moeten transformeren van verbindingskantoor tot zorgkantoor. Om dit te bereiken, staat, als eerste stap, de volgende aanpak voor ogen.

In de eerste plaats dient het verbindingskantoor te worden geprikkeld tot een doelmatige uitvoering. Met het oog hierop is met dit besluit in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering geregeld dat een aanwijzing slechts zal gelden voor vier jaar. Daarmee wordt een soort concessiestelsel geïntroduceerd voor de uitvoering van de AWBZ. De periode van vier jaar geeft de mogelijkheid om te onderzoeken of het desbetreffende verbindingskantoor zorgt voor een goede uitvoering. Indien dat het geval is, kan de aanwijzing worden gecontinueerd. Indien dat onvoldoende het geval is, kan een ander uitvoeringsorgaan AWBZ worden aangewezen.

In de tweede plaats is van belang dat een verbindingskantoor er voor zorgt dat voldoende participatie, bijvoorbeeld met behulp van een raad van advies, van gemeenten, verzekerden en zorgaanbieders tot stand wordt gebracht. Op deze wijze wordt gewaarborgd dat de uitvoering van de AWBZ mede haar basis vindt in een regionaal en ook maatschappelijk gelegitimeerd draagvlak. Of hiervan sprake is, zal worden getoetst gedurende de periode waarvoor de aanwijzing geldt.

In de derde plaats is van belang dat met de aanwijzing van de verbindingkantoren, waaraan bij ministeriële beschikking tijdig voor 1 januari 1998 uitvoering zal worden gegeven, ook zal worden geregeld dat voor alle sectoren, te weten de sector van geestelijke gezondheidszorg, de sector van verstandelijk gehandicaptenzorg, de sector van verpleging en verzorging, enzovoort, één verbindingskantoor per regio op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen zal worden aangewezen.

II Artikelen

Artikel I Wijzigingen Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering

A en B.

Het wijzigen van de artikelen 3 en 9 houdt slechts verband met het feit dat de zorg te verlenen door een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (Paaz) niet meer in artikel 20, maar in artikel 20a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is geregeld.

C.

– *Artikel 20*

In artikel 20 is de zorg te verlenen door een psychiatrisch ziekenhuis (Apz), waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat, omschreven.

Kenmerkend voor de psychiatrische zorg in het eerste lid, onder a, is de multidisciplinaire en multimethodische aanpak. De hulpverlening vindt

plaats door een multidisciplinair team bestaande uit een psychiater of zenuwarts en personen van andere disciplines. Daarbij kan gedacht worden aan psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig en verzorgend personeel, paramedisch personeel, personeel van activerende therapieën en maatschappelijk werkenden.

De zorg in het eerste lid, onder b, betreft de zorg zoals die sinds 1968 bekend staat als de door de instelling georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen. Deze gezinsverpleging houdt in dat vanuit sommige Apz'en of Paaz'en gezinsverpleging wordt georganiseerd, geheel onder verantwoordelijkheid, waaronder begrepen de financiële verantwoordelijkheid, van de instelling. Het verblijf in een pleeggezin heeft vooral sociaal-therapeutische en opvoedkundige betekenis en dient ter ondersteuning van de eigenlijke behandeling in het Apz of de Paaz. De verzekerden zijn opgenomen in pleeggezinnen en vertoeven overdag in het verantwoordelijke Apz of de verantwoordelijke Paaz. Op deze wijze kan het Apz of de Paaz het aantal bedden zo beperkt mogelijk houden.

Deze zorg moet niet verward worden met de klinische psychiatrische gezinsbehandeling. Deze behandeling valt onder de in het eerste lid, onder a, beschreven zorg.

De zorg in het eerste lid, onder c, betreft de zorg die bekend staat onder hulp in een resocialisatie-eenheid. Het gaat bij deze zorg om begeleiding en verblijf gedurende het etmaal, die verstrekt wordt aan mensen die nog niet in staat zijn terug te keren in de samenleving en nog niet zelfstandig dan wel in een regionale instelling voor beschermd wonen (Ribw) kunnen wonen. In feite betreft het een soort overbruggingsverblijf. Voor deze zorg is dan ook in het tweede lid geregeld dat er slechts gedurende een bepaalde periode aanspraak bestaat (twee jaren met een zonodige verlenging van tweemaal een half jaar). Voorts bestaat alleen aanspraak indien bij opname is te verwachten dat de verzekerde binnen twee jaren zelfstandig of in een Ribw kan wonen.

De zorg in dit onderdeel zal altijd gecombineerd met beperkte verzorging uit onderdeel a verstrekt worden. Daarbij valt te denken aan zorg als bijvoorbeeld eten en drinken.

De zorg in het eerste lid, onder d, betreft de zorg die tot dusverre geregeld was als opname en verblijf in een herstellingsoord. Het betreft hier kortdurende klinische behandeling gericht op herstel van een verstoring in het dagelijks functioneren als gevolg van psychosociale problemen. Ingevolge het derde lid bestaat slechts aanspraak op deze zorg indien een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is. De zorg is op grond van het vierde lid bovendien in tijd beperkt. Er bestaat slechts aanspraak gedurende dertien weken. Er bestaat geen aanspraak indien na beëindiging van een eerder verblijf nog geen zesentwintig weken zijn verstreken.

Ook voor de zorg in dit onderdeel geldt dat deze altijd gecombineerd met beperkte verzorging uit onderdeel a verstrekt zal worden, zoals bijvoorbeeld eten en drinken.

Zie voor een toelichting op dit onderdeel ook het algemene deel van deze nota van toelichting, onder 2.3.

De in dit artikel genoemde zorgonderdelen kunnen afzonderlijk dan wel in verschillende combinaties worden aangeboden. De begeleiding en de behandeling, bedoeld in het eerste lid, onder c en d, kunnen alleen in combinatie met verblijf geleverd worden.

Verblijf in een instelling zonder dat dit met het oog op het verlenen van zorg noodzakelijk is, wordt niet ten laste van de AWBZ vergoed. Verblijf zal dan ook altijd zijn gekoppeld aan een van de andere zorgonderdelen.

Hetgeen in de artikelen 14 en 15 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ was geregeld, is verwerkt in deze bepaling en in artikel 20a.

- *Artikel 20a*

In deze bepaling wordt omschreven welke zorg te verlenen door een Paaz voor rekening van de AWBZ kan worden verstrekt. Het betreft de zorgonderdelen, genoemd in artikel 20, eerste lid, onder a en b. Ook voor de hulp in een Paaz is het multidisciplinaire en multimethodische karakter kenmerkend. Ook hier is dus sprake van een multidisciplinair team. Daarenboven kenmerkt de hulpverlening in een Paaz zich door de beschikbaarheid van andere medisch- specialismen en de diagnostische en therapeutische faciliteiten van het algemene of academische ziekenhuis. Voor sommige verzekerden kan de Paaz dus bij uitstek de geëigende zorg bieden. Kenmerkend is verder dat de hulpverlening in een Paaz, indien er sprake is van combinatie met verblijf, kortdurend is. Het kortdurende karakter van de zorg met verblijf in een Paaz komt tot uitdrukking in het tweede lid. Er bestaat slechts aanspraak gedurende dertien weken, indien te verwachten is dat die termijn voor de verzekerde voldoende is. Mocht toch onvoorzien langer zorg nodig zijn, dan kan het verblijf eenmaal met dertien weken worden verlengd. De termijnen van dertien weken golden tot 1 januari 1998 voor de gehele Paaz-zorg. Echter, dan was er altijd sprake van verblijf. Nu het met dit besluit mogelijk is geworden om de zorgonderdelen los van verblijf te verstrekken, is de dertien weken toegespitst op de zorg in combinatie met verblijf.

De zorgonderdelen waarop ingevolge deze bepaling aanspraak bestaat, kunnen afzonderlijk dan wel in verschillende combinaties worden aangeboden.

Verblijf in een instelling zonder dat dit met het oog op het verlenen van zorg noodzakelijk is, wordt niet ten laste van de AWBZ vergoed. Verblijf zal dan ook altijd zijn gekoppeld aan een van de andere zorgonderdelen.

Hetgeen in de artikelen 14 en 15 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ was geregeld, is verwerkt in deze bepaling en in artikel 20.

- *Artikel 20b*

Artikel 20b omschrijft de zorg te verlenen door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg). De zorgvormen die de Riagg verleent, zijn divers.

Allereerst omvat de zorgverlening door of vanwege een Riagg multidisciplinaire zorg. Het betreft hier zorg die wordt verleend in het kader van een multimethodische en multidisciplinaire oordeelsvorming op basis van een opgesteld behandelplan, waarbij aan het sociaal-psychische, het intrapsychische en het somatisch-biologische aspect door verschillende disciplines aandacht wordt besteed.

Voorts omvat de zorgverlening door of vanwege een Riagg kortdurende ambulante psychosociale behandeling tijdens het proces van oordeelsvorming in een acute situatie. Onder deze kortdurende behandeling zijn mede begrepen crisisopvang en -interventie alsmede acute psychiatrie. De Riagg's hebben hiervoor 24-uurs-crisisdiensten ingesteld.

Onder de zorgverlening door of vanwege een Riagg vallen ook specifieke vormen van preventie gericht op het individu.

Verder vormt psychotherapie onderdeel van de in deze bepaling omschreven zorg.

Ingevolge de omschrijving kunnen de in dit artikel genoemde zorgonderdelen afzonderlijk dan wel in verschillende combinaties worden aangeboden.

In de omschrijving zijn de artikelen 16 en 17 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ verwerkt. Zonodig kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat er een behandelplan moet zijn, wil de verzekerde zijn aanspraak tot gelding kunnen brengen. Dit is echter zo zeer gebruikelijk binnen de Riagg's dat vooralsnog hiervan kan worden afgezien.

- Artikel 20c

In artikel 20c is de hulp te verlenen door of vanwege een Ribw opnieuw omschreven. De omschrijving omvat tevens hetgeen in artikel 18 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ was geregeld. De zorg in een Ribw bestaat uit begeleiding, al dan niet gepaard gaande met verblijf.

Ook voor deze omschrijving geldt dat het verblijf niet apart geboden kan worden, maar altijd in combinatie met de begeleiding moet zijn.

- Artikel 20d

In artikel 20d is de aanspraak op de zorg bestaande uit niet-klinische psychiatrische hulp door een psychiater of zenuwarts omschreven. De niet-klinische psychiatrische hulp kenmerkt zich door een monodisciplinaire benadering, terwijl de in artikel 20e omschreven hulp door een psychiatrische polikliniek wordt gekenmerkt door een multidisciplinaire benadering.

In het eerste lid is de voorwaarde gehandhaafd dat de hulp geschiedt op verwijzing van de huisarts.

De in dit kader te verlenen psychotherapie is in inhoud en omvang op grond van het nieuwe artikel 20g beperkt. Zie ook de toelichting op die bepaling.

- Artikel 20e

In artikel 20e is de hulp te verlenen door een psychiatrische polikliniek geregeld. Kenmerkend voor de hulp door een psychiatrische polikliniek is de multidisciplinaire benadering. Daarmee onderscheidt deze zorg zich van de niet-klinische psychiatrische hulp die wordt gekenmerkt door een monodisciplinaire benadering. Het multidisciplinaire karakter komt vooral tot uiting bij het onderzoek. De daarop volgende behandeling kan mono- of multidisciplinair plaatsvinden. Bepaalde aspecten die kenmerkend zijn voor een poliklinische behandeling, onderscheiden deze hulp van de verstrekking psychiatrische deeltijdbehandeling. Deze aspecten zijn de duur van het onderzoek en behandeling, de outillage, behandelingsmethoden en de aard van de bij de behandeling betrokken disciplines. Voorts zal een poliklinische behandeling geen wezenlijke bijdrage mogen leveren aan het dagprogramma van de verzekerde. Hulpverleningscontacten in een polikliniek kunnen wat duur betreft, afhankelijk van de behandeling, zeer variëren. Mede gelet op de duur van de groepstherapiecontacten, is per keer de behandelingsduur op ten hoogste twee uren gesteld. Deze beperkte duur geldt niet voor het onderzoek, om zonodig uitgebreid psychologisch onderzoek te kunnen verstrekken.

De hulp in een polikliniek wordt verleend door een psychiater of zenuwarts al dan niet in samenwerking met één of meer deskundigen uit andere disciplines. Daarbij kan worden gedacht aan psychologen of andere gedragswetenschappers, maatschappelijk werkenden en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen.

De in dit kader te verlenen psychotherapie is naar inhoud en omvang op

grond van het nieuwe artikel 20g beperkt. Zie verder de toelichting op die bepaling.

Met de gewijzigde omschrijving is artikel 19 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ in deze nieuwe bepaling geïntegreerd.

Ook de omschrijving in artikel 20e is zo gewijzigd dat de onderdelen apart dan wel in combinatie kunnen worden verstrekt.

D.

- Artikel 20f

In artikel 20f is de aanspraak op de zorg bestaande uit psychiatrische deeltijdbehandeling omschreven. De psychiatrische deeltijdbehandeling is multimethodisch en wordt verleend door een psychiater of zenuwarts in samenwerking met één of meer deskundigen uit andere disciplines. De in dit kader te verlenen behandeling en het onderzoek onderscheiden zich van de zorg in een psychiatrische polikliniek in de duur van de zorg, de outillage, behandelmethoden en de aard van de bij de hulpverlening betrokken disciplines. Afgrenzing ten opzichte van de klinische hulpverlening is gelegen in het gegeven dat bij psychiatrische deeltijdbehandeling geen verblijf gedurende het etmaal in een instelling noodzakelijk is. De verzekerde kan zelf in zijn huisvesting voorzien.

De psychiatrische deeltijdbehandeling wordt verleend gedurende een gedeelte van de dag en omvat ten minste vier aaneengesloten uren. Een maximale behandelingsduur per dag van acht uren moet toereikend worden geacht. Behandeling kan plaats vinden overdag of in de avond, afhankelijk van de mogelijkheden van de instelling. De hulp wordt verleend door een multidisciplinair team, bestaande uit ten minste een psychiater of zenuwarts alsmede ten minste een deskundige uit een andere discipline, te denken valt aan een psycholoog of een andere gedragswetenschapper, maatschappelijk werkende, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of activiteitentherapeut.

Ook de omschrijving in artikel 20f is zo gewijzigd dat de onderdelen apart dan wel in combinatie kunnen worden verstrekt.

Met de gewijzigde omschrijving is artikel 22 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ in deze nieuwe bepaling geïntegreerd.

- Artikel 20g

In artikel 20g is geregeld hetgeen voorheen in artikel 20 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ geregeld was. In deze bepaling wordt de omvang van de psychotherapeutische behandeling, indien die wordt verleend door een psychiater of zenuwarts op grond van artikel 20d, eerste lid, dan wel in een psychiatrische polikliniek op grond van artikel 20e, beperkt. De psychotherapeutische behandeling wordt ook verleend door of vanwege een Riagg. De onderhavige beperking geldt dan niet. Dit betekent dat gehandhaafd is dat langdurige psychotherapie alleen door of vanwege een Riagg kan worden verleend.

E.

Artikel 35 is gewijzigd omdat de niet-klinische psychiatrische zorg waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat, thans niet meer in artikel 20c, maar in artikel 20d is omschreven.

Artikel II Wijziging Bijdragebesluit zorg

A. tot en met F.

De wijzigingen die met deze onderdelen zijn aangebracht aan het Bijdragebesluit zorg houden slechts verband met het feit dat de zorg te verlenen door een Paaz niet meer in artikel 20, maar in artikel 20a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is geregeld. Hierdoor is hetgeen voorheen geregeld werd in de artikelen 20a tot en met 20e thans geregeld in de artikelen 20b tot en met 20e van laatstgenoemd besluit.

Artikel III Wijzigingen Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering

A.

Met de wijziging van artikel 2 wordt geregeld dat het CAK en de verbindingkantoren de in die bepaling bedoelde werkzaamheden verrichten voor de in het kader van de AWBZ als aanspraak geregelde zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Voorts is dat met deze wijziging ook geregeld voor de zorg omschreven in artikel 26, te weten het onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van het hepatitis-B virus. Voor een verdere toelichting op deze bepaling, zie het algemene deel van deze toelichting onder 2.4.

B.

Met deze bepaling is, om de redenen die in het algemene deel van deze toelichting, onder 2.4, zijn aangegeven, geregeld dat de aanwijzing van verbindingkantoren telkens geschiedt voor een periode van vier jaren.

C.

De wijziging van artikel 5 betreft slechts een tekstuele aanpassing in verband met het feit dat de zorg te verlenen door een Apz en de zorg te verlenen door een Paaz thans in twee artikelen geregeld is, te weten artikel 20 en artikel 20a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

D.

Door het laten vervallen van het tweede lid (oud) van artikel 7 is geregeld dat het CAK de daar geregelde taak met betrekking tot de Apz'en gaat uitvoeren.

Artikel IV Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering

Dit betreft een tekstuele aanpassing aan de met dit besluit gewijzigde bepalingen van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikel V Inwerkingtredingsbepaling

Op grond van artikel 6, achtste lid, van de AWBZ moeten wijzigingen van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (artikel I van het onderhavige besluit) 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 geregeld onderwerp bij wet wordt geregeld. In verband hiermee moet het tijdstip van inwerkingtreding van artikel I geregeld worden bij een apart koninklijk besluit. Gelet op de samenhang is ervoor gekozen om het tijdstip van inwerkingtreding van de artikelen II tot en met IV op hetzelfde moment bij hetzelfde koninklijk besluit te regelen. Zoals in het vorenstaande is aangegeven is het de bedoeling van de regering om de met het onderhavige besluit voorgestane maatregelen per 1 januari 1998 in te voeren.

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