



511

Besluit van 20 november 2000 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden met betrekking tot ergotherapie, hulp in andere lidstaten van de Europese Unie en de eigen risico's

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 14 juli 2000, Z/VU-2088281;

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

De Raad van State gehoord (advies van 19 oktober 2000, no.W13.00.0331/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 november 2000, Z/VU-2126930;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering¹ wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 5 wordt als volgt gewijzigd:

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

c. door een huisarts, specialist of verpleeghuisarts voorgeschreven advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

2. In het tweede lid wordt «bedoeld in het eerste lid» vervangen door: bedoeld in het eerste lid, onder a en b.

B

In artikel 15 wordt het zesde lid vernummerd tot vijfde lid.

Artikel II

Het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden² wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2a, eerste lid, komt te luiden:

1. Behoudens voor zover in dit besluit anders is bepaald, wordt per kalenderjaar van de kosten van de zorg een bedrag van f 105 per polis, indien daarop een alleenstaande is verzekerd, dan wel twee maal dat bedrag per polis, indien daarop meer dan een persoon is verzekerd, niet vergoed.

B

Artikel 2b wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «worden de bedragen, genoemd in artikel 2a» gewijzigd in: wordt het bedrag, genoemd in artikel 2a, eerste lid.

2. In het tweede lid wordt «De berekende bedragen worden» gewijzigd in: Het berekende bedrag wordt.

C

Artikel 3a wordt als volgt gewijzigd:

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

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat tevens de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

D

Artikel 9 vervalt.

E

In artikel 10, derde lid, tweede volzin, wordt «een bedrag van f 100 per polis, indien daarop meer dan een persoon verzekerd is, dan wel een bedrag van f 50 per polis, indien daarop een alleenstaande is verzekerd» vervangen door: een bedrag van f 50 per polis, indien daarop een alleenstaande is verzekerd, dan wel twee maal dat bedrag per polis, indien daarop meer dan een persoon is verzekerd.

F

In paragraaf 5 wordt voor artikel 20 ingevoegd:

Artikel 19

1. De in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 bedoelde overeenkomst van standaardverzekering omvat eveneens vergoeding van in een andere lidstaat van de Europese

Unie verleende zorg, voor zover die zorg overeenkomt met zorg op vergoeding waarvan ingevolge dit besluit aanspraak bestaat. De vergoeding bedraagt ten hoogste 100% van de kosten die zouden zijn vergoed indien de zorg in Nederland zou zijn verleend.

2. Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met de verleende zorg, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal het bedrag dat gelijk is aan de kosten van zodanig vervoer tussen de woonplaats van de verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

G

Artikel 20 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. De in artikel 3, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 bedoelde overeenkomst van standaardverzekering omvat eveneens vergoeding gedurende maximaal 365 dagen van de kosten van spoedeisende opname en verblijf in een ziekenhuis in het buitenland alsmede vergoeding van de kosten van spoedeisende medisch-specialistische zorg, spoedeisende farmaceutische zorg en spoedeisende huisartsenzorg in het buitenland, een en ander tot ten hoogste 200% van de kosten die zouden zijn vergoed indien de zorg met toepassing van dit besluit in Nederland zou zijn verleend.

2. In het tweede lid wordt «hulp» vervangen door: zorg.

3. Voor de punt aan het slot van derde lid wordt tussengevoegd: en de opnemings- of de behandeling niet kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

¹ Stb. 1996, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 8 juli 1999, Stb. 335.

² Stb. 1986, 132, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 22 juni 1999, Stb. 272.

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 9 januari 2001, nr. 6.

Artikel III

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2001.

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

's-Gravenhage, 20 november 2000

Beatrix

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

Uitgegeven de *vijfde* december 2000

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

1.1. Inleiding

Het onderhavige besluit strekt ertoe enkelvoudige extramurale ergotherapie per 1 januari 2001 als aanspraak op grond van de Ziekenfondswet te regelen. Tevens wordt aanspraak op vergoeding ervan ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) 1998 geregeld. Daartoe zijn met dit besluit het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden gewijzigd.

Tevens is met dit besluit het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden op enkele andere punten gewijzigd. Deze betreffen wijziging in verband met de arresten Kohll en Decker, herformulering van bepalingen die betrekking hebben op de eigen risico's en het laten vervallen van artikel 9.

1.2. Ergotherapie

Ergotherapie maakt reeds lange tijd deel uit van de op grond van de Ziekenfondswet, Wtz 1998, onderscheidenlijk Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregelde verstrekkingen revalidatie-, verpleeg- en ziekenhuiszorg. In dat kader is deze hulp beschikbaar voor ziekenfonds- en Wtz-verzekerden in die zin dat deze verzekerden dan aangewezen moeten zijn op deze meeromvattende zorg. Enkelvoudige extramurale ergotherapie, dat wil zeggen behandeling door een ergotherapeut van een verzekerde los van de overige revalidatie-, verpleeg- en ziekenhuiszorg maakte tot nu toe geen onderdeel uit van het ziekenfonds- en Wtz-pakket. Dit heeft het tot ontwikkeling komen van een toegankelijk en goed beschikbaar aanbod aan enkelvoudige ergotherapie belemmerd.

Enkelvoudige extramurale ergotherapie als zelfstandige, separate voorziening biedt patiënten de mogelijkheid de dagelijkse activiteiten in de eigen omgeving zo goed mogelijk te verrichten. Ergotherapie richt zich daarbij op revalidatie, reactivering en resocialisering van de patiënt. Ergotherapie kan op die wijze het onnodig gebruik van zware en dure intramurale voorzieningen of voorzieningen van dagbehandeling terugdringen. Het belang van enkelvoudige ergotherapie in de eerste lijn is in het verleden aangetoond in diverse onderzoeken, experimenten en projecten.

Op 1 maart 1995 heeft een Algemeen Overleg plaatsgevonden met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het chronisch-ziekenbeleid (kamerstukken II, 1994/95, 22 025, nr. 9). Tijdens dit overleg zijn de problemen met betrekking tot de ergotherapie in de eerste lijn aan de orde geweest. In dit overleg is toegezegd om na te gaan wat de mogelijkheden zijn om ergotherapie ook in de eerste lijn mogelijk te maken.

Op 13 december 1995, PAO/MPVV/9511694, heb ik daarom de toenmalige Ziekenfondsraad verzocht de opnemings van enkelvoudige extramurale ergotherapie in het ziekenfondspakket voor te bereiden.

Omdat voorzien was dat daarmee de nodige tijd gemoeid zou zijn, heb ik de Ziekenfondsraad verzocht in de tussenliggende periode de enkelvoudige extramurale ergotherapie te subsidiëren op grond van de Ziekenfondswet. Dit bood tegelijkertijd de mogelijkheid een goed inzicht te verwerven in de daadwerkelijke vraag naar enkelvoudige extramurale ergotherapie en de daarmee verbonden kosten. Tevens bood een

subsidiereregeling reeds vanaf de aanvang goede mogelijkheden voor kostenbeheersing.

Voor Wtz-verzekerden vond vergoeding plaats op basis van coulance. Na de inwerkingtreding van de Wtz 1998 is een vergoedingsregeling op grond van artikel 6, eerste lid, van die wet getroffen.

De subsidieperiode is gestart medio 1996 en eindigde op 31 december 1997. Op 28 augustus 1997 heeft de Ziekenfondsraad het rapport «Evaluatie subsidiereregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie» (uitgave Ziekenfondsraad 1997, 756) uitgebracht. In dit rapport onderkende de Ziekenfondsraad het nut van enkelvoudige extramurale ergotherapie als toekomstige zelfstandige verstrekking maar constateerde dat er nog onvoldoende gegevens beschikbaar waren op basis waarvan opname van enkelvoudige extramurale ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket op verantwoorde en doelmatige wijze kon worden voorbereid. Vanwege de korte looptijd van de subsidieperiode was het tijdsbestek waarin de evaluatie moest plaatsvinden verder te kort om een meer cijfermatige onderbouwing op te leveren. Voorts was de tijd te kort om in de verschillende regio's een aanvang te maken met de daadwerkelijke zorgverlening in het kader van de subsidiereregeling. Ook verwijzers bleken nog onbekend te zijn met de mogelijkheid van ergotherapie in de eerste lijn, hetgeen een remmende werking op de uitvoering tot gevolg had. De Ziekenfondsraad gaf als aanbeveling de subsidiereregeling met ten minste twee jaar te verlengen.

Bij brief van 13 oktober 1997, CSZ/EZ-9715 411, heb ik ingestemd met een verlenging van de subsidiereregeling met ten minste twee jaar. Tevens heb ik de Ziekenfondsraad verzocht een nieuwe evaluatie uit te voeren om conclusies te trekken over de wijze waarop een verantwoorde en doelmatige opname als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket mogelijk is.

Op 28 oktober 1999 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) – de opvolger van de Ziekenfondsraad – mij in zijn rapport «Enkelvoudige extramurale ergotherapie» gerapporteerd over de evaluatie en de conclusies die het CVZ daaruit trekt.

Het CVZ concludeert in zijn rapportage dat enkelvoudige ergotherapie in sterke mate voldoet aan de wens tot substitutie van vormen van zwaardere zorg door vormen van lichtere zorg. Bovendien leidt deze zorgvorm tot verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt en tot vermindering van de zorgzwaarte voor mantelzorg en personeel van instellingen. Het CVZ stelt dat deze ergotherapie een zinvolle aanvulling is op het bestaande verstrekkingenpakket.

Naar aanleiding van deze rapportage van het CVZ heb ik besloten te bevorderen dat ergotherapie per 1 januari 2001 opgenomen is in het ziekenfonds- en Wtz-pakket. In mijn brief van 16 december 1999, CSZ/EZ-2021077, heb ik de Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van dit besluit op de hoogte gesteld.

De ergotherapie zoals die in het nieuwe onderdeel c van artikel 5, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is omschreven, komt qua inhoud en omvang overeen met hetgeen onder de subsidiereregeling werd vergoed. Voor de bewoording van deze zorg is dan ook uitgegaan van hetgeen in de subsidiereregeling was omschreven.

In de subsidiereregeling gold als voorwaarde dat de ergotherapie werd verleend door aan instellingen gebonden ergotherapeuten. Het gaat daarbij om de revalidatieinstellingen, ziekenhuizen, verpleeginrichtingen en thuiszorginstellingen. Het aandeel van de vrijgevestigde ergotherapeuten in het zorgaanbod is gering. Niettemin blijkt uit het rapport van het

CVZ dat juist bij deze groep hulpverleners specifieke kennis aanwezig is over de behandeling van kinderen, terwijl die vaak in mindere mate aanwezig is bij de intramuraal werkende ergotherapeuten. Ik heb daarom de aanbeveling van het CVZ overgenomen het mogelijk te maken dat ook vrijgevestigde ergotherapeuten de verstrekking kunnen leveren. Gelet daarop is de zorg waarop aanspraak bestaat, zo geformuleerd dat voor de hulpverlening door ziekenfondsen zowel met instellingen als met vrijgevestigde ergotherapeuten kan worden gecontracteerd.

Het CVZ geeft in zijn rapport aan dat de aanspraak zo moet worden omschreven dat een afbakening wordt aangebracht tussen de verstrekking ergotherapie en fysiotherapie en tussen de verstrekking ergotherapie en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG).

Verder beveelt het CVZ aan eisen te stellen aan de kwaliteit van de zorgverlening.

Ondanks deze aanbevelingen heb ik er toch voor gekozen bij de omschrijving van de zorg uit te gaan van de formuleringen in de subsidie-regeling en wel om de volgende redenen.

Ergotherapie onderscheidt zich, zoals ook in het rapport van het CVZ wordt gesteld, van fysiotherapie, omdat fysiotherapie, anders dan ergotherapie, tot doel heeft het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen aan het bewegingsapparaat. Fysiotherapie richt zich daarbij onder meer op pijnbestrijding en mobiliteitsverbetering. Bij ergotherapie gaat het om advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen. Dit duidelijke onderscheid maakt dat de afbakening helder is.

Uit het rapport van het CVZ en de daarbij gevoegde vervolgevaluatie blijkt dat het nog wel voorkomt dat verzekerden naar de fysiotherapeut worden verwezen, terwijl de ergotherapeut aangewezen is. Deze verkeerde verwijzing wordt, blijkens de rapporten, veroorzaakt doordat ergotherapie nog beperkt bekend is bij huisartsen. Door het regelen van deze zorg als aanspraak zal die bekendheid snel groeien en het verkeerd verwijzen tot het verleden gaan behoren.

Wat betreft de WVG, blijkt uit het rapport van het CVZ en het daarbij gevoegde vervolgevaluatierapport dat een groot deel van de werkzaamheden (79% van de cliënten) van de ergotherapeut betreft instructie en advisering over hulpmiddelen of woningaanpassingen. In het evaluatierapport wordt verwezen naar voorbeelden van afbakeningsproblematiek (bijlage 4 van het vervolgevaluatierapport). Die voorbeelden, waarbij steeds sprake is van een WVG-hulpmiddel, geven echter niet een probleem aan, doch illustreren slechts dat in verschillende gevallen de ergotherapeut op verschillende wijze kan worden ingeschakeld. Uit de voorbeelden en de conclusies van de rapporten blijkt niet dat de hulp van ergotherapeuten bij WVG-hulpmiddelen en WVG-voorzieningen van de aanspraak moet worden uitgesloten. Dat zou ook niet wenselijk zijn, omdat juist daar, zoals hiervoor is aangegeven, het meeste gebruik wordt gemaakt van ergotherapie.

Een ander afbakeningsprobleem dat genoemd wordt, is dat per gemeente in verschillende mate beroep wordt gedaan op ergotherapie.

Dit alles leidt er niet toe dat de verstrekking ergotherapie beperkter moet worden omschreven, maar dat in de overeenkomst tussen het ziekenfonds en de ergotherapeut goede en duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de eenduidige uitvoering van die verstrekking. Langs die weg moet oneigenlijke afwenteling van kosten en ongelijkheid in uitvoering voorkomen worden.

Over de aanbeveling van het CVZ dat aan de kwaliteit van zorgverlening eisen moeten worden gesteld, merk ik op dat de kwaliteit in andere kaders is geregeld. Immers, het systeem is als volgt.

Voor instellingen geldt de Kwaliteitswet zorginstellingen en voor ergotherapeuten de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG).

Alleen degenen die met goed gevolg de op grond van de Wet BIG geregelde opleiding hebben voltooid, mogen de titel van ergotherapeut dragen. Op grond van de Wet BIG is ook het gebied van deskundigheid omschreven van ergotherapeuten die bedoelde opleiding hebben voltooid.

Voorts is van belang dat artikel 44, tweede lid, van de Ziekenfondswet bepaalt dat in de overeenkomsten tussen ziekenfondsen met personen en instellingen die een ziekenfondsverstrekking verlenen, bepalingen omtrent de kwaliteit en de doelmatigheid van de hulpverlening dienen te bevatten. Ook langs die weg is de kwaliteit dus gewaarborgd. Een andere mogelijkheid biedt de Ziekenfondswet niet om kwaliteitseisen aan de zorgverlening door instellingen of personen te stellen.

Gelet op artikel 1, onder c, en artikel 2 van het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84) geldt dat instellingen voor paramedische zorg, waaronder ergotherapie, als toegelaten zijn aangemerkt en dat ziekenfondsen niet verplicht zijn met deze instellingen overeenkomsten te sluiten. Deze contracteervrijheid geldt ook voor de vrijgevestigde ergotherapeuten.

De uitbreiding van het ziekenfonds- en het Wtz-pakket past binnen de geraamde kosten voor deze zorg in het kader van de Zorgnota.

1.3. Kohll en Decker

In verband met de arresten Kohll (C-158/96, Jur. 1998, p. I 1931) en Decker (C-120/95, Jur. 1998, p. I 1831) van het Europese Hof van Justitie is met het onderhavige besluit in het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden een nieuw artikel 19 ingevoegd.

In het arrest Kohll heeft het Hof uitgesproken dat de artikelen 59 en 60 EG-verdrag zich verzetten tegen een nationale regeling die de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp door een in een andere lidstaat gevestigde orthodontist volgens het tarief van de lidstaat van de verzekering afhankelijk stelt van de toestemming van het sociale zekerheidsorgaan van de verzekerde.

In het arrest Decker heeft het Hof uitgesproken dat de artikelen 30 en 36 EG-verdrag zich verzetten tegen een nationale regeling op grond waarvan een sociale zekerheidsorgaan van een lidstaat een verzekerde de forfaitaire kostenvergoeding voor een bril met corrigerende glazen, die bij een opticien in een andere lidstaat is gekocht, weigert omdat voorafgaande toestemming is vereist voor de aankopen van medische producten.

Met mijn brief van 29 september 1998, VPZ/V-982910, heb ik de Voorzitter van de Tweede Kamer op de hoogte gebracht van de gevolgen van deze arresten voor het Nederlands stelsel van ziektekostenverzekeringen. Op 30 augustus 1999 heb ik de Voorzitter van de Tweede Kamer nader geïnformeerd over deze kwestie (kamerstukken II 1998/99, 26 200 XVI, nr. 84).

Mijn conclusie is dat uit de arresten Kohll en Decker volgt dat Wtz-verzekerden alle hulp op vergoeding waarvan zij op grond van de Wtz

1998 aanspraak hebben, in een andere lidstaat van de Europese Unie zouden moeten kunnen gaan halen. Op basis van deze arresten is het wel mogelijk de vergoeding te beperken tot ten hoogste 100% van de kosten die gemaakt zouden zijn indien de hulp in Nederland zou zijn verleend.

Ter uitvoering van deze arresten is als voorlopige oplossing per 1 januari 1999 een vergoedingsregeling op grond van artikel 6, eerste lid, van de Wtz 1998 getroffen. Deze regeling geldt tot het moment waarop het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden op dit punt is aangepast. Het onderhavige besluit strekt daartoe. Hetgeen tot de inwerkingtreding van dit besluit in de vergoedingsregeling geregeld is, is thans in het nieuwe artikel 19, eerste lid, van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden geregeld.

De vergoedingsregeling omvat, naast vergoeding van de kosten van zorg in andere lidstaten van de Europese Unie, ook kosten van medisch noodzakelijk vervoer. Deze vergoedingsmogelijkheid is in het nieuwe artikel 19, tweede lid, geregeld. Daarbij is, anders dan bij de vergoedingsregeling, de vergoedingsmogelijkheid niet beperkt tot noodzakelijk ziekenvervoer in verband met opname in een ziekenhuis of medisch-specialistische zorg, maar is vergoeding mogelijk van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in verband met alle in artikel 19, eerste lid, bedoelde zorg. Wel is, overeenkomstig de vergoedingsregeling, de vergoeding beperkt tot maximaal het bedrag aan kosten van ziekenvervoer tussen de woonplaats van de verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

In artikel 20 van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden is al langer een vergoedingsmogelijkheid voor zorg in het buitenland geregeld. Het betreft bepaalde vormen van zorg in spoedeisende situaties waarbij de verzekerde al in het buitenland verblijft en de hulp niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Maximaal 200% van de kosten kunnen op grond van dit artikel worden vergoed. Deze vergoedingsmogelijkheid is gehandhaafd. De bepaling geldt voor bedoelde hulp in spoedeisende situaties in andere lidstaten van de Europese Unie en daarbuiten. Is er geen spoedeisende situatie, dan geldt voor de hulp in andere lidstaten van de Europese Unie artikel 19.

1.4. Andere wijzigingen

In artikel 2a, eerste lid, van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden is een algemeen eigen risico geregeld. Per kalenderjaar komt een bepaald bedrag van de kosten per polis niet voor vergoeding in aanmerking. De bepaling komt er op neer dat het bedrag per polis waarop meer dan een persoon verzekerd is, twee keer het bedrag per polis voor een alleenstaande is. Deze systematiek sluit aan bij de systematiek van de overige particuliere ziektekostenpolissen. Tot de inwerkingtreding van dit besluit stonden in artikel 2a beide bedragen genoemd.

Op grond van artikel 2b, eerste lid, van het besluit dient het algemeen eigen risico jaarlijks te worden geïndexeerd. Het noemen van twee bedragen in artikel 2a, eerste lid, in samenhang met de afrondingsregel op grond van artikel 2b, tweede lid, heeft er toe geleid dat de verhouding 2:1 per 1 januari 2000 is doorbroken. Per die datum zijn als eigen risico f 205 respectievelijk f 100 gaan gelden. Het verbreken van deze verhouding heeft in de uitvoeringspraktijk voor dusdanige administratieve problemen gezorgd dat verzekeraars het bedrag van f 200 hebben gehanteerd. De correcte schadebedragen zijn evenwel onder de omslagregeling gebracht.

Met het onderhavige besluit is bedoelde verhouding weer gecorrigeerd. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het eigen risicobedrag aan te passen in verband met de jaarlijkse indexering. Het bedrag in het

aangepaste artikel 2a, eerste lid, betreft derhalve het bedrag zoals dat geldt per 1 januari 2001.

De bedragen, bedoeld in artikel 10, derde lid, worden niet jaarlijks geïndexeerd. Vanwege een eenvormige formulering is deze bepaling evenwel eveneens geherformuleerd.

Artikel 9 is komen te vervallen, omdat deze bepaling een dode letter is sinds het subsidiëren van de intensieve thuiszorg uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten sedert 1 januari 1998 (kamerstukken II 1997/98, 23 235, nr. 49).

2. Artikelen

Artikel I

A

De ergotherapie houdt in advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Het kan zijn dat deze hulp aan de verzekerde zelf gegeven wordt. Het kan echter ook zijn dat het voor de verzekerde noodzakelijk is dat mantelzorgers in de directe omgeving van de verzekerde geadviseerd, geïnstrueerd of getraind moeten worden. De aanspraak is zo geformuleerd dat ook dit laatste binnen de verstrekking past.

B

Met 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) is het tweede lid van artikel 15 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering komen te vervallen. Daarbij zijn wel het derde tot en met het vijfde lid vernummerd tot tweede tot en met vierde lid, maar is nagelaten het zesde lid te vernummeren tot vijfde lid. Dit is thans wel geregeld.

Artikel II

A

Er is nu nog maar één bedrag in artikel 2a, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden genoemd. Het betreft het bedrag voor alleenstaanden. Het eigen risico voor meer verzekerden op één polis is twee maal het bedrag voor alleenstaanden. Dit bedrag is door het indexeren van het eigen risicobedrag voor alleenstaanden vanaf nu jaarlijks automatisch geïndexeerd.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het eigen risicobedrag aan te passen in verband met de jaarlijkse indexering. Het in artikel 2a, eerste lid, genoemde bedrag betreft derhalve het bedrag zoals dat geldt per 1 januari 2001.

B

De reden dat artikel 2b van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden aldus is aangepast, is dat in artikel 2a van voornoemd besluit nog maar één bedrag wordt genoemd.

C

Met het nieuwe tweede lid van artikel 3a van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden is de aanspraak op vergoeding van de kosten van ergotherapie geregeld.

De formulering van de inhoud en omvang van de aanspraak op vergoeding van de kosten van ergotherapie komt overeen met het nieuwe onderdeel c van artikel 5, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Overeenkomstig de vergoedingsmogelijkheid van de overige paramedische zorg (artikel 3a, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden) is niet geregeld wie de zorg mag voorschrijven. Verzekeraars regelen dit zelf in hun polisvoorwaarden.

D

Zoals in het algemene deel van deze nota van toelichting al is aangegeven, is artikel 9 geschrapt omdat deze bepaling inmiddels een dode letter is geworden.

E

Het eigen risico voor ziekenvervoer wordt niet jaarlijks geïndexeerd. Zoals in het algemene deel van deze nota van toelichting al is aangegeven, is deze bepaling slechts geherformuleerd vanwege de eenvoudigheid met artikel 2a, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

F

In het nieuwe artikel 19, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden wordt geregeld dat aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van zorg in andere lidstaten van de Europese Unie. Er zijn twee beperkingen. Het moet gaan om zorg die overeenkomt met zorg op vergoeding waarvan op grond van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden aanspraak bestaat. Voorts bedraagt de vergoeding ten hoogste 100% van de kosten die zouden zijn vergoed indien de zorg in Nederland zou zijn verleend.

In het tweede lid is de vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie geregeld. Maximaal worden vergoed de kosten van vervoer tussen de woonplaats van de verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend indien deze in Nederland zou zijn geboden.

G

Het al langer bestaande artikel 20 van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden regelt eveneens vergoeding van kosten van zorg buiten Nederland. Deze bepaling heeft echter niet alleen betrekking op zorg die in andere lidstaten van de Europese Unie wordt verleend, maar ook op zorg die buiten de Europese Unie wordt verleend. De bepaling regelt de vergoeding gedurende maximaal 365 dagen van de kosten van opname en verblijf in een ziekenhuis in het buitenland alsmede de vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg en huisartsenzorg die in het buitenland om spoedeisende redenen worden verleend. De kosten worden niet vergoed indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar de behandeling of opname te ondergaan en de behandeling niet uitgesteld kon worden tot na de terugkeer in Nederland. Ten hoogste 200% van de kosten worden vergoed.

Artikel 20, eerste en derde lid, is geherformuleerd om het spoedeisende karakter en het verschil met artikel 19 zo goed mogelijk tot uitdrukking te brengen.

Verder zijn het eerste en het tweede lid van artikel 20 aangepast aan de terminologie zoals die met betrekking tot de medisch-specialistische zorg per 1 februari 2000 in overige bepalingen in voornoemd besluit is ingevoerd.

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