



272

Besluit van 22 juni 1999 tot wijziging van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden en twee andere koninklijke besluiten in verband met de inwerkingtreding van de Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Stb. 1999, 16)

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 10 mei 1999, Z/VU-991404;

Gelet op artikel 8, tweede, derde en zesde lid, en artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet en artikel 5 van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998;

De Raad van State gehoord (advies van 2 juni 1999, no. W.13.99.0230/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juni 1999, Z/VU-991700;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering¹ wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel 2, eerste lid, komt te luiden:

1. De verzekerden hebben naast de verstrekkingen, genoemd in artikel 8, eerste lid, van de Ziekenfondswet, aanspraak op:
 - a. ziekenvervoer;
 - b. hulp door een audiologisch centrum;
 - c. erfelijkheidsadvisering;
 - d. niet-klinische haemodialyse;
 - e. chronische intermitterende beademing;
 - f. onderzoek in het kader van tuberculose of tuberculose-infectie;

g. hulp door een trombosedienst; een en ander met inachtneming van het bij of krachtens dit besluit bepaalde.

B. Het opschrift van paragraaf 2 komt te luiden:

§ 2. Huisartsenzorg en paramedische zorg.

C. Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

1. Huisartsenzorg te verlenen door een huisarts omvat genees- en heelkundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is, met uitzondering van vaccinatie ten behoeve van preventie van influenza.

2. De plaats waar de in het eerste lid bedoelde zorg wordt verleend, wordt bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

D. Artikel 4 vervalt.

E. Artikel 5 komt te luiden:

Artikel 5

1. Paramedische zorg omvat:

a. door een huisarts of specialist voorgeschreven zorg, te verlenen door heilgymnasten-masseurs, fysiotherapeuten en oefentherapeuten;

b. door een huisarts, specialist of tandarts-specialist voorgeschreven zorg, te verlenen door logopedisten.

2. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld met betrekking tot de omvang van de zorg, bedoeld in het eerste lid, de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat en de plaats waar de zorg wordt verleend.

F. In het opschrift van de paragrafen 3, 4 en 5 wordt «hulp» telkens vervangen door: zorg.

G. In de artikelen 6, 7, 9 en 10 wordt «hulp» telkens vervangen door: zorg.

H. Het opschrift van paragraaf zes komt te luiden:

§ 6. Medisch-specialistische zorg.

I. Artikel 12 komt te luiden:

Artikel 12

1. Medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet omvat:

a. genees-, heel- en verloskundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is;

b. bij ministeriële regeling aan te wijzen vormen van transplantaties van weefsel en organen alsmede vergoeding van bij die regeling nader te bepalen kosten, verband houdend met het verkrijgen van het meest passende transplantatiemateriaal, een en ander onder voorwaarden bij die regeling vast te stellen.

c. met een pleeggezin overeengekomen verpleging in dat gezin, tenzij er sprake is van verblijf in een gezinsvervangend tehuis als bedoeld in de

artikelen 12, 21, 22 en 25 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde of op verwijzing van de specialist naar wie de verzekerde werd verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige.

3. Bij ministeriële regeling kan de omvang van de in het eerste lid, onder a, bedoelde zorg worden beperkt en kan de aanspraak daarop afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

J. Artikel 13 komt te luiden:

Artikel 13

1. Medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet omvat genees-, heel- en verloskundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde of op verwijzing van de specialist naar wie de verzekerde werd verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige.

3. De plaats waar de in het eerste lid bedoelde zorg wordt verleend, wordt bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

4. Bij ministeriële regeling kan de omvang van de in het eerste lid bedoelde zorg worden beperkt en kan de verstrekking ervan afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

K. Artikel 14, eerste lid, komt te luiden:

1. Op opname gedurende het etmaal in een ziekenhuis bestaat slechts aanspraak voor zover er sprake is van verblijf in de laagste klasse en dit verblijf een onafgebroken periode van 365 dagen in een of meer ziekenhuizen niet te boven gaat;

L. Na artikel 14 wordt een artikel 14a ingevoegd, luidende:

Artikel 14a

1. Op opname in een ziekenhuis bestaat aanspraak indien en zolang de verzekerde redelijkerwijs op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis is aangewezen.

2. Indien de verzekerde op grond van het eerste lid in verband met verloskundige zorg in een ziekenhuis verblijft, heeft zowel de moeder als het kind aanspraak op opname in dat ziekenhuis.

3. In afwijking van het eerste lid bestaat aanspraak op opname gedurende het etmaal in een ziekenhuis tot vier weken nadat het ziekenfonds heeft vastgesteld dat een indicatiebesluit op grond van het Zorgindicatiebesluit is genomen waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg, bedoeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

M. In artikel 17, tweede, vierde en vijfde lid, wordt «artikel 13» vervangen door: artikel 14a.

N. Het opschrift van paragraaf veertien komt te luiden:

§ 14. Revalidatiezorg.

O. Artikel 23 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.

2. In het tweede tot en met het zesde lid wordt «revalidatie» telkens vervangen door: revalidatiezorg.

P. Na artikel 23 wordt ingevoegd:

§ 14a. Onderzoek in het kader van tuberculose of tuberculose-infectie.

Artikel 23a

Onderzoek in het kader van de behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie omvat onderzoek op aanvraag van een arts die verbonden is aan een gemeentelijke gezondheidsdienst.

ARTIKEL II

Het Besluit voortzetting verstrekkingen ziekenfondsverzekering² wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onder a, komt te luiden:

a. medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a en c, van de Ziekenfondswet, ten hoogste voor de duur van de aan de verzekerde hiervoor afgegeven verwijs- of herhalingskaarten.

2. In het eerste lid vervalt onderdeel b en worden de onderdelen c en d verletterd in b en c.

3. In het tweede lid vervalt: , gehoord de adviserend tandarts, als bedoeld in artikel 1, onder a, van het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1968, 254),.

B. Artikel 2 komt te luiden:

Artikel 2

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit voortzetting verstrekkingen ziekenfondsverzekering.

ARTIKEL III

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84)³ komt te luiden:

Artikel 1

Voor de toepassing van de Ziekenfondswet wordt een instelling, behorende tot een of meer van de hierna genoemde categorieën van instellingen, aangemerkt als toegelaten:

- a. instellingen die huisartsenzorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder d, van de Ziekenfondswet verlenen;
- b. instellingen die medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet verlenen;
- c. instellingen die paramedische zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder h, van de Ziekenfondswet verlenen;
- d. instellingen die verloskundige zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder e, van de Ziekenfondswet verlenen;
- e. instellingen die tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder g, van de Ziekenfondswet verlenen;
- f. instellingen die farmaceutische zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder j, van de Ziekenfondswet verlenen;
- g. instellingen die ambulancevervoer als bedoeld in de Wet ambulancevervoer verrichten;
- h. instellingen, andere dan die bedoeld onder g, die ziekenvervoer verlenen als bedoeld in artikel 16 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering verlenen;
- i. instellingen die hulpmiddelen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder i, van de Ziekenfondswet verschaffen;
- j. instellingen die hulp in het kader van erfelijkheidsadvisering als bedoeld in artikel 20 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering verlenen;
- k. instellingen die kraamzorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder f, van de Ziekenfondswet verlenen.

ARTIKEL IV

Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden⁴ wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel 2 wordt als volgt gewijzigd:

1. De aanhef komt te luiden: De in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 bedoelde overeenkomst van standaardverzekering omvat naast vergoeding van de kosten van de in artikel 5 van die wet genoemde vormen van zorg vergoeding van de kosten van de navolgende vormen van zorg op het gebied van de gezondheidszorg.

2. Onderdeel f komt te luiden:

f. onderzoek in het kader van de behandeling van tuberculose en tuberculose-infectie;

3. Onderdeel h vervalt en onderdeel i wordt verletterd in h.

B. In artikel 2a, tweede en derde lid, wordt «verzekeringsovereenkomst» telkens vervangen door «overeenkomst van standaardverzekering» en wordt «2, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen» vervangen door «artikel 3, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998».

C. Voor artikel 3 wordt «a. Genees- en heelkundige hulp» gewijzigd in:

a. Huisartsenzorg en paramedische zorg.

D. Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

De vergoeding van de kosten van huisartsenzorg omvat de kosten van genees- en heelkundige zorg te verlenen door een huisarts naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebrui-

kelijk is, met uitzondering van vaccinatie ten behoeve van preventie van influenza.

E. Na artikel 3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3a

Vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat de kosten van zorg te verlenen door heilgymnasten-masseurs, fysiotherapeuten, oefentherapeuten of logopedisten, naar omvang bij ministeriële regeling vastgesteld.

F. Voor artikel 4 wordt «b. Verloskundige hulp» vervangen door:
b. Verloskundige zorg.

G. Artikel 4 wordt als volgt gewijzigd:
1. Het tweede lid alsmede de aanduiding «1» voor het eerste lid vervallen.
2. In de tekst wordt «hulp» telkens vervangen door «zorg» en vervalt «een specialist,».

H. Voor artikel 5 wordt «c. Tandheelkundige hulp» vervangen door:
c. Tandheelkundige zorg.

I. In artikel 5 wordt «hulp» telkens vervangen door: zorg.

J. Voor artikel 6 wordt «d. Farmaceutische hulp» vervangen door:
d. Farmaceutische zorg.

K. In artikel 6 wordt «hulp» telkens vervangen door: zorg.

L. Voor artikel 7 wordt «e. Verpleging en behandeling in een ziekenhuis» vervangen door:
e. Medisch-specialistische zorg.

M. Artikel 7 wordt als volgt gewijzigd:
1. Het eerste lid, aanhef, komt te luiden: Vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis omvat:
2. In het eerste lid worden de onderdelen a en b verletterd in b en c en wordt een nieuw onderdeel a ingevoegd, luidende:
a. genees-, heel- en verloskundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is;
2. Het tweede lid vervalt en het derde lid wordt vernummerd in het tweede lid.
3. Het tweede lid (nieuw) wordt als volgt gewijzigd:
a. In de aanhef, vervalt «van verpleging en behandeling» en wordt «onder b» vervangen door «onder c»;
b. In onderdeel b c wordt «Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen» vervangen door: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998.
4. Het vierde lid vervalt.

N. Artikel 8 wordt als volgt gewijzigd:
1. In het eerste lid wordt «verpleging en behandeling in een ziekenhuis» vervangen door: medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis.
2. Het tweede lid komt te luiden:
2. De vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis omvat voorts niet de bij ministeriële regeling aangewezen kosten.

O. Na artikel 9 wordt een artikel 9a ingevoegd, luidende:

Artikel 9a

1. Vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg, verleend anders dan door of vanwege een ziekenhuis, omvat de kosten van genees-, heel- en verloskundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

2. Vergoeding van de kosten van de zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet de bij ministeriële regeling aangewezen kosten.

3. Vergoeding van de kosten van de zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat voorts niet de kosten van zorg, te verlenen door een psychiater of zenuwarts.

P. Na artikel 12 wordt ingevoegd:

j. Onderzoek in het kader van tuberculose of tuberculose-infectie.

Artikel 13

Vergoeding van de kosten van onderzoek in het kader van de behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie omvat de kosten van onderzoek op aanvraag van een arts die verbonden is aan een gemeentelijke gezondheidsdienst.

Q. Voor artikel 16 wordt «m. Revalidatie» vervangen door:

m. Revalidatiezorg.

R. Artikel 16 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. De vergoeding van de kosten van revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard omvat de kosten van onderzoek, behandeling en advisering te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.

2. In het tweede tot en met het vierde lid wordt «revalidatie» telkens vervangen door: revalidatiezorg.

ARTIKEL V

Na de inwerkingtreding van dit besluit is de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering gebaseerd op artikel 5, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en is het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden tevens gebaseerd op artikel 3a van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

ARTIKEL VI

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 februari 2000.

¹ Stb. 1996, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 15 februari 1999, Stb. 109.

² Stb. 1969, 517, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 20 december 1988, Stb. 650.

³ Laatstelijk gewijzigd bij besluit van 7 november 1997, Stb. 530.

⁴ Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 18 januari 1999, Stb. 64.

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 10 augustus 1999, nr. 151.

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

's-Gravenhage, 22 juni 1999

Beatrix

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

Uitgegeven de zesde juli 1999

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

Met ingang van 1 februari 2000 treedt de Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Stb. 1999, 16) in werking. Met deze wet zijn de aanspraken op zorg op grond van de Ziekenfondswet in hoofdlijnen op wetsniveau geregeld. Dit was al zo geregeld in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998).

Het doel van de Wet van 24 december 1998 is de aparte aanspraken op medisch-specialistische zorg en overige ziekenhuiszorg samen te voegen tot één aanspraak. De aanspraak op deze zorg is met de inwerkingtreding van genoemde wet geregeld in artikel 8, eerste lid, aanhef en onder a, van de Ziekenfondswet. Naast de medisch-specialistische zorg die wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis, regelt de wet aanspraak op medisch-specialistische zorg die geheel buiten het ziekenhuis wordt verleend en waarbij op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van ziekenhuisfaciliteiten (artikel 8, eerste lid, aanhef en onder c). Hetzelfde geldt voor de Wtz 1998.

In verband met de inwerkingtreding van de wet dienen het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (verder te noemen: Verstrekkingenbesluit) en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (verder te noemen: Vergoedingenbesluit) en nog twee andere koninklijke besluiten te worden aangepast aan de gewijzigde wettelijke omschrijvingen. Het onderhavige besluit strekt daartoe.

Voor het nader regelen van de medisch-specialistische zorg zal er op het moment van de inwerkingtreding van dit besluit een ministeriële regeling zijn vastgesteld. Deze regeling vervangt, voor zover niet in dit besluit geregeld is, de Beschikking beperking voorschrijven en aanpassen van contactlenzen ziekenfondsverzekering, het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering, het Besluit niet-klinische buitenlichamelijke bevruchting ziekenfondsverzekering en de Regeling niet-klinische plastisch-chirurgische hulp ziekenfondsverzekering en wijzigt onder meer de Regeling eigen bijdrage kraamzorg ziekenfondsverzekering. Tevens zal het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden op dat moment zijn aangepast.

2. Artikelen

A

Het eerste lid van artikel 2 van het Verstrekkingenbesluit is gewijzigd, omdat de verstrekkingen waarop aanspraak bestaat met de hiervoor genoemde Wet van 24 december 1998 in artikel 8, eerste lid, van de Ziekenfondswet in beginsel zelf genoemd zijn. Het gaat om de hoofdvormen van zorg waarop ingevolge de Ziekenfondswet aanspraak bestaat.

In het tweede lid van artikel 8 van de Ziekenfondswet is bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat tevens op verstrekking van andere zorg aanspraak bestaat. Van die bevoegdheid is in het gewijzigde eerste lid gebruik gemaakt.

B tot en met E

Het nader regelen van de medisch-specialistische zorg is met dit besluit geheel geschied in paragraaf 6. In verband hiermee is paragraaf 2, alsmede het opschrift van deze paragraaf gewijzigd.

In artikel 3 (nieuw) is de huisartsenzorg nader geregeld, zoals dat was geregeld in het oude artikel 3, eerste lid, aanhef en onder a, en het oude artikel 4, eerste lid.

Artikel 5 (nieuw) regelt de paramedische zorg zoals die geregeld was in de oude artikelen 3, eerste lid, aanhef, en de onderdelen d, e en f, en 5.

F en G

In het gewijzigd artikel 8 van de Ziekenfondswet wordt de term «zorg» gebruikt in plaats van «hulp». De opschriften van de paragrafen 3, 4, 5 en de artikelen 6, 7, 9 en 10 zijn daarop aangepast.

H

Het opschrift van paragraaf 6 is aangepast aan de nieuwe terminologie. Bovendien is het nader regelen van de medisch-specialistische zorg waarop aanspraak bestaat met dit besluit geheel in deze paragraaf geregeld.

I

Artikel 12 bevat nadere regels met betrekking tot de medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis. Bij de omvang van de medisch-specialistische zorg gaat het in de eerste plaats om zorg zoals die in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is (12, eerste lid, onder a). Dit betreft het criterium zoals dat geregeld was in artikel 3, onder b, (oud) van het Verstrekkingenbesluit.

Het gebruikelijkheids criterium gold voorheen naar de letter slechts voor de niet-klinische specialistische hulp. In de nieuwe omschrijving strekt het zich ook uit tot de klinische.

Het gebruikelijkheids criterium heeft twee functies. In de eerste plaats grenst het huisartsenzorg van medisch-specialistische zorg af. In de tweede plaats bepaalt het ook nog eens de grenzen van beide zorgvormen elk voor zich. Wat dit laatste betreft slaat het woord gebruikelijk niet zozeer op de frequentie waarin een verrichting of behandelingswijze toepassing vindt. Het verklaart die zorg tot deel van de verstrekking, welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord houding maakt duidelijk dat niet bepaald is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroeps-beoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het verstrekingskarakter van die zorg een gegeven. Daarmee is niet gezegd dat de verzekerde de verlening van die zorg kan verlangen. Het is de arts die vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelingswijze bepaalt. Bij de arts kunnen doelmatigheids- of kwaliteitsoverwegingen aanleiding zijn in het concrete geval van het verlenen van de verlangde zorg af te zien of een andere keuze te maken binnen het geheel van de zorg die gebruikelijk is. Van ziekenfondsen en zorgverleners wordt wettelijk zelfs met zoveel woorden verlangd, dat zij met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken omtrent kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde hulp maken (artikel 44, derde lid, van de Ziekenfondswet). Die afspraken kunnen de vorm aannemen van of aanknopen bij gedragsregels die in de overeenkomsten zelf zijn vervat

respectievelijk gedragsregels die binnen de beroepsgroep zelf als normen voor een verantwoord beroepsmatig en vakmatig handelen worden gehanteerd.

Dat bepaalde zorg gebruikelijk is en mitsdien tot de verstrekking behoort, wil niet zeggen dat daarmee ook de aanspraak een gegeven is. Voor het merendeel van de verstrekkingen gelden voorwaarden als verwijzing en toestemming van het ziekenfonds, waaraan moet zijn voldaan om de aanspraak daarop tot gelding te kunnen brengen. Daarbij gaat het er dus niet om of de verzekerde voor die zorg verzekerd is, doch om een nadere beslissing omtrent de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

De vraag of zorg al of niet gebruikelijk is, staat primair ter beantwoording van het ziekenfonds, dat als enige verantwoordelijk is voor de juiste toepassing van de verstrekkingbepalingen. Bij twijfel doet een verzekerde er dan ook verstandig aan bij zijn ziekenfonds naar het verstrekkingkarakter van de gewenste zorg te informeren. De zorgverlener dient bij twijfel aan zijn kant uiteraard wel de verzekerde hierover te informeren, doch deze informatie kan in het algemeen het ziekenfonds niet binden. De praktijk laat overigens zien dat ziekenfondsen met twijfelgevallen prudent weten om te gaan.

Een ziekenfonds dat voor aangevraagde zorg toestemming heeft verleend, zal zich in beginsel niet meer achteraf op het niet-gebruikelijke karakter van verleende zorg kunnen beroepen. Dit is slechts anders, indien de verzekerde begreep of moest begrijpen dat de verleende zorg een andere is dan in de toestemmingsaanvraag besloten lag. Het risico van het niet-gebruikelijk zijn van de zorg keert zich dan tegen de verzekerde zelf.

Omgekeerd heeft een ziekenfonds geen recht van spreken meer, indien het systematisch bewilligt in het vragen van toestemming in de loop van de behandeling of zelfs daarna. Daardoor ontnemt het verzekerden en zichzelf de mogelijkheid tijdig, dat wil zeggen vooraf, het ontbreken van de aanspraak te onderkennen en verstrekking van niet-gedekte zorg te voorkomen. Het risico kan het ziekenfonds in dat geval niet op de verzekerde afschuiven, tenzij ook hier de verzekerde wist of moest begrijpen dat het om niet-gebruikelijke zorg ging.

Het eerste lid, onder b, van het nieuwe artikel 12 betreft de aanwijzing bij ministeriële regeling van transplantatie van weefsel en organen die, onder voorwaarden, onder de aanspraak vallen. Bij die regeling kan tevens bepaald worden dat bepaalde kosten verbandhoudende met het verkrijgen van het meest passende transplantatiemateriaal, onder voorwaarden, onder de aanspraak vallen. Daarbij gaat het niet om alle kosten die in verband met de transplantatie worden gemaakt, maar alleen die kosten die bij ministeriële regeling zijn bepaald.

Artikel 12, eerste lid, onder c, betreft de zorg die bestaat uit met een pleeggezin overeengekomen verpleging in een gezin. Het gaat hier om de zorg die sinds 1968 bekend staat als door de instelling gewaarborgde verpleging in gezinnen. Deze bepaling is thans geherformuleerd zoals dat ook al is geschied in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (artikelen 10, tweede lid, 20, eerste lid, onder b, en 23, tweede lid). De materie is, net als bij die bepalingen, thans geheel bij algemene maatregel van bestuur geregeld. De bepaling kent dan ook geen ministeriële bevoegdheid meer. Dit betekent dat de regeling «het Besluit voorwaarden gezinsverpleging ziekenfondsverzekering» met ingang van 1 februari 2000 van rechtswege vervalft.

Het tweede lid betreft hetgeen voorheen in artikel 4, tweede lid, (oud) geregeld was.

In het derde lid is voor de zorg in het eerste lid, onder a, geregeld dat de zorg bij ministeriële regeling kan worden beperkt en afhankelijk kan worden gesteld van te stellen voorwaarden. Voorheen was dit geregeld in artikel 5 (oud) en artikel 13 (oud).

Artikel 12, derde lid, (oud) is vervallen, omdat met artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet ook de aanspraak op transmurale zorg is geregeld. Zoals in de nota van toelichting op het wetsvoorstel is aangegeven, is het door de formulering «door of vanwege een ziekenhuis» voor het ziekenhuis mogelijk gemaakt om zorg buiten de muren te verlenen (kamerstukken II 1996/97, 25 258, nr. 3, blz. 5). Met ingang van 1 februari 2000 gaat het dus niet meer alleen om verpleging buiten de muren, maar om alle zorg te verlenen door of vanwege een ziekenhuis. Gelet op de omschrijving in de wet bestaat slechts aanspraak op transmurale verpleging, verzorging, paramedische hulp of farmaceutische hulp indien deze onderdeel vormt van de door of vanwege een ziekenhuis te verlenen medisch-specialistische zorg.

J

In artikel 13 is de medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet, nader geregeld. Het betreft medisch-specialistische zorg die geheel buiten het ziekenhuis wordt verleend en waarbij op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van ziekenhuisfaciliteiten. De nadere regels betreffen hetgeen voorheen in artikel 3, eerste lid, onder b, sub 1 (oud) en 4 (oud) geregeld was.

K

Artikel 14, eerste lid, is aangepast aan de terminologie van artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet.

L

De indicatievereisten voor opname in het ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan, zoals die op grond van het oude artikel 13 van het Verstrekkingenbesluit waren geregeld in artikel 3 en 3a van het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering, zijn thans in het nieuwe artikel 14a geregeld. Het derde lid van artikel 14a betreft hetgeen voorheen in artikel 3, derde lid, van het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering geregeld werd. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat na die vier weken het verblijf in een ziekenhuis van een verzekerde die een verpleeghuisindicatie heeft, gesubsidieerd wordt uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, indien het verblijf verband houdt met een tekort aan plaatsingsmogelijkheden in een verpleeginrichting.

N en O

Het opschrift van paragraaf 14 en artikel 23 zijn aangepast aan de formulering van artikel 8, eerste lid, onder b, van de Ziekenfondswet.

P

Artikel 23a betreft hetgeen in artikel 3, tweede lid, (oud) was geregeld.

Artikel II

Artikel 1, eerste lid, van het Besluit voorzetting verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is aangepast vanwege de gewijzigde aanspraak op medisch-specialistische zorg.

Het tweede lid van die bepaling is aangepast omdat het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering met ingang 1 januari 1995 is komen te vervallen en daarmee ook het bij ministeriële regeling noemen en definiëren van «adviserend tandarts» (artikel 1, onder a, van de vervallen regeling).

Artikel III

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84) is aangepast aan de terminologie van artikel 8, eerste lid, van de Ziekenfondswet.

Wat betreft artikel 1, onderdeel b, zij opgemerkt dat, zoals aangegeven is in de memorie van antwoord (kamerstukken I 1997/98, 25 258, nr. 237b, pagina 8), onder deze instellingen ook vallen de zelfstandige behandelcentra die met de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 februari 1998, nr. VPZ/PBIZ-98506 (Stcrt. 30) als ziekenhuisvoorzieningen als bedoeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen zijn aangewezen. Deze instellingen zijn dus voor de toepassing van de Ziekenfondswet als toegelaten aangemerkt en daarvoor geldt, ingevolge artikel 2 van voornoemd besluit, dat ziekenfondsen niet verplicht zijn om een overeenkomst met zo'n centrum aan te gaan.

Artikel IV

A

De opsomming van de hulp die op grond van de Wtz 1998 vergoed wordt, is aangepast, omdat de onderdelen hulpmiddelen en revalidatie per 1 februari 2000 in de wet zelf geregeld zijn. Tevens is het onderdeel «onderzoek in het kader van de behandeling van tuberculose en tuberculose-infectie» toegevoegd, omdat met betrekking tot dit onderzoek thans een apart onderdeel in het Vergoedingenbesluit is opgenomen.

C, D en E

Onderdeel a heeft met dit besluit niet meer betrekking op medisch-specialistische zorg. In verband daarmee zijn het opschrift en artikel 3 aangepast en is artikel 3a ingevoegd. In het nieuwe artikel 3 is de vergoeding van de kosten van huisartsenzorg nader geregeld. Dit was het oude artikel 3, eerste lid, aanhef en onderdeel a.

Artikel 3a betreft hetgeen geregeld was in artikel 3, eerste lid, aanhef en onder d en e, (oud).

F, H tot en met K

In het nieuwe artikel 5 van de Wtz 1998 wordt de term «zorg» gebruikt in plaats van hulp. De opschriften van de onderdelen b, c en d en de artikelen 5 en 6 zijn hierop aangepast.

G

Het tweede lid van artikel 4 kon komen te vervallen, omdat met ingang van 1 januari 1998 de bij ministeriële regeling vast te stellen maximale vergoeding gelijk is geworden aan het op grond van de Wet op de tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief. Materieel wordt dus geen invulling meer gegeven aan deze bepaling. Artikel 2 van het Uitvoeringsbesluit vergoedingenbesluit particulier verzekerden zal komen te vervallen.

De verloskundige zorg als onderdeel van de medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis of van de medisch-specialistische zorg die wordt verleend anders dan door of vanwege een ziekenhuis, is met dit besluit in het gewijzigde artikel 7 en het nieuwe artikel 9a van het Vergoedingenbesluit geregeld. In verband hiermee is «een specialist» komen te vervallen. Tevens is ook het woord «hulp» vervangen door: zorg.

L

Het opschrift van onderdeel e is aangepast aan de nieuwe terminologie. Bovendien is het nader regelen van de vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg waarop aanspraak bestaat met dit besluit geheel in dit onderdeel geregeld.

M

In artikel 7 is de vergoeding van de kosten van de medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis nader geregeld. Aan artikel 7, eerste lid, is een nieuw onderdeel a toegevoegd, zodat in deze bepaling zowel de vergoeding van de kosten van niet-klinische als van de klinische medisch-specialistische zorg is geregeld. Geregeld is dat de omvang van de zorg die vergoed wordt, wordt bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. Ook hier gold het criterium voorheen naar de letter slechts voor de niet-klinische zorg (artikel 3, eerste lid, onder b (oud) van het Vergoedingenbesluit). Zie voor een verdere toelichting op dit criterium de toelichting op artikel I, onderdeel I.

De aparte regeling van de vergoeding van dagverpleging in artikel 7, tweede lid (oud), is vervallen omdat in de Wtz 1998 zelf bepaald is dat het gaat om opnemingsgedurende het etmaal of een deel daarvan.

Het oude vierde lid is komen te vervallen, omdat met artikel 5 van de Wtz 1998 geregeld is dat ook aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van transmurale ziekenhuiszorg.

N

Artikel 8 is aangepast aan de terminologie van artikel 5 van de Wtz 1998.

O

In het nieuwe artikel 9a wordt de vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg, verleend anders dan door of vanwege een ziekenhuis, nader geregeld.

P

Artikel 13 betreft hetgeen geregeld was in artikel 3, eerste lid, aanhef en onder f (oud). Deze bepaling is met dit besluit in een nieuw onderdeel j met het opschrift «Onderzoek in het kader van tuberculose of tuberculose-infectie» opgenomen.

Q en R

Het opschrift van onderdeel m en artikel 16 zijn aangepast aan de terminologie van artikel 5 van de Wtz 1998.

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