



---

## 530

### **Besluit van 7 november 1997 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 wijziging van de aanspraak op thuiszorg en enige andere wijzigingen**

---

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 30 september 1997, VPZ/VU-973567, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op de artikelen 6, eerste en derde lid, 8, tweede lid, en 45, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de artikelen 8, tweede lid, 8a, tweede lid, en 47, tweede lid, van de Ziekenfondswet en artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen;

De Raad van State gehoord (advies van 22 oktober 1997, no. W13.97.0630);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 november 1997, VPZ/VU-973948, uitgebracht in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering<sup>1</sup> wordt gewijzigd als volgt:

- A. Artikel 15, tweede lid, komt te luiden:
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a, omvat slechts verpleging of verzorging ten huize van de verzekerde voor ten hoogste 3 uren per dag.
- B. Artikel 35 wordt gewijzigd als volgt:
1. In het eerste lid wordt «15, 20c» vervangen door: 20c.

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

## **ARTIKEL II**

Artikel 16d, zevende lid, van het Bijdragebesluit zorg<sup>2</sup> komt te luiden:

7. De bijdrage is niet verschuldigd:

a. indien de verzekerde of een persoon uit de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, een bijdrage ingevolge de artikelen 4 of 14 verschuldigd is;

b. in die gevallen dat het uitvoeringsorgaan, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kinderbescherming, van oordeel is dat het verschuldigd zijn van de bijdrage ertoe leidt dat de zorg niet wordt verstrekt en dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van een minderjarige verzekerde tot gevolg heeft.

## **ARTIKEL III**

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering<sup>3</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A. Artikel 12 komt te luiden:

### **Artikel 12**

1. Ziekenhuiszorg te verlenen door een ziekenhuis omvat opneming en verder verblijf in een ziekenhuis gepaard gaande met:

a. genees-, heel- of verloskundig onderzoek, genees-, heel- of verloskundige behandeling of verpleging,

b. bij ministeriële regeling aan te wijzen soorten van transplantatie van weefsels en organen alsmede vergoeding van kosten, verband houdend met het verkrijgen van het meest passende transplantatiemateriaal, een en ander in de omvang en onder de voorwaarden bij ministeriële regeling vast te stellen.

2. Artikel 2a is niet van toepassing op de hulp in het kraambed aan een verzekerde die op grond van een opnemingsindicatie als bedoeld in artikel 13 voor, tijdens of na een bevalling wordt opgenomen alsmede niet op de ziekenhuiszorg die in gevolge het vierde lid wordt verleend ten huize van de verzekerde.

3. Onder ziekenhuiszorg wordt mede verstaan de door het ziekenhuis, onder bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden, georganiseerde en gewaarborgde verpleging in gezinnen. Het voorgaande is niet van toepassing op verblijf in gezinsvervangende tehuizen als bedoeld in de artikelen 12, 21, 22 en 25 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

4. Het ziekenhuis kan de verpleging, bedoeld in het eerste lid, onder a, ten huize van de verzekerde verlenen.

B. § 6a en de artikelen 14a en 14b vervallen.

## **ARTIKEL IV**

Het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84)<sup>4</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A. In artikel 1 vervalt onderdeel l en wordt de puntkomma aan het slot van onderdeel k vervangen door een punt.

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

## **ARTIKEL V**

Het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden<sup>5</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A. Artikel 2a wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding «1» geplaatst.

2. Er worden een tweede en een derde lid toegevoegd, luidende:

2. Indien een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering in de loop van het kalenderjaar wordt gesloten, wordt het bedrag, bedoeld in het eerste lid, vermenigvuldigd met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad en gedeeld door 12. Bij de berekening wordt de kalendermaand waarin de verzekeringsovereenkomst ingaat, buiten beschouwing gelaten.

3. Indien een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering in de loop van het kalenderjaar wordt beëindigd, wordt het bedrag, bedoeld in het eerste lid, vermenigvuldigd met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad en gedeeld door 12. Bij de berekening wordt de maand waarin de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd als volledige kalendermaand meegeteld.

B. In artikel 6 wordt in de eerste volzin «geneesmiddelen» vervangen door: farmaceutische hulp.

C. Aan artikel 7 wordt een vierde lid toegevoegd, luidende:

4. Het ziekenhuis kan de verpleging, bedoeld in het eerste lid, onder a, en tweede lid, ten huize van de verzekerde verlenen.

D. Artikel 9 komt te luiden:

## **Artikel 9**

De ziektekostenverzekeraar kan in aansluiting op een verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 7 een tegemoetkoming verlenen in de kosten van de aanvullende verpleging of verzorging die ten huize van de verzekerde door een verpleegkundige of ziekenverzorgende wordt verleend, indien hij daarvoor vooraf toestemming heeft gegeven, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar deze toestemming voor ten hoogste 60 dagen en ten hoogste 8 uren per dag kan verlenen. De ziektekostenverzekeraar kan aan de toestemming nadere voorwaarden verbinden.

## **ARTIKEL VI**

Indien een verzekerde op 31 december 1997 op grond van artikel 15, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering verpleging of verzorging gedurende meer dan 3 uren per dag ontvangt, behoudt hij tot uiterlijk 1 juli 1998 aanspraak op die zorg overeenkomstig de op 31 december 1997 geldende wettelijke voorschriften.

## ARTIKEL VII

1. Een instelling waarmee onmiddellijk voor het tijdstip van inwerking-treding van dit besluit voor het verlenen van de zorg, bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, een overeenkomst ingevolge artikel 42, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten was gesloten, is tot 1 januari 1999 op grond van artikel 8, eerste lid, van die wet toegelaten.

2. Een instelling die op 31 december 1996 als kruisorganisatie ingevolge artikel 8, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziekte-kosten was toegelaten, is tot 1 januari 1999 op grond van artikel 8, eerste lid, van die wet voor het verlenen van de zorg, bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, toege-laten.

3. Een instelling die op 31 december 1996 als instelling voor gezinsver-zorging op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet finan-ciering volksverzekeringen subsidie ontving, is tot 1 januari 1999 op grond van artikel 8, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor het verlenen van de zorg, bedoeld in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, toegelaten.

## ARTIKEL VIII

Indien een verzekerde op 31 december 1997 op grond van artikel 9 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden een vergoeding van de kosten van verpleging of verzorging ten huize van de verzekerde ontvangt, behoudt hij tot uiterlijk 1 april 1998 aanspraak op die vergoeding overeenkomstig de op 31 december 1997 geldende wettelijke voorschriften.

<sup>1</sup> Stb. 1993, 26, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 29 oktober 1997, Stb. 508.

<sup>2</sup> Stb. 1996, 486, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 29 oktober 1997, Stb. 508.

<sup>3</sup> Stb. 1996, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 29 oktober 1997, Stb. 508.

<sup>4</sup> Laatstelijk gewijzigd bij besluit van 11 december 1996, Stb. 639.

<sup>5</sup> Stb. 1996, 132, 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.

## ARTIKEL IX

1. Artikel I treedt in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

2. De artikelen II tot en met VIII treden in werking met ingang van 1 januari 1998, met uitzondering van artikel III, onderdeel A, en artikel V, onderdeel C, die in werking treden met ingang van 1 januari 1999.

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

's-Gravenhage, 7 november 1997

Beatrix

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

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

Uitgegeven de *vijftwintigste* november 1997

De Minister van Justitie,  
W. Sorgdrager

## **NOTA VAN TOELICHTING**

### **1. Algemeen**

#### *1.1. Inleiding*

Het onderhavige besluit strekt tot wijziging van de aanspraak op thuiszorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet (Zfw) en wijziging van de aanspraak op vergoeding van de kosten daarvan in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz). Met het besluit wordt tevens het systeem van toelating op grond van artikel 8 van de AWBZ voor de instellingen voor thuiszorg gewijzigd.

Naast de wijzigingen op het gebied van de thuiszorg is met het besluit een pro-rata-regeling voor het op grond van de Wtz geldende eigen risico ingevoerd.

#### *1.2. Ziekenhuisverplaatste zorg*

In het kader van de AWBZ is per 1 januari 1997 een nieuwe aanspraak op thuiszorg ingevoerd die bestaat uit verpleging en verzorging die onderdeel uitmaakte van de hulp door of vanwege een kruisorganisatie, uit gezinsverzorging die werd gefinancierd op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv) alsmede uit intensieve thuiszorg die op grond van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Zfw werd gefinancierd. De hiervoor bedoelde verpleging en verzorging, gezinsverzorging en intensieve thuiszorg was per 1 januari 1997 niet geheel onder de AWBZ-aanspraak gebracht; voor een deel was deze zorg ondergebracht in de hierna beschreven ziekenhuisgerelateerde thuiszorg.

Op grond van de Wtz was met ingang van 1 januari 1997 een aanspraak op vergoeding van de kosten voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg ingevoerd. Eenzelfde aanspraak was op grond van de Zfw geregeld, doch het tijdstip van inwerkingtreding daarvan was vastgesteld op 1 januari 1998. Voor ziekenfondsverzekerden werd in het jaar 1997 de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg gesubsidieerd op grond van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Zfw. De ziekenhuisgerelateerde thuiszorg betrof de situaties waarin er na het ziekenhuisverblijf geen klinisch-specialistische hulp meer noodzakelijk is, maar nog wel aan de opname-indicatie gerelateerde verpleging, verzorging of huishoudelijke hulp in de thuis-situatie. Ook ging het om de situatie dat verpleging, verzorging of huishoudelijke hulp thuis ziekenhuisopname voorkwam.

De maximale termijn voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg betrof dertien weken. De daarna noodzakelijke thuiszorg kwam voor rekening van de AWBZ-verzekering.

Gebleken is dat de per 1 januari 1997 ingevoerde « knip » in de thuiszorg, te weten thuiszorg als aanspraak op grond van de AWBZ, maar daarvan afgescheiden ziekenhuisgerelateerde thuiszorg gedurende ten hoogste dertien weken die gefinancierd moest worden op grond van de Zfw en Wtz, in de praktijk herhaaldelijk tot discussie leidde tussen thuiszorginstellingen en zorgverzekeraars over de vraag wie de thuiszorg na ontslag in het ziekenhuis moet verstrekken. Dit werkte veelal belemmerend op het accuraat verstrekken van de noodzakelijke hulp.

Tevens kostte het de thuiszorginstellingen en de zorgverzekeraars veel tijd en menskracht om voortdurend met elkaar over de zorgtoewijzing te moeten onderhandelen. In verband hiermee is in de nota «Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst» die op 20 mei 1997 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal (kamerstukken II 1996/97, 25 351, nr. 2) is

aangeboden, medegedeeld dat indien de in de zomer 1997 te verwachten evaluatie van de Ziekenfondsraad het bestaan van de hiervoor vermelde knelpunten zou bevestigen, de knip zou worden afgeschaft. Voorts is medegedeeld dat in plaats daarvan verstrekking van ziekenhuisverplaatste zorg op grond van de Zfw onderscheidenlijk vergoeding van de kosten daarvan op grond van de Wtz zal worden mogelijk gemaakt.

De Ziekenfondsraad heeft op 16 juni 1997, CARE/97025599, bedoelde evaluatie uitgebracht.

Op basis daarvan is in het op 19 juni 1997 gevoerde plenaire debat (Handelingen II 1996/97, blz. 6565–6592 en 6597–6608) met de Tweede Kamer aangekondigd dat overgegaan zal worden tot hetgeen reeds in de nota, onder voorbehoud, was aangekondigd.

Ter uitvoering hiervan is de omschrijving van de aanspraak op ziekenhuisgerelateerde thuiszorg en de daarvoor verschuldigde toegangs-bijdrage uit het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering verwijderd. Deze waren geregeld in de met dit besluit vervallen paragraaf 6a, die bestond uit de artikelen 14a en 14b. In artikel 9 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden is de vergoeding van de kosten van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg komen te vervallen. Daarvoor in de plaats is de mogelijkheid opgenomen voor vergoeding van de kosten van aanvullende thuiszorg.

Voor verzekerden aan wie op 31 december 1997 op basis van de in 1997 geldende regelingen ziekenhuisgerelateerde thuiszorg wordt verleend, zijn overgangsregelingen getroffen.

Hierdoor kan de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg die voor het einde van 1997 is gestart na 1 januari 1998 op basis van de in 1997 van kracht zijnde regelingen worden afgerond. Gezien de termijn van maximaal 13 weken die geldt voor de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg, zullen deze overgangsregelingen gedurende de eerste 13 weken van 1998 steeds minder verzekerden betreffen. Na 1 april 1998 zijn dergelijke overgangsregelingen niet meer noodzakelijk omdat dan de laatste ziekenhuisgerelateerde thuiszorg die in 1997 is begonnen, is beëindigd.

Met het oog op deze overgangssituatie is de Ziekenfondsraad verzocht een tijdelijke subsidieregeling vast te stellen op grond van artikel 73 van de Zfw. Hierbij wordt aangesloten op de wijze van financiering van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg voor ziekenfondsverzekerden in 1997. De overgangsregeling voor Wtz-verzekerden is in dit besluit opgenomen in artikel VIII.

Voorts is de ziekenhuisverplaatste zorg met dit besluit geregeld als onderdeel van de ziekenhuisverpleging. Het betreft dus ziekenhuiszorg die wordt verleend buiten de muren van het ziekenhuis en deze zorg richt zich dan ook op verzekerden die geïndiceerd zijn voor ziekenhuisverpleging. Gekozen is voor een systeem waarbij het ziekenhuis beslist of het verpleging ten huize van de verzekerde wil verlenen. De verzekerde heeft dus alleen aanspraak op deze zorg, dan wel op de vergoeding van de kosten daarvan, indien de zorg daadwerkelijk onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis wordt verleend. Deze regeling van de ziekenhuisverplaatste zorg treedt met ingang van 1 januari 1999 in werking. Hierdoor is ruim voldoende tijd beschikbaar voor een zorgvuldige voorbereiding van de uitvoering van de ziekenhuisverplaatste zorg.

### *1.3. Intensieve thuiszorg*

In de nota «Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst» is medegedeeld dat nog nader zal worden gezien op welke wijze de zogeheten intensieve thuiszorg wordt vormgegeven, zodat deze aansluit op de situatie zoals die voor 1997 bestond. In samenhang met het besluit

de knip in de thuiszorg met ingang van 1998 af te schaffen, is eveneens besloten dat met ingang van 1 januari 1998 de intensieve thuiszorg weer wordt geregeld op de wijze zoals dat voor 1 januari 1997 het geval was.

Intensieve thuiszorg was tot 1 januari 1997 een aanvulling in het bijzonder op de toen bestaande AWBZ-aanspraak hulp door of vanwege een kruisorganisatie (kruiswerk). De omvang van die aanspraak was beperkt tot hetgeen kruisorganisaties plachten te bieden. Op basis van jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep gold daarbij een maximum omvang van 2,5 tot 3 uren verpleging of verzorging per dag. De intensieve thuiszorg, die voor ziekenfondsverzekerden tot 1 januari 1997 werd gesubsidieerd op basis van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Zfw was in feite een aanvulling op die maximum omvang van de aanspraak kruiswerk.

Daardoor konden ziekenfondsverzekerden, ook in gevallen waarin ze een intensievere zorg nodig hadden dan waarin het kruiswerk kon voorzien, toch thuis worden verpleegd en verzorgd.

In het Wtz-standaardpakket en in de particuliere ziektekostenverzekeringen waren regelingen opgenomen voor thuiszorg aanvullend op de AWBZ-aanspraak kruiswerk, welke in het algemeen minder omvattend waren dan de subsidieregeling intensieve thuiszorg op grond van de Zfw.

Met het besluit de intensieve thuiszorg met ingang van 1 januari 1998 weer te regelen op de wijze die voor 1 januari 1997 het geval was, dient ook een afbakening in de omvang van de aanspraak thuiszorg te worden opgenomen. Hiermee wordt aangesloten op de hiervoorvermelde beperking tot in het algemeen 2,5 tot 3 uren per dag die in het kruiswerk van toepassing was. In artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is geregeld dat in het kader van de AWBZ-gefinancierde thuiszorg niet meer dan 3 uren per dag verpleging of verzorging kan plaatsvinden. Deze afbakening van de verpleging of verzorging komt materieel overeen met de toenmalige maximale omvang van het kruiswerk. Voor de overige onderdelen van de aanspraak thuiszorg geldt deze maximum omvang niet, aangezien voor de onderdelen van deze aanspraak die tot 1 januari 1997 deel uitmaakten van de gezinsverzorging, geen beperking tot een aantal uren gold. Met het nieuwe tweede lid van artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering wordt dit maximum aantal uren verpleging of verzorging per dag vastgelegd.

De Ziekenfondsraad is verzocht voor de intensieve thuiszorg op basis van artikel 73, eerste lid, onder d, van de Zfw een nieuwe subsidieregeling op te stellen die zoveel mogelijk overeenkomt met de tot 1 januari 1997 geldende subsidieregeling. Die nieuwe subsidieregeling dient met ingang van 1 januari 1998 in werking te treden.

In de Wtz wordt wat betreft de aanvullende thuiszorg de situatie die voor 1 januari 1997 bestond, eveneens zoveel mogelijk hersteld. In artikel 9 van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden is een vergoedingsmogelijkheid voor de aanvullende thuiszorg opgenomen.

Verpleging die door het ziekenhuis ten huize van de verzekerde wordt verleend en die dient ter vervanging of bekorting van medisch noodzakelijk ziekenhuisverblijf, behoort tot de ziekenhuisverplaatste zorg.

Met Zorgverzekeraars Nederland is overlegd met het oog op aanpassing van de particuliere ziektekostenverzekeringen, zodat in die verzekeringen met ingang van 1998 de aanvullende thuiszorg eveneens wordt geregeld op een wijze die aansluit op de situatie die voor 1 januari 1997 van toepassing was.

De regeling van de intensieve en aanvullende thuiszorg met ingang van 1 januari 1998 heeft als consequentie dat de thuiszorg aan terminale patiënten op dezelfde wijze wordt vergoed als dat voor 1997 het geval was. In geval van terminale thuiszorg wordt uit hoofde van de AWBZ-aanspraak thuiszorg, verpleging of verzorging verleend als bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering tot een maximum van 3 uren per dag. Dit komt materieel overeen met de omvang van de tot 1997 geldende aanspraak op kruiswerk. Indien meer dan 3 uren verpleging of verzorging noodzakelijk is dient, voor zover het ziekenfondsverzekerden betreft, een beroep te worden gedaan op de nieuwe, met ingang van 1998 geldende subsidieregeling voor intensieve thuiszorg. Terminale patiënten die niet-ziektenfondsverzekerd zijn, zijn voor de aanvullende thuiszorg die uitgaat boven de omvang van de zorg die in het kader van de AWBZ-thuiszorg wordt geboden, aangewezen op hun eigen ziektekostenverzekering. Deze situatie bestond ook tot 1 januari 1997.

In het geval dat er sprake is van thuisdialyse behoeft voor de zorg die direct samenhangt met de dialyse, geen beroep te worden gedaan op de thuiszorg. Met het Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering is een regeling getroffen voor de zorg die noodzakelijk is in het kader van thuisdialyse. Hiertoe behoort ook de vergoeding van de noodzakelijke deskundige assistentie bij de dialyse die ten huize van de verzekerde plaatsvindt. In de Wtz en de overige ziektekostenverzekeringen zijn analoge regelingen opgenomen voor de vergoeding van thuisdialyse en de zorg die daar direct mee samenhangt.

#### *1.4. Toelating instellingen voor thuiszorg*

Met het doel de doelmatigheid in de thuiszorg te vergroten, was er met ingang van 1 januari 1997 voor gekozen een zekere marktwerking ten aanzien van thuiszorginstellingen mogelijk te maken. In verband hiermee was de categorie instellingen die de AWBZ-aanspraak op thuiszorg verleent, op grond van artikel 8, tweede lid, van de AWBZ met ingang van 1 januari – 1997 als toegelaten aangemerkt. Daarbij was tevens de in artikel 45, eerste lid, geregelde contracteerplicht, ten aanzien van die instellingen opgeheven. Dit betekende dat niet met elke instelling een overeenkomst gesloten moest worden, maar dat uitvoeringsorganen een keuze konden maken uit de diverse instellingen.

In het overleg van 20 maart 1997 over de thuiszorg (Handelingen II 1996/97, blz. 467–14720) heeft de Tweede Kamer ernstige bezwaren geuit tegen marktwerking in de thuiszorg.

De Tweede kamer is de opvatting toegedaan dat marktwerking niet in de AWBZ thuis hoort.

In verband hiermee is in de nota «Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst» aangegeven dat is besloten tot het opschorten van de marktwerking op het terrein van thuiszorg in de AWBZ, in afwachting van een fundamentele discussie over de vraag hoe het verder moet met de marktwerking in de AWBZ. De opschorting houdt in dat besloten is dat geen nieuwe thuiszorginstellingen meer zullen worden toegelaten totdat de fundamentele besluitvorming heeft plaatsgevonden.

Ter uitvoering van de opschorting van de marktwerking is met het onderhavige besluit het als toegelaten aanmerken van instellingen voor thuiszorg ongedaan gemaakt. Tevens is het opheffen van de contracteerplicht ongedaan gemaakt. Uitgangspunt daarbij is dat instellingen voor thuiszorg weer op basis van een individuele toetsing bij ministeriële beschikking worden toegelaten. Voor een aldus toegelaten instelling geldt



vervolgens dat het uitvoeringsorgaan gehouden is op grond van artikel 45, eerste lid, van de AWBZ een overeenkomst te sluiten.

In samenhang daarmee is in artikel VII van het onderhavige besluit een overgangsregeling getroffen voor alle instellingen die op 31 december 1997 voor rekening van de AWBZ thuiszorg of delen daarvan, verlenen. Een dergelijke overgangsregeling is gewenst om zo ongestoorde zorgverlening aan de verzekerde te waarborgen. Ook voor de instellingen is deze garantie van belang omdat de op 1 januari 1997 ingevoerde veranderingen op het gebied van de thuiszorg van hen toch een aanzienlijk grotere inspanning hebben gevergd dan oorspronkelijk was voorzien.

Verlenging van de overgangsperiode met een jaar biedt de instellingen de tijd en gelegenheid om zich de wijzigingen eigen te maken. Met ingang van 1 januari 1999 geldt ook voor alle bestaande instellingen de individuele toelating, op aanvraag, bij ministeriële beschikking.

De overgangsregeling in artikel VII heeft betrekking op de instellingen die op 31 december 1997 volledig als instelling voor thuiszorg functioneerden en daarvoor een overeenkomst met een uitvoeringsorgaan hadden. Voorts heeft de overgangsregeling betrekking op de instellingen die in het jaar 1997 delen van de thuiszorg voor rekening van de AWBZ konden verlenen op grond van een overgangsbepaling (artikel XII) van het koninklijk 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 (Stb. 595). Laatstbedoelde instellingen zijn de op 31 december 1996 op grond van artikel 8, eerste lid, van de AWBZ, toegelaten kruisorganisaties alsmede de op die datum op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv) gesubsidieerde instellingen voor gezinsverzorging. Voor deze instellingen wordt de voor het jaar 1997 getroffen overgangsregeling dus met een jaar verlengd. De overgangsregeling voor het jaar 1997 was getroffen omdat het onmogelijk was voor deze instellingen met ingang van 1 januari 1997 alle onderdelen van thuiszorg te verlenen. Zij hoefden pas uiterlijk per 1 januari 1998 het volledige pakket thuiszorg te verlenen. Dat wordt dus met dit besluit (artikel VII) opgeschoven tot uiterlijk 1 januari 1999.

De instellingen die per 1 januari 1998 niet alle onderdelen van de aanspraak thuiszorg verlenen, dienen er voor zorg te dragen dat zij dat per 1 januari 1999 wel doen. Met de representatieve organisatie van de thuiszorginstellingen, de landelijke Vereniging voor Thuiszorg, zal worden overlegd over de hierbij te volgen aanpak. De instellingen die per 1 januari 1999 nog niet het volledige pakket thuiszorg verlenen, zullen met ingang van die datum niet langer worden toegelaten.

Het beperken van de toelating van nieuwe instellingen tot de AWBZ zal geregeld worden door middel van een per 1 januari 1998 te treffen regeling voor behoefte en spreiding op grond van artikel 8b, onder b, van de AWBZ. Dit betekent dat er dusdanige inhoudelijke criteria voor de spreiding en behoefte in deze regeling worden opgenomen dat de toepassing van deze criteria er toe leidt dat er naast de op grond van de artikel VII van dit besluit toegelaten instellingen in principe geen nieuwe instellingen hoeven te worden toegelaten.

#### *1.5. Hardheidsclausule*

In het op 20 maart 1997 gevoerde overleg met de Tweede Kamer is aan de orde geweest dat de op grond van de AWBZ verschuldigde bijdrage van f 10,- per uur voor de thuiszorg, een probleem kan vormen voor de

gespecialiseerde verzorging. Het gaat daarbij met name om de situatie dat er sprake is van (dreigende) kindermishandeling of -verwaarlozing in een gezin.

Indien een van de meerderjarige verzekerden in zo'n leefeenheid waar ook minderjarige verzekerden van deel uitmaken, weigert de verschuldigde bijdrage te betalen, kan de thuiszorg en dus ook de gespecialiseerde verzorging niet worden verstrekt. Het betalen van de bijdrage is immers een voorwaarde voor het verkrijgen van de verstrekking. De minderjarige verzekerde, voor wie de zorgverlening in deze situatie cruciaal is, wordt daar de dupe van. Dit is niet de bedoeling en in strijd met het algemeen belang. In het overleg van 20 maart 1997 is daarom met de Tweede Kamer van gedachten gewisseld over een hardheidsclausule in het kader van de bijdrageregeling. In het plenaire debat van 19 juni 1997 is de mogelijkheid van een hardheidsregeling opnieuw aan de orde geweest. Daarin is toegezegd dat er in het onderhavige besluit een oplossing zal worden gevonden.

Gelet daarop is artikel 16d, zevende lid, van het Bijdragebesluit zorg gewijzigd. In deze bepaling is in onderdeel b een nieuwe uitzonderingsmogelijkheid voor de verschuldigde bijdrage geformuleerd. De uitzondering houdt in dat de bijdrage niet verschuldigd is in de situatie dat het uitvoeringsorgaan van oordeel is dat het verschuldigd zijn van de bijdrage ertoe leidt dat de verzekerde besluit zijn aanspraak op zorg niet tot gelding te brengen dan wel de zorg te laten beëindigen, terwijl een minderjarige van de leefeenheid daar ernstig de dupe van wordt.

Het gaat hierbij uitsluitend om gevallen waarin mishandeling of verwaarlozing van een minderjarig kind dat in de leefeenheid verblijft, plaatsvindt of dreigt plaats te vinden. Ook indien in de leefeenheid een zodanige situatie aanwezig is dat er ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van een minderjarig kind optreedt of dreigt op te treden, kan de onderhavige hardheidsregeling worden toegepast. Het uitvoeringsorgaan kan slechts besluiten tot toepassing van deze hardheidsregeling indien een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kindbescherming aangeeft dat zich in de leefeenheid waarin het minderjarige kind verblijft, de hiervoor genoemde omstandigheden voordoen. Tot deze advisering ten behoeve van het uitvoeringsorgaan is besloten om oneigenlijk gebruik van de hardheidsregeling te voorkomen. Indien het uitvoeringsorgaan op basis van informatie die het heeft verkregen van de genoemde instellingen van oordeel is dat er sprake is van een van de hiervoor aangegeven situaties, is de bijdrage niet verschuldigd. Er zij op gewezen dat de hardheidsclausule uitsluitend betrekking heeft op de zogenoemde uurbijdrage voor de thuiszorg.

De toepassing van de hardheidsclausule zal nauwgezet worden gevolgd. Hierbij gaat het onder meer om informatie in hoeveel gevallen de clausule wordt toegepast, wat de omvang van de zorg is waarvoor geen bijdrage verschuldigd is en welke opbrengst aan eigen bijdragen daardoor komt te vervallen. De Ziekenfondsraad zal worden verzocht ervoor zorg te dragen dat deze informatie over het gebruik van de hardheidsclausule beschikbaar komt.

#### *1.6. Eigen risico standaardpakket*

Met ingang van 1 januari 1997 is er in de Zfw en de Wtz een algemeen systeem van eigen betalingen ingevoerd. Voor de Zfw houdt dit algemene systeem in hoofdlijnen in dat de verzekerde 20% van de kosten van verstrekkingen waar hij gebruik van maakt, zelf moet betalen.

Deze bijdragen zijn gemaximeerd tot f 200,- voor de verzekerde en zijn medeverzekerden per kalenderjaar. Bij de invoering van dit systeem is voorzien in een aantal compensatieregelingen.

In de eerste plaats is de nominale premie met ten minste f 110,- per jaar verlaagd. Verder is voor bepaalde groepen in plaats van f 200,- een

maximum van f 100,- ingevoerd. Ten derde geldt een compensatie van f 90,- voor verzekerden die drie jaren achtereenvolgend het maximale bedrag van f 200,- hebben betaald. Overigens wordt op grond van overgangsrecht deze compensatie al betaald aan verzekerden die in 1997 f 200,- hebben betaald.

Het algemene systeem in het standaardpakket houdt in dat een algemeen eigen risico aan de voet is geregeld van f 200,- per polis, indien het gaat om twee of meer verzekerden op één polis dan wel f 100,-, indien het gaat om een polis voor een alleenstaande. Met betrekking tot het standaardpakket zijn geen compensatiemaatregelen getroffen.

Bij brief van 5 september 1996, V/179/96/Wo, hebben Zorgverzekeraars Nederland verzocht om, onder meer vanwege het ontbreken van een financiële compensatieregeling, op grond van de Wtz voor de situatie dat de verzekerde in de loop van het kalenderjaar een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wtz afsluit dan wel beëindigt bij wettelijk voorschrift te regelen dat er een pro-rata-verrekening van het eigen risico plaatsvindt.

Dezerzijds is, net als al in eerdere correspondentie, het standpunt ingenomen, dat een pro-rata-verrekening op grond van de Wtz mogelijk is en dat daarvoor dus geen aparte wettelijke voorschriften getroffen hoeven te worden. Dat wordt bevestigd in uitspraken van de beroepscommissie Wtz en de Raad van Toezicht op het schadeverzekeringsbedrijf die hebben geoordeeld dat de verzekeraar gehouden is voor het verschuldigde eigen risico een pro-rata-verrekening toe te passen, ook al is er geen wettelijke regeling.

Dezerzijds is onderschreven dat het toepassen van pro-rata-verrekening bij de Wtz gewenst is.

Afgezien van het ontbreken van compensatieregelingen zoals bij de ziekenfondsverzekering, geldt als argument dat een eigen risico al zeer snel kan zijn vol gemaakt, terwijl het maximum bij de Zfw niet of veelal pas aan het eind van het kalenderjaar zal zijn bereikt.

Vanwege de wens dat de pro-rata-verrekening daadwerkelijk door verzekeraars wordt toegepast, is in het antwoord van 25 september 1996, VPZ/VU-962 162, aan Zorgverzekeraars Nederland toegezegd dat bevorderd zal worden dat een expliciete verplichting bij wettelijk voorschrift geregeld zal worden. Op dat moment was het evenwel niet meer mogelijk deze expliciete verplichting nog in de algemene maatregel van bestuur waarmee het algemeen systeem van eigen betalingen zou worden ingevoerd, mee te nemen. In verband daarmee is toegezegd hiertoe per 1 januari 1998 over te gaan. Ten einde zorg te dragen dat in het jaar 1997 door alle verzekeraars daadwerkelijk een pro-rata-verrekening wordt toegepast, heeft de Stichting Uitvoering Omslagregeling WTZ voor dat jaar een coulanceregeling vastgesteld, zodat toepassing van pro-rata uit coulanceoverwegingen ten laste van de omslagregeling kan worden gebracht.

De pro-rata-verrekening van het eigen risico naar verzekeringsduur wordt met artikel V, onderdeel A, in het standaardpakket ingevoerd. De bepaling houdt in dat het maximale bedrag aan eigen risico, indien slechts een deel van het jaar sprake is van een verzekeringsovereenkomst ingevolge de Wtz, wordt vermenigvuldigd met het aantal maanden in het desbetreffende kalenderjaar waarin de verzekerde was verzekerd en gedeeld door twaalf. Daarbij telt de maand waarin de standaardpakket-polis ingaat niet mee voor de berekening. Daarentegen wordt de maand waarin de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd, in de berekening in zijn geheel meegerekend.

Het vorenstaande komt overeen met hetgeen Zorgverzekeraars Nederland in hun brief van 5 september 1996 hebben voorgesteld. Echter, niet is overgenomen het voorstel om slechts pro-rata-verrekening toe te passen als de verzekerde daarom verzoekt. Tevens is niet overgenomen

het voorstel dat bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst in de loop van het jaar slechts het te veel betaalde bedrag wordt gerestitueerd indien dat bedrag minimaal f 50,- bedraagt. Beide voorstellen zijn niet in het belang van de verzekerde.

## **2. ARTIKELEN**

### **Artikel I Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering**

A

Omdat de aanspraak op de zogenoemde ziekenhuisvervangende thuiszorg per 1 januari 1998 niet in het ziekenfondspakket wordt opgenomen en uit het standaardpakket wordt verwijderd, vervalt de in artikel 15, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, geregelde afbakening van de AWBZ-thuiszorg. De ziekenhuisvervangende thuiszorg maakt met ingang van 1 januari 1998 onderdeel uit van de AWBZ-aanspraak op thuiszorg. Het gewijzigde tweede lid van artikel 15 betreft de maximering tot 3 uren per dag van de verpleging of verzorging geregeld in artikel 15, eerste lid, onder a. Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, wordt met deze afbakening materieel aangesloten bij de omvang van de verpleging of verzorging die tot 1 januari 1997 onderdeel was van de aanspraak kruiswerk. De onderhavige afbakeningsbepaling is noodzakelijk in verband met de beslissing de intensieve of aanvullende thuiszorg apart te regelen en geen deel te laten uitmaken van de AWBZ-thuiszorg.

B

Met deze bepaling is het als toegelaten aangemerkt zijn van thuiszorginstellingen ongedaan gemaakt. Voor deze instellingen geldt per 1 januari 1998 de individuele toelating. Tevens is met deze bepaling de opheffing van de contracteerplicht ongedaan gemaakt. Dit betekent dat uitvoeringsorganen gehouden zijn om met instellingen die na individuele toetsing op grond van artikel 8, eerste lid, van de AWBZ zijn toegelaten, een overeenkomst te sluiten. Voor de instellingen voor thuiszorg die op 31 december 1997 in het bezit zijn van een overeenkomst met een uitvoeringsorgaan, is in artikel VII een overgangsregeling getroffen.

### **Artikel II Het Bijdragebesluit zorg**

Onderdeel a van artikel 16d, zevende lid, betreft de oude bepaling dat de eigen bijdrage voor thuiszorg niet verschuldigd is indien de verzekerde of een persoon uit zijn leefeenheid al ingevolge artikel 4 of 14 een bijdrage verschuldigd is voor verblijf in een AWBZ-instelling of in een verzorgingshuis. Onderdeel b heeft betrekking op de thans ingevoerde uitzondering op de bijdrageplicht in de situatie dat het niet verstreken van de zorg onverantwoord is te achten voor een minderjarige verzekerde van de leefeenheid. Zie voor een verdere toelichting op deze bepaling, het algemene deel van deze toelichting, onder 1.5.

### **Artikel III Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering**

A

De wijziging van deze bepaling strekt ertoe het mogelijk te maken dat ziekenhuizen die dat wensen, verpleging bij de verzekerde thuis kunnen verstrekken (vierde lid). In deze situatie geldt niet de bijdrage van f 8,- per

dag die de verzekerde verschuldigd is bij verblijf in een ziekenhuis. Dit strookt met de beslissing die de regering in het voorjaar 1997 heeft genomen om de motie van het lid van de Tweede Kamer Van Boxtel, waarin de regering wordt verzocht af te zien van invoering per 1 januari 1998 van een bijdrage van f 8,- per dag voor de aanspraak op ziekenhuisgerelateerde thuiszorg op grond van de Zfw (kamerstukken II 1996/97, 23 235, nr. 41), uit te voeren.

B

Met het vervallen van paragraaf 6a worden de oorspronkelijk per 1 januari 1998 voorziene aanspraak op ziekenhuisgerelateerde thuiszorg (artikel 14a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering) en de daarvoor geregelde toegangsbijdrage (artikel 14b van voornoemd besluit) uit genoemd besluit verwijderd.

#### **Artikel IV Het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84)**

Met deze wijziging is, hetgeen per 1 januari 1998 zou worden ingevoerd, te weten het als toegelaten aanmerken van instellingen die de ziekenhuisvervarende thuiszorg verlenen alsmede de opheffing van de contracteerplicht ten aanzien van die instellingen, ongedaan gemaakt. Deze verstrekking wordt immers niet ingevoerd.

#### **Artikel V Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden**

A

De wijziging van artikel 2a houdt verband met het bij wettelijk voorschrift regelen dat er sprake is van pro-rata-verrekening van het eigen risico indien er slechts gedurende een deel van het kalenderjaar sprake is van een verzekeringsovereenkomst op grond van 2, eerste lid, van de Wtz.

Het tweede lid betreft de pro-rata-verrekening indien in de loop van het kalenderjaar een dergelijke verzekeringsovereenkomst ingaat. De kalendermaand waarin de verzekeringsovereenkomst ingaat, telt niet mee bij de herberekening. Bijvoorbeeld indien de verzekerde op 1 mei, 10 mei of 31 mei de verzekeringsovereenkomst aangaat, geldt juni als eerste maand die meetelt met de berekening. Het maximale bedrag aan eigen risico wordt in dit voorbeeld vermenigvuldigd met zeven en gedeeld door twaalf.

Het derde lid betreft de pro-rata-verrekening indien in de loop van het kalenderjaar een dergelijke verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd. Bij deze berekening telt de kalendermaand waarin de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd wel mee bij de berekening. Indien bijvoorbeeld de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd op 5 of 28 januari, wordt het maximale bedrag aan eigen risico vermenigvuldigd met een twaalfde.

B

Met de terugheveling van de vergoeding van de kosten van de farmaceutische hulp van het AWBZ-pakket naar onder meer het standaardpakket, is, gelet op de gedetailleerde uitwerking van de inhoud en omvang van deze vergoeding, gekozen voor een koppeling met de regeling daarvan op grond van de Zfw. De inhoud en omvang van de farmaceutische hulp waar de eerste volzin betrekking op heeft, omvat meer dan alleen geneesmiddelen. Het bevat ook bloedproducten, verbandmiddelen en dieetpreparaten. In verband daarmee is in de eerste

volzin het begrip «geneesmiddelen» vervangen door farmaceutische hulp. De tweede volzin betreft het geneesmiddelenvergoedingssysteem zodat het begrip geneesmiddel daar correct is.

C

Met de wijziging van artikel 7 is geregeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleging van de verzekerde thuis door het ziekenhuis, indien het ziekenhuis besluit die thuis te leveren.

Verleent het ziekenhuis geen verpleging ten huize van de verzekerde, terwijl de verzekerde daar wel op is aangewezen, dan zal hij een beroep moeten doen op de AWBZ-thuiszorg.

#### **Artikel VI**

Met ingang van 1 januari 1998 wordt een onderscheid ingevoerd tussen de intensieve thuiszorg en de verpleging en verzorging die deel uitmaakt van de AWBZ-aanspraak thuiszorg. Met deze afbakening van de intensieve thuiszorg wordt de aanspraak op AWBZ-thuiszorg gemaximeerd tot 3 uren verpleging en verzorging per dag. Aangezien voor 1 januari 1998 deze maximering niet geldt en het mede gelet op de procedure op grond van artikel 6, achtste lid, van de AWBZ eerst in een laat stadium bekend is dat deze maximering wordt ingevoerd, is het aangewezen dat een overgangsregeling wordt getroffen voor verzekerden die op 31 december 1997 meer dan 3 uren verpleging of verzorging verleend krijgen. Met de in artikel VI opgenomen bepaling behouden deze verzekerden nog tot 1 juli 1998 in het kader van de AWBZ aanspraak op thuiszorg, zoals die voor 1 januari 1998 van kracht is. Daarmee krijgen deze verzekerden voldoende tijd de intensieve of aanvullende thuiszorg te regelen in aanvulling op de gemaximeerde verpleging of verzorging uit hoofde van de AWBZ-aanspraak.

#### **Artikel VII**

In het eerste lid is geregeld dat de instellingen voor thuiszorg die op 31 december 1997 voor het verlenen van de in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering omschreven thuiszorg een overeenkomst met een uitvoeringsorgaan hebben, tot 1 januari 1999 op grond van artikel 8, eerste lid, van de AWBZ zijn toegelaten.

In het tweede lid is geregeld dat de op 31 december 1996 toegelaten kruisorganisaties tot 1 januari 1999 als instelling voor thuiszorg op grond van artikel 8, eerste lid, van de AWBZ zijn toegelaten. Hetzelfde is in het derde lid van artikel VII geregeld voor de instellingen die op 31 december 1996 als instelling voor gezinsverzorging subsidie ontvingen op grond van artikel 39, derde lid, onder h, van de Wfv.

Met ingang van 1 januari 1999 geldt voor de hiervoor bedoelde instellingen weer de toelating bij ministeriële beschikking.

#### **Artikel VIII**

De aanspraak op vergoeding van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg uit hoofde van de Wtz komt met ingang van 1 januari 1998 te vervallen. Voor Wtz-verzekerden die op 31 december 1997 een vergoeding krijgen voor de kosten van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg, is in artikel VIII een overgangsbepaling opgenomen. Hiermee kunnen deze verzekerden na 1 januari 1998 een vergoeding krijgen voor de afronding van de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg die in de laatste 13 weken van 1997 is gestart en die na 1 januari 1998 wordt voortgezet. In het kader van deze overgangsregeling zijn de in 1997 geldende voorwaarden van kracht.

## **Artikel IX**

De afwijkende bepaling met betrekking tot de inwerkingtreding van artikel I ten opzichte van de artikelen II tot en met VIII van dit besluit houdt verband met artikel 6, achtste lid, van de AWBZ. Het is de bedoeling dat ook artikel I met ingang van 1 januari 1998 in werking treedt.

Ingevolge artikel 2, vijfde lid, van de Wtz dient de zakelijke inhoud van de voorgenomen wijziging van het standaardpakket (artikel V van dit besluit) aan de beide Kamers der Staten-Generaal schriftelijk te worden medegedeeld. De wijzigingen treden niet eerder in werking dan nadat 30 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 het vereiste van artikel 2, vijfde lid, van de Wtz ruimschoots voldaan.

Aangezien de ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 1 januari 1999 wordt geregeld, treden artikel III, onderdeel A, en artikel V, onderdeel C, met ingang van 1 januari 1999 in werking.

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

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