
527

Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ)

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

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 juni 2002, Z/VU-2296118, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, J. F. Hoogervorst;

Gelet op de artikelen 5, derde en vierde lid, 6, eerste, derde en zesde lid, 7, tweede, derde en vierde lid, 9a, eerste en tweede lid, 11, 16, eerste lid, 40a, derde lid, en 77 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, artikel 1, eerste en tweede lid, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, artikel 50, eerste lid, van de Politiewet 1993, de artikelen 1, tweede lid, en 17a van de Wet tarieven gezondheidszorg en artikel 8, tweede lid, van de Ziekenfondswet;

De Raad van State gehoord (advies van 27 september 2002, no.W13.02.0280/III);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 oktober 2002, Z/VU-2326865, uitgebracht in overeenstemming met Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK I DEFINITIEBEPALING

Artikel 1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de wet: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. leefeenheid: een eenheid bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet tezamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren dan wel uit een meerderjarige

ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert;

c. verblijf: verblijf gedurende het etmaal.

HOOFDSTUK II DE AANSPRAKEN

Artikel 2

1. De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling, aanspraak op:

- a. huishoudelijke verzorging als omschreven in artikel 3;
- b. persoonlijke verzorging als omschreven in artikel 4;
- c. verpleging als omschreven in artikel 5;
- d. ondersteunende begeleiding als omschreven in artikel 6;
- e. activerende begeleiding als omschreven in artikel 7;
- f. behandeling als omschreven in artikel 8;
- g. verblijf als omschreven in artikel 9;
- h. vervoer als omschreven in artikel 10;
- i. het gebruik van een verpleegartikel als omschreven in artikel 11;
- j. dieetadvisering als omschreven in artikel 12;
- k. ziekenhuiszorg als omschreven in artikel 13;
- l. revalidatiezorg als omschreven in artikel 14;
- m. zorg als omschreven in artikel 15;
- n. prenatale zorg als omschreven in artikel 16;
- o. onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten als omschreven in artikel 17;
- p. vaccinaties als omschreven in artikel 18.

2. Op de zorg, omschreven bij dit besluit, bestaat geen aanspraak voor zover deze objectief voorzienbaar samenhangt met een onderzoek in een ziekenhuis dat of een behandeling in een ziekenhuis die niet behoort tot de in artikel 13, eerste lid, omschreven zorg.

3. De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

4. Bij ministeriële regeling kan de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

Artikel 3

Huishoudelijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, te verlenen door een instelling.

Artikel 4

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

Artikel 5

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Artikel 6

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

Artikel 7

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Artikel 8

1. Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts.

2. Indien de behandeling psychotherapeutische behandeling door een psychiater of zenuwarts betreft, bestaat aanspraak op ten hoogste negentig zittingen van vijfenveertig minuten per zitting bij individuele psychotherapie, van negentig minuten per zitting bij partnerrelatie psychotherapie en van honderdveertig minuten per zitting bij gezins- en groepspsychotherapie.

3. Op de behandeling, bedoeld in het tweede lid, bestaat geen aanspraak indien na beëindiging van een voorafgaande psychotherapeutische behandeling in verband met het bereiken van de negentig zittingen, nog geen jaar is verstreken.

Artikel 9

Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.

Artikel 10

Indien de verzekerde zorg als bedoeld in de artikelen 6 en 7 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

Artikel 11

Het gebruik van een verpleegartikel omvat het door een instelling in bruikleen verstrekken van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten hoogste zesentwintig weken in verband met een somatische aandoening of beperking.

Artikel 12

Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, te verlenen door een instelling.

Artikel 13

1. Ziekenhuiszorg omvat het verblijf in een instelling die als ziekenhuis is toegelaten, voor zover dit verblijf een ononderbroken periode van 365 dagen in een of meer ziekenhuizen te boven gaat, gepaard gaande met verpleging, onderzoek en behandeling van genees-, heel- en verloskundige aard door specialisten, waaronder bij ministeriële regeling aangewezen transplantatie van weefsels en organen.

2. Voor de berekening van de 365 dagen geldt een onderbreking niet langer dan dertig dagen niet als onderbreking, doch deze dagen tellen voor de berekening van de 365 dagen evenmin mee. Indien de periode van 365 dagen is verstreken en binnen dertig dagen opnieuw verblijf nodig is, is er evenmin sprake van een onderbreking.

3. Een verzekerde die met toepassing van dit besluit verblijft in een instelling, niet zijnde een ziekenhuis, en vanuit die instelling wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis heeft, zolang zijn verblijf in dat ziekenhuis een periode van 365 dagen niet overschrijdt, geen aanspraak op verblijf in dat ziekenhuis.

Artikel 14

1. Revalidatiezorg omvat verblijf in een instelling voor revalidatie zover dit verblijf een ononderbroken periode van 365 dagen in een of meer instellingen voor revalidatie te boven gaat, gepaard gaande met verpleging, onderzoek, behandeling en advisering van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

2. Op revalidatiezorg bestaat slechts aanspraak:

a. indien deze zorg is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;

b. indien de verzekerde met deze zorg in staat is de mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is; en

c. indien met deze zorg spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan revalidatie zonder verblijf in een instelling voor revalidatie.

3. Het tweede en het derde lid van artikel 13 zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 15

1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8, 13 en 14, tevens:

a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;

b. farmaceutische zorg;

c. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;

d. tandheelkundige zorg;

- e. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
 - f. het individueel gebruik van een rolstoel.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

Artikel 16

Prenatale zorg omvat door een instelling te verlenen begeleiding, voorlichting en andere zorg die met de zwangerschap verband houdt, met uitzondering van kraamzorg.

Artikel 17

1. Onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omvat zodanig onderzoek voor daarvoor in aanmerking komende, bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen van verzekerden.
2. Het onderzoek geschiedt door een bij ministeriële regeling aangewezen entadministratie op een daarbij aan te geven wijze.

Artikel 18

1. Vaccinaties omvatten de vaccinaties, opgenomen in een bij ministeriële regeling vast te stellen vaccinatieprogramma, waarin wordt aangegeven welke groepen van verzekerden voor vaccinatie in aanmerking komen alsmede hoe de uitvoering van dat programma plaatsvindt.
2. De uitvoering van de vaccinaties geschiedt door een bij ministeriële regeling aangewezen entadministratie.

HOOFDSTUK III BIJZONDERE BEPALINGEN

Artikel 19

1. Ten aanzien van de verzekerde die als gezinslid van een militair met toestemming van Onze Minister van Defensie in het buitenland verblijft bij de aldaar geplaatste militair en voor wie de militair ingevolge de Regeling ziektekostenverzekering militairen aanspraak heeft op vergoeding van geneeskundige verstrekkingen, treedt die aanspraak, voor zover de geneeskundige verstrekkingen zijn verleend door de militair geneeskundige dienst van de Nederlandse krijgsmacht ter plaatse, in de plaats van de aanspraken op zorg ingevolge dit besluit.
2. Onze Minister en Onze Minister van Defensie stellen regelen vast inzake een jaarlijkse uitkering door het College zorgverzekeringen aan Onze Minister van Defensie ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in verband met het vervallen van aanspraken op grond van artikel 7, eerste en tweede lid, van de wet.
3. Onze Minister en Onze Minister van Defensie kunnen nadere regelen vaststellen met betrekking tot de uitvoering van dit artikel.

Artikel 20

1. Aan een verzekerde wordt een uitkering gedaan ter zake van de kosten van zorg als omschreven in dit besluit, indien die zorg anders dan op de in artikel 10 van de wet omschreven wijze is verkregen als gevolg van de navolgende omstandigheden:
- a. tijdelijk verblijf hier te lande buiten het werkgebied van het uitvoeringsorgaan;
 - b. wonen in het buitenland;
 - c. tijdelijk verblijf in het buitenland wegens uitoefening van bedrijf of

beroep of wegens andere door het College zorgverzekeringen aan te geven redenen;

- d. niet ingeschreven zijn bij een uitvoeringsorgaan;
- e. in spoedeisende gevallen waarin uitstel redelijkerwijs niet kon worden verlangd.

2. In de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, bestaat aanspraak op een uitkering, mits de zorg is verleend door instellingen of personen, die in de verblijfplaats van de verzekerde of naaste omgeving daarvan praktisch uitoefenen of gevestigd zijn en ter zake van die zorg een overeenkomst met een uitvoeringsorgaan hebben gesloten.

3. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen b en c, bestaat aanspraak op een uitkering tot een door het College zorgverzekeringen vast te stellen bedrag voor zorg, verleend in het land waar de verzekerde woont of verblijft, voor zover de verlening van de zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

4. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen d en e, bestaat aanspraak op een uitkering, mits de zorg is verleend in Nederland. Het College zorgverzekeringen kan nadere voorwaarden stellen voor het verkrijgen van de uitkering in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d. Het College zorgverzekeringen kan bepalen dat premies, betaald ten behoeve van een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van in dit besluit omschreven zorg of de kosten daarvan, in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, gelden als kosten van zodanige zorg.

5. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a, d en e is de uitkering gelijk aan de kosten van de zorg indien deze is verleend door een persoon of instelling die ter zake van die zorg een overeenkomst met enig uitvoeringsorgaan heeft gesloten. Indien de zorg door een ander is verleend, is de uitkering gelijk aan de kosten van de zorg, voor zover deze de kosten van zodanige zorg, verleend door een persoon of instelling waarmee het uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft gesloten, niet te boven gaan.

HOOFDSTUK IV WIJZIGING VAN ANDERE BESLUITEN

Artikel 21

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering¹ wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 2 wordt «de artikelen 4, 11 tot en met 16, 20 tot en met 20f, 21 tot en met 25a en 26a tot en met 28, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door «de artikelen 3 tot en met 12 en 16 tot en met 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ» en wordt «artikel 9» vervangen door: artikel 13.

B

In artikel 3, eerste lid, wordt «Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: Besluit zorgaanspraken AWBZ.

C

In de artikelen 4, eerste lid, 7, eerste lid, 8, eerste lid, en 9, eerste lid, wordt «inrichtingen» telkens vervangen door: instellingen.

D

Artikel 5 komt te luiden:

Artikel 5

Het centraal administratiekantoor levert ten behoeve van de vaststelling van de bijdrage, bedoeld in de artikelen 4, 14, en 16d van het Bijdragebesluit zorg, aan de uitvoeringsorganen inkomensgegevens die door de Belastingdienst voor dat doel aan hem verstrekt zijn.

Artikel 22

Artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen² wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel B, komt te luiden:

B. Instellingen die zorg verlenen als omschreven in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, in combinatie met een of meer vormen van zorg als omschreven in de artikelen 4 tot en met 8 van dat besluit, in verband met:

1. een somatische aandoening of beperking,
2. een psychogeriatrische aandoening of beperking,
3. een psychiatrische aandoening,
4. een verstandelijke handicap,
5. een lichamelijke handicap,
6. een zintuiglijke handicap, of
7. een psychosociaal probleem.

2. De onderdelen C tot en met E vervallen.

3. Onder vernummering van het tweede lid tot het derde lid wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidende:

2. Tot instellingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel B, behoren niet:

- a. instellingen die onder de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening vallen;
- b. bij ministeriële regeling omschreven kleinschalige woonvoorzieningen.

Artikel 23

In artikel 8, onderdeel a, van het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994³ wordt «Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 24

Het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999⁴ wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 8, tweede lid, wordt «inrichting» telkens gewijzigd in: instelling.

B

In artikel 25, eerste lid, wordt «artikel 34, eerste lid, onderdeel b, en derde lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» telkens vervangen door «artikel 20, eerste lid, onderdeel b, en derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ» en wordt «intramurale zorg als bedoeld in de paragrafen 3, 4, 5, 6 en 7 van laatstbedoeld besluit»

vervangen door: verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en revalidatiezorg als bedoeld in artikel 14 van dat besluit.

Artikel 25

Artikel 1 van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering⁵ wordt als volgt gewijzigd:

1. In de tekst wordt «intramurale zorg als bedoeld in de paragrafen 3, 4, 6 en 7 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

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

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Het eerste lid is niet van toepassing op het verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ waarop de verzekerde in verband met een psychiatrische aandoening is aangewezen.

Artikel 26

Het Besluit werkingssfeer WTG 1992⁶ wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel A komt nummer 10 te luiden:

10. instellingen voor zover deze zijn toegelaten op grond van artikel 8 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten dan wel zijn erkend op grond van artikel 17 van de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening om zorg te verlenen als bedoeld in de artikelen 3, 4, 5, 6, 7 of 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,.

2. In onderdeel A vervallen de nummers 11 tot en met 16, 23 en 28.

3. In onderdeel A komt nummer 16a te luiden: 16a. instellingen voor zover die prenatale zorg leveren als bedoeld in artikel 16 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

4. In onderdeel A komt nummer 17 te luiden:

17. entadministraties als bedoeld in de artikelen 17 en 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,.

5. Onderdeel C vervalt.

B

Artikel 2, onderdeel b, komt te luiden:

b. niet met verblijf gepaard gaande huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding leveren anders dan op grond van de artikelen 3, 4, 5, 6 of 7 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 27

Artikel 1 van het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG⁷ wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel c, komt subonderdeel 2 te luiden:

2. niet met verblijf gepaard gaande huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding leveren anders dan op grond van de artikelen 3, 4, 5 of 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

2. Het tweede lid komt te luiden :

2. De aanwijzing in het eerste lid van personen en instellingen die niet met verblijf gepaard gaande huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding leveren anders dan

op grond van de artikelen 3, 4, 5, of 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, is niet van toepassing voor zover die verzorging, verpleging of begeleiding wordt gefinancierd op basis van artikel 1p, eerste lid, onder a en f, van de Ziekenfondswet.

Artikel 28

Het Bijdragebesluit zorg⁸ wordt als volgt gewijzigd:

A

De onderdelen b en c van artikel 1 komen te luiden:

- b. Besluit: Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- c. instelling: een instelling als bedoeld in de artikelen 9, 13 en 14 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

B

Artikel 4, eerste lid, komt te luiden:

- 1. Met inachtneming van het tweede en het derde lid, bedraagt de bijdrage voor:
 - a. de ongehuwde verzekerde die gedurende het etmaal in een instelling verblijft: € 1624 per maand;
 - b. de gehuwde verzekerden die beiden gedurende het etmaal in een instelling verblijven, tezamen: € 1624 per maand.

C

In artikel 10, eerste lid, wordt «na afdracht van de bijdrage maandelijks minder over zou blijven» vervangen door: na afdracht van de bijdrage maandelijks gemiddeld minder over zou blijven.

D

Artikel 13 vervalt.

E

Artikel 14 wordt als volgt gewijzigd:

- 1. In het eerste lid, aanhef, wordt «€ 536,46» vervangen door: € 556.
- 2. In het eerste lid vervalt onderdeel d en worden de onderdelen e en f verletterd tot d en e.
- 3. Het tweede lid vervalt en het derde en vierde lid worden vernummerd tot het tweede en derde lid.

F

In artikel 15, vijfde lid wordt «tweede» vervangen door: vierde.

G

Artikel 16a komt te luiden:

Artikel 16a

- 1. De verzekerde van 18 jaar of ouder draagt bij in de kosten van de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 7 van het Besluit, voor zover voor die zorg niet reeds op grond van de artikelen 4 of 14 een bijdrage is verschuldigd.

2. De verzekerde draagt bij in de kosten van de zorg, bedoeld in artikel 8, tweede lid, van het Besluit.

3. De bijdrageplicht, bedoeld in het eerste lid, geldt ook gedurende perioden van onderbreking van zorg anders dan in verband met beëindiging van de zorgverlening.

H

Het opschrift van paragraaf 2 van hoofdstuk III komt te luiden:

§ 2 Bijdragen voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verpleging, indien er geen sprake is van verblijf

I

Artikel 16d wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. De bijdrage voor de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 7 van het Besluit, bedraagt 17,75% van de bij ministeriële regeling vastgestelde waarde van de klasse die vermeld wordt in het besluit, bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de wet.

2. Het zesde lid vervalt en het zevende lid wordt vernummerd tot zesde lid.

3. In het zevende lid (oud), onderdeel c, wordt aan het slot toegevoegd: door een aan een instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige.

J

In artikel 16f wordt «de artikelen 20b, 20d en 20e» vervangen door: artikel 8, tweede lid.

K

Artikel 16g vervalt.

L

Artikel 17 komt te luiden:

Artikel 17

1. Voor verblijf in een instelling is gedurende het eerste jaar geen bijdrage verschuldigd indien de verzekerde in verband met een psychiatrische aandoening tevens in die instelling zorg als bedoeld in de artikelen 7 of 8 van het Besluit ontvangt. Voor de berekening van de periode van een jaar worden perioden van verblijf in een instelling als bedoeld in de artikelen 9, 13 of 14 van het Besluit samengeteld.

2. Het eerste lid is niet van toepassing indien de verzekerde in de zes maanden voorafgaande aan het in dat lid bedoelde verblijf een bijdrage ingevolge de artikelen 4 of 14 verschuldigd was wegens verblijf in een instelling als bedoeld in de artikelen 9, 13 of 14 van het Besluit.

Artikel 29

Artikel 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 28 augustus 2001, houdende aanwijzing van instellingen die in hun administratie en bij gegevensverstrekking ter uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten het sociaal-fiscaalnummer van verzekerden gebruiken (Stb. 404) wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel a komt te luiden:
 - a. de instellingen die zorg verlenen als bedoeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
2. Onderdeel b vervalt en onderdeel c wordt geletterd tot b.

Artikel 30

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering⁹ wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 10, eerste lid, onderdeel b, wordt «een psychiater of zenuwarts die zorg verleent als bedoeld in artikel 20d van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering of een instelling die zorg verleent als bedoeld in de artikelen 20, 20a, 20b, 20e en 20f» vervangen door: een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

B

In artikel 12, eerste lid, onderdeel c, vervalt: , 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.

C

Het vierde en het vijfde lid van artikel 14 vervallen.

D

In artikel 14a, derde lid, wordt «op de zorg met verblijf gedurende het etmaal, bedoeld in artikel 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: op de zorg, bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening.

E

In artikel 24a wordt «artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: artikel 14, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 31

Het Zorgindicatiebesluit¹⁰ wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel d van artikel 1 door een puntkomma wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

- e. klasse: een in tijd uitgedrukte hoeveelheid zorg als bedoeld in de artikelen 3, 4, 5, 6 en 7 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

B

Artikel 2 komt te luiden:

Artikel 2

Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, met uitzondering van:

- a. de zorg, bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, die in verband met een psychiatrische aandoening wordt verleend;
- b. gedurende een periode van 365 dagen, de zorg, bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, die in verband met een psychiatrische aandoening wordt verleend, mits deze gepaard gaat met de zorg, bedoeld in artikel 8 van dat besluit, en al dan niet gepaard gaande met de zorg bedoeld in de artikelen 4, 5, 6 of 7 van dat besluit.

C

Artikel 4, tweede lid, komt te luiden:

2. De in het werkgebied van het indicatieorgaan werkzame patiënten- en consumentenorganisaties worden in de gelegenheid gesteld ten minste een persoon aan te wijzen als lid van het indicatieorgaan.

D

Artikel 5 komt te luiden:

Artikel 5

1. Een indicatiebesluit kan zowel schriftelijk als mondeling worden aangevraagd.
2. Bij of onmiddellijk na het indienen van de aanvraag gaat het indicatieorgaan na of de zorgvrager toestemming geeft tot het zonodig raadplegen van behandelende beroepsbeoefenaren en het gebruik maken van bij hen aanwezige medische gegevens, en het maakt hier schriftelijk melding van.
3. Indien de aanvraag door een vertegenwoordiger van de zorgvrager wordt gedaan, wordt nagegaan wat de reden daarvan is en wordt die reden schriftelijk vermeld.
4. Het indicatieorgaan tekent onverwijld de datum van ontvangst van de aanvraag aan.
5. Het indicatieorgaan zendt de aanvrager een bewijs van ontvangst, waarin die datum is vermeld.

E

Artikel 6, onderdeel b, komt te luiden:

- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem;.

F

Artikel 7 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt «behandelende artsen» vervangen door: behandelende beroepsbeoefenaren:
2. In het derde lid wordt «behandelend artsen» vervangen door: behandelende beroepsbeoefenaren.

G

Artikel 9 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «langdurige opname gedurende de dag en de nacht» vervangen door «langdurig verblijf» en wordt «zodanige opname of zorg» vervangen door: zodanig verblijf of zodanige zorg.

2. In het derde lid wordt «11 tot en met 13 en 21 tot en met 25 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» vervangen door: 3 tot en met 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met een handicap of een psychiatrische aandoening.

H

Artikel 9a, wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, komt te luiden:

Onze Minister wijst op aanvraag een landelijk werkende rechtspersoon aan die beschikt over specifieke deskundigheid op het gebied van zorg als bedoeld in artikel 2 en die tot doel heeft:

a. het adviseren van alle in Nederland werkzame indicatieorganen over aanvragen als bedoeld in artikel 9, derde lid, alsmede, op verzoek van het indicatieorgaan, over andere aanvragen;

b. het adviseren van alle in Nederland werkzame indicatieorganen en gemeenten over de werkwijze van indicatieorganen; en

c. op verzoek van Onze Minister rapporteren over de wijze waarop de indicatieorganen indiceren.

2. In de aanhef van het tweede lid wordt «instelling» vervangen door: rechtspersoon.

I

Artikel 10 vervalt.

J

Artikel 11 komt te luiden:

Artikel 11

Onze Minister kan beleidsregels stellen over de wijze waarop het indicatieorgaan zijn activiteiten uitvoert.

K

Artikel 13 komt te luiden:

Artikel 13

1. Indien een zorgvrager op een vorm van zorg of op vormen van zorg is aangewezen, worden in het indicatiebesluit aangegeven:

a. de vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2, waarop de zorgvrager is aangewezen;

b. de klasse van de vorm of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen; en

c. de aandoening, beperking of handicap of het probleem als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

2. In het indicatiebesluit wordt aangegeven met ingang van welke datum de zorgvrager op de geïndiceerde vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.

3. Indien een indicatieorgaan van mening is dat andere professionele

zorg dan de zorg, bedoeld in artikel 2, noodzakelijk, dan wel mede noodzakelijk is, geeft het indicatieorgaan daarover zo mogelijk advies.

L

Artikel 14 vervalt.

M

Artikel 15 komt te luiden:

Artikel 15

1. In het indicatiebesluit wordt de geldigheidsduur ervan vermeld.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten worden gesteld.

N

Paragraaf 8 komt te luiden:

Paragraaf 8. Registratie

Artikel 18

1. Het indicatieorgaan registreert de resultaten van zijn onderzoeken en de inhoud van de door hem gegeven indicatiebesluiten volgens bij ministeriële regeling te bepalen regels.
2. De ministeriële regeling bevat ten minste een beschrijving van:
 - a. de technische standaarden voor de wijze waarop gegevens worden vastgelegd;
 - b. de afzonderlijke gegevenselementen die vastgelegd worden en de ordening van deze elementen;
 - c. de functionele beveiligingseisen voor het bewerken en vastleggen van gegevens.

O

Artikel 19 vervalt.

HOOFDSTUK V SLOT- EN OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 32

1. Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering¹¹ wordt ingetrokken.
2. Het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeg-inrichtingen¹² wordt ingetrokken.
3. Het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering¹³ wordt ingetrokken.

Artikel 33

1. De artikelen 1 tot en met 20 en de artikelen 1, 2, 6, 9 en 13 van het Zorgindicatiebesluit zoals deze artikelen komen te luiden na inwerking-treding van de onderdelen A, B, E, G en K van artikel 31, zijn slechts van toepassing voor verzekerden voor wie op of na het tijdstip waarop die artikelen in werking treden, een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit aangevraagd wordt.

2. Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en de daarop gebaseerde regelgeving alsmede de artikelen 1, 2, 6, 9 en 13 van het Zorgindicatiebesluit zoals deze luiden onmiddellijk voorafgaande aan de inwerkingtreding van de onderdelen A, B, E, G en K van artikel 31 blijven, gedurende de geldigheidsduur van hun indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit en voor de in hun indicatiebesluit geïndiceerde zorg, van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop de artikelen 1 tot en met 20 en artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K, in werking treden, geïndiceerd waren voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

3. De artikelen 20 tot en met 20g van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en de daarop gebaseerde regelgeving blijven, zolang zij hun recht hierop tot gelding kunnen brengen, van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop de artikelen 1 tot en met 20 en artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K, in werking treden, een recht op zorg als bedoeld in de artikelen 20 tot en met 20g van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering tot gelding konden brengen.

Artikel 34

De echtgenoot van een persoon die op het tijdstip van de inwerkingtreding van de artikelen 1 tot en met 20 en artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K op grond van een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit duurzaam in een instelling verbleef die tot dat tijdstip als verzorgingshuis op grond van de wet was toegelaten, behoudt, zolang zijn echtgenoot in die instelling verblijft, aanspraak op verblijf in die instelling.

Artikel 35

Het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering blijft van toepassing op de verzekerde die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop artikel 32, derde lid, in werking trad, aanspraak had op een vergoeding als bedoeld in dat besluit.

Artikel 36

1. De artikelen 1 en 14 van het Bijdragebesluit zorg en hoofdstuk III van dat besluit zoals deze luiden onmiddellijk voorafgaande aan de inwerkingtreding van de onderdelen A, E en G tot en met L van artikel 28 blijven, gedurende de geldigheidsduur van hun indicatiebesluit, van toepassing op verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop de artikelen 1 tot en met 20, en artikel 31, onderdelen A, B, E, G en K, in werking treden, geïndiceerd waren voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, met dien verstande dat verzekerden jonger dan achttien jaar met ingang van de datum waarop de onderdelen G tot en met L van artikel 28 in werking treden geen eigen bijdrage verschuldigd zijn.

2. In afwijking van de onderdelen E respectievelijk H tot en met L van artikel 28 bedraagt de eigen bijdrage voor een verzekerde voor wie op of na de datum van inwerkingtreding van de artikelen 1 tot en met 20 en de onderdelen A, B, E, G en K van artikel 31 een indicatiebesluit is aangevraagd een overeenkomstig de artikelen 14 respectievelijk 16d en 16e van het Bijdragebesluit zorg, zoals deze luiden onmiddellijk voorafgaande aan de inwerkingtreding van artikel 28, onderdeel E respectievelijk onderdeel I, te berekenen bedrag indien:

- a. zorg als bedoeld in artikel 3, 4, 5, 6 of 7 is geïndiceerd zonder dat tevens zorg als bedoeld in artikel 9 is geïndiceerd, en
- b. de verzekerde een eigen bijdrage op grond van artikel 14 respectie-

velijk hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd zou zijn geweest indien hij voor de datum waarop de artikelen 1 tot en met 20 en de onderdelen A, B, E, G en K van artikel 31 in werking zijn getreden, geïndiceerd zou zijn geweest.

3. Indien de onderdelen A, B en D van artikel 28 op een andere dag dan op de eerste dag van een kalenderjaar in werking treden, blijven de artikelen 1, 4 en 13 van het Bijdragebesluit zorg, zoals deze op de dag voorafgaande aan de dag van inwerkingtreding van deze onderdelen luiden, gedurende dat kalenderjaar van toepassing op personen die op de dag voorafgaande aan de dag van inwerkingtreding van deze onderdelen een bijdrage op grond van deze artikelen van het Bijdragebesluit zorg verschuldigd waren.

4. Indien de verzekerde, bedoeld in het tweede lid, zorg geniet waarop hij op grond van artikel 15, eerste lid, onderdelen a of b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering aanspraak heeft of zou hebben gehad indien hij voor de datum waarop de artikelen 1 tot en met 20 en de onderdelen A, B, E, G en K van artikel 31 in werking traden, geïndiceerd is of zou zijn geweest, wordt de eigen bijdrage namens het uitvoeringsorgaan op basis van door de Belastingdienst verstrekte inkomensgegevens vastgesteld en geïnd door het centraal administratiekantoor, bedoeld in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering.

¹ Stb. 1983, 253, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 17 juni 2002, Stb. 327.

² Stb. 1979, 465, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 3 juni 2002, Stb. 309.

³ Stb. 1994, 338, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 11 december 2001, Stb. 659.

⁴ Stb. 1998, 746, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 13 juni 2002, Stb. 341.

⁵ Stb. 1991, 725, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 30 maart 2001, Stb. 200.

⁶ Stb. 1991, 732, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 19 oktober 2001, Stb. 525.

⁷ Stb. 1991, 733, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 23 december 1999, Stb. 2000, 23.

⁸ Stb. 1996, 486, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 17 juni 2002, Stb. 327.

⁹ Stb. 1966, 63, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 8 mei 2002, Stb. 242.

¹⁰ Stb. 1997, 447, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 13 juni 2001, Stb. 311.

¹¹ Stb. 1991, 590.

¹² Stb. 1988, 456.

¹³ Stb. 1971, 505.

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 december 2002, nr. 238.

Artikel 37

1. Artikel 33 vervalt.
2. Artikel 36 vervalt.

Artikel 38

1. De tekst van het Bijdragebesluit zorg wordt in het Staatsblad gepubliceerd.
2. De tekst van het Zorgindicatiebesluit wordt in het Staatsblad gepubliceerd.

Artikel 39

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 40

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgaanspraken AWBZ.

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

's-Gravenhage, 25 oktober 2002

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

Uitgegeven de *zevende* november 2002

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

NOTA VAN TOELICHTING

I. ALGEMENE TOELICHTING

1. Inleiding

Met het onderhavige besluit zijn de aanspraken op grond van artikel 6, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opnieuw geregeld in een nieuw besluit: het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is dan ook ingetrokken. Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering, het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen, het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994, het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering, het Besluit werkingsfeer maximumtarieven WTG 1992, het Besluit werkingsfeer WTG 1992, het Bijdragebesluit zorg en het Zorgindicatiebesluit zijn in verband met het nieuwe besluit gewijzigd en het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering is ingetrokken. Daarmee is uitvoering gegeven aan de voornemens met betrekking tot de modernisering van de AWBZ, zoals die onder meer in de brieven van 17 juli 2001 (Kamerstukken II 2001/02, 26 631 en 25 659, nr. 14), 9 november 2001 (Kamerstukken II 2001/02, 26 631 en 25 657, nr. 16), 28 februari 2002 (Kamerstukken II 2001/02, 26 631, nr. 18), 19 april 2002 (Kamerstukken II 2001/02, 26 631 en 25 657, nr. 19), 15 juli 2002 (Kamerstukken II 2001/02, 26 631, nr. 23), 18 september 2002 (Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 24) aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal zijn aangekondigd.

Door het omzetten van de aanbodgestuurde, in sectoren onderverdeelde aanspraken in zorgaanspraken uitgedrukt in functies worden deze voornemens gerealiseerd. Door het aldus definiëren van de aanspraken in een beperkt aantal functies wordt de toegang, in casu de indicatiestelling, vereenvoudigd en de herindicatiepraktijk beperkt. Een vereenvoudiging die ook van toepassing is op de eigen bijdragen. De deregulering voortvloeiend uit de modernisering leidt tot een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten. Het in functies definiëren van de aanspraken geeft bestaande aanbieders de ruimte AWBZ-breed zorg te verlenen en ook nieuwe zorgaanbieders kunnen zich AWBZ-breed manifesteren. Het creëren van deze ruimte legt de verantwoordelijkheden terug bij de partijen in het veld.

Het is de bedoeling dat het onderhavige koninklijk besluit met ingang van 1 april 2003 in werking treedt. De inwerkingtreding wordt geregeld bij een apart koninklijk besluit, omdat artikel 6, achtste lid, van de AWBZ een voorhangprocedure voorschrijft voor zover het betreft de aanspraken op grond van artikel 6, eerste lid, van de AWBZ. Omdat het doorvoeren van de wijzigingen van de overige algemene maatregelen van bestuur afhangt van het doorgaan van de wijziging van de aanspraken, is er voor gekozen ook de inwerkingtreding daarvan met dat koninklijk besluit te regelen.

Ten behoeve van de implementatie van de maatregelen heb ik op 14 februari 2002 aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) een aantal uitvoeringskwesties voorgelegd met daarbij een fasering in de tijd (1 april 2002, 1 juli 2002 en 1 september 2002) voor beantwoording. Het CVZ heeft gerapporteerd op 28 maart 2002 in zijn rapport «Modernisering AWBZ Deel 1» (publicatienummer 89) en in zijn brieven van 14 juni 2002, V&V/22026966, en van 14 augustus 2002, V&VTOEL/22040392.

Het CBZ heeft op 18 maart 2002 (rapport «Uitvoeringstoets Modernisering AWBZ, rapportnummer 528) en op 8 juli 2002 (rapport «Uitvoerings-

toets (tweede fase) inzake Modernisering AWBZ», rapportnummer 535) gerapporteerd. Voorts heeft het CTG op 19 juni 2002, AB/yb/tb/A/02/071, gerapporteerd. Bij het opstellen van het onderhavige besluit zijn de opmerkingen van het CVZ, CTG en CBZ in ogenschouw genomen.

2. Modernisering AWBZ

2.1. Doelen

Al jaren staat een herinrichting van het systeem van de AWBZ ter discussie. Burgers stellen zich steeds mondiger op en geven uitdrukkelijk te kennen zelf meer vorm en inhoud te willen geven aan hun leven en willen daar ook zelf op aanspreekbaar zijn. Om aan deze behoefte tegemoet te komen, is een aantal jaren geleden het zogenoemde persoonsgebonden budget (pgb) ingevoerd. Verzekerden die zelf bepaalde onderdelen van zorg willen inkopen, kunnen daarvoor een pgb in de vorm van subsidie uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) ontvangen. Gelet op de tot nu toe gebruikelijke indeling van de aanspraken op zorg, te weten verpleging en verzorging, verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en lichamelijk en zintuiglijk gehandicaptenzorg, zijn in de loop der tijd vier verschillende pgb-regelingen ingevoerd, die elk in de uitvoering ingewikkeld zijn.

Daarnaast zijn de aanspraken stapsgewijs per sector «geflexibiliseerd». De aanspraken op zorg zijn daarbij zo omschreven dat er meer zorg op maat geboden kan worden, onder meer doordat geregeld is dat niet alleen aanspraak bestaat op de zorg bij verblijf in een instelling, maar dat de verzekerde ook zorg in de thuissituatie kan ontvangen. De flexibilisering houdt ook in dat instellingen – binnen hun eigen sector – elkaars zorgonderdelen mogen leveren, voor zover hun toelating op grond van de AWBZ dat toelaat. Zo kan reeds als gevolg van de flexibilisering verpleging en verzorging bij de verzekerde thuis door het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de instelling voor thuiszorg geleverd worden.

Met de flexibilisering is een goede beginstap gezet op weg naar de modernisering van de AWBZ. De beoogde doelen van de modernisering van de AWBZ zijn echter nog niet bereikt. Deze doelen zijn: het realiseren van meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap door de verzekerde en, andersoortig van karakter maar voor de verzekerde niet minder relevant, is de deregulering, de beperking van de administratieve lasten en het versterken van de rechten en plichten van de verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars in de AWBZ. Om deze doelen te bereiken, is het essentieel dat het aanbodgerichte systeem van de AWBZ omgezet wordt in een vraaggericht systeem.

De tot nu toe geregelde aanspraken zijn tot stand gekomen op basis van datgene wat een zorgaanbieder in een door hem gekozen sector wenst te leveren. Niet de gevraagde zorg staat voorop, maar het aanwezige zorgaanbod. De zorg die op grond van de AWBZ wordt geleverd, kenmerkt zich dan ook door aanbodsturing of beter gezegd: sturing via de aanbieder. Door deze aanbodgestuurde, in sectoren onderverdeelde aanspraken kan niet voldoende worden ingespeeld op de zorgbehoefte van de verzekerde.

De beoogde doelen, meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheid en meer zeggenschap, worden geoperationaliseerd langs twee lijnen. Enerzijds is dat de introductie van een AWBZ-breed-pgb waardoor mensen, die daar bewust voor kiezen, de mogelijkheid krijgen om zelf en onder eigen financiële verantwoordelijkheid hun zorg te organiseren. Anderzijds is dat een zodanige herinrichting van het natuursysteem dat ook mensen die niet kunnen of willen kiezen voor een pgb, de mogelijkheid krijgen een zorgpakket samen te stellen dat aansluit bij hun behoeften. De wijziging van de natura-aanspraken is gerealiseerd met het

onderhavige besluit. Het AWBZ-brede pgb zal door middel van een subsidiëring uit het AFBZ op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet mogelijk worden gemaakt. Daartoe zal in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet per 1 april 2003 een nieuwe paragraaf worden opgenomen. Het onderhavige besluit heeft dus geen betrekking op het pgb, maar bevat wel essentiële elementen ten behoeve van de pgb-regeling, zoals functies, functiegerichte indicatiestelling, bijdragen op basis van klassen enzovoort. Hierop wordt in het navolgende ingegaan.

2.2. Instrumenten

De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt gerealiseerd door het invoeren van aanspraken op zorg die in termen van functies omschreven zijn. Vervolgens wordt de indicatiestelling, de toelating en de tariefsstelling/financiering afgestemd op deze functies. De functies zijn dusdanig gedefinieerd dat daaronder alle zorg valt die tot nu toe als aanspraak in het kader van de relevante AWBZ-sectoren, verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor lichamelijk, zintuiglijk en verstandelijk gehandicapten, geregeld is. Daartoe zijn met het onderhavige besluit de huidige naar aanbod omschreven aanspraken op de zorg vervangen door aanspraken op zorg, onderscheiden in zeven functies, namelijk huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. In totaal omvatten deze functies zo alle ingrediënten waarmee een passend pakket aan zorg kan worden samengesteld. Met de introductie van deze functiegerichte aanspraken vervalt het huidige onderscheid tussen genoemde sectoren in de AWBZ.

Gekoppeld aan het in functiegerichte termen omschrijven van de zorg waarop aanspraak bestaat, wordt ook de indicatiestelling zodanig heringericht dat los van de leverende instelling kan worden vastgesteld op welke functies iemand, gelet op de geobjectiveerde zorgvraag, is aangewezen. Tevens wordt in de indicatiestelling een oordeel gegeven over de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen. De omvang wordt daarbij aangegeven in termen van klassen. De klassen zijn gedefinieerd in de vorm van een bandbreedte aan uren en bij de twee begeleidingsfuncties zowel in uren als in dagdelen. Waar sprake is van een indicatie in uren wordt er van uit gegaan dat iemand de zorg op individuele basis ontvangt. Waar sprake is van dagdelen wordt uitgegaan van zorgverlening in groepsverband.

Een functiegerichte omschrijving van de aanspraken heeft gevolgen voor de vergunning ingevolge de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de toelating op grond van de AWBZ. Instellingen krijgen in een functiegericht systeem een vergunning of worden toegelaten op het niveau van functies. Instellingen hebben daarbij de keuze zich te richten op alle functies. Zij kunnen zich ook toeleggen op slechts één of enkele functies. Daarmee ontstaat een situatie waarin een grote diversiteit aan aanbieders mogelijk is, hetgeen de keuzemogelijkheden voor verzekerden vergroot.

Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) wordt het bestaande aanbieders mogelijk gemaakt ook in andere sectoren zorg te bieden.

Verder wordt ook de bekostiging uiteindelijk geënt op de functies. Met een functiegerichte bekostigingssystematiek komt een einde aan het huidige beleid in de AWBZ dat er op is gericht op landelijk niveau producten en prijzen te definiëren. Door de functies als uitgangspunt te nemen voor de bekostiging, ontstaat ruimte voor een flexibel, innovatief en transparant aanbod. Aanbieders kunnen, gelet op de preferenties van cliënten, uit de functies zelf producten op maat samenstellen. Namens de

uitvoeringsorganen onderhandelen zorgkantoren daarbij over de prijs-kwaliteitverhouding van de producten.

De producten kunnen, zonder eerst de stap naar de overheid of het CTG te maken, steeds worden aangepast aan moderne ontwikkelingen. Wat in de praktijk aan producten wordt geleverd, wordt niet meer gestuurd vanuit de overheid. Producten kunnen dus per aanbieder verschillen. Van elk product is aan te geven uit welke (omvang van) functies het is opgebouwd. De functies zijn daarbij getarifeerd. Daarmee is uiteindelijk elk product transparant in zijn inhoudelijke opbouw en prijsstelling. Ook hierdoor wordt de keuze in zorgaanbieders vergroot.

Een flexibeler en ruimere inzet van zorgaanbieders draagt tevens bij aan het verkorten van de wachtlijsten.

2.3. Sturingsvisie

In de functiegerichte benadering staat de verzekerde centraal. Het systeem wordt zo ingericht dat het uiteindelijk de verzekerde is die zelf kan beslissen over de manier waarop het beste in zijn door het indicatieorgaan vastgestelde zorgbehoefte kan worden voorzien. De overheid is in dit systeem verantwoordelijk voor de formulering van de aanspraken, het tot stand komen van een landelijk uniform indicatieprotocol, de definiëring van klassen bij de indicatiestelling en het laten opzetten van een transparant bekostigingssysteem. Hiermee heeft het veld (verzekerde, zorgaanbieders en zorgkantoren) alle ingrediënten in handen om zelf zorgproducten te maken die zowel inhoudelijk als prijstechnisch transparant zijn en die voldoen aan wat verzekerden wensen. Welke producten dat zijn, is aan het veld. Dat hoort niet meer tot het domein van de overheid.

Net als bij het pgb is het de verzekerde die beslist of hij zich voor het verkrijgen van de zorg waarvoor hij geïndiceerd is, tot één of tot meer zorgaanbieders wendt. De verzekerde wordt zo zijn eigen regisseur bij de totale zorgverlening. Het ligt in de rede dat naar mate iemand minder geneigd is of minder in staat is om zelf de regie en zorgcoördinatie te voeren, hij zijn zorg bij één aanbieder zal afnemen die het hele voor hem geïndiceerde zorgpakket kan leveren. Die aanbieder kan dan de noodzakelijke regie en zorgcoördinatie van de verzekerde overnemen.

Ik verwacht dat de aanzienlijke vereenvoudiging in de overheidssturing die met de functiegerichte benadering wordt voorgestaan, zal leiden tot een belangrijke vereenvoudiging van de uitvoering, een vermindering van de bureaucratie, een afname van gedetailleerde regelgeving en minder detailbemoeyenis bij de verwezenlijking van de aanspraken van verzekerden.

2.4. Functiegerichte omschrijvingen

De opzet van de genoemde zeven functies is zo eenvoudig mogelijk gehouden. Steeds moet sprake zijn van een gebrek, beperking of aandoening waardoor iemand het niet meer zelfstandig redt, bijvoorbeeld niet meer zelfstandig zijn huishouden kan verzorgen, niet meer in staat is zichzelf te verzorgen of niet meer in staat is op eigen kracht te participeren in de maatschappij. Sommige functies, zoals «huishoudelijke verzorging», «persoonlijke verzorging» en «ondersteunende begeleiding» ondersteunen daarbij rechtstreeks deze doelen. Andere functies, zoals «verpleging», «activerende begeleiding» en «behandeling» zijn veeleer gericht op het gebrek of de aandoening. Per functie is daarom aangegeven op welke gronden iemand in aanmerking komt voor die functie en wat het doel is van het inzetten van de functie.

Hoewel de opzet van de functies zo eenvoudig mogelijk gehouden is, betekent dat niet dat minder duidelijk wordt waarop de verzekerde aanspraak heeft. De reden waarom tot nu toe voorzieningsgericht omschreven zorgaanspraken gehandhaafd zijn, is de wens om uit oogpunt van financiële beheersing het aanbod te kunnen sturen. In de omschrijving van de aanspraken valt al sinds de invoering van de AWBZ niet precies te lezen wat allemaal voor de verzekerde door de instelling gedaan wordt. De uitwerking vindt op dit moment plaats in tariefbeschikkingen, overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, circulaires en andere informatiebronnen. Deze centrale nadere invulling die zich kenmerkt door een grote inflexibiliteit en grote bureaucratie verdwijnt. Bij de functiegerichte benadering wordt uitgegaan van landelijke sturing op het globale niveau van functies en de mogelijkheid van regionale of lokale invulling op het niveau van producten. Door het invoeren van functiegerichte aanspraken ontstaat voor verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruime om het pakket aan zorg voor een individuele verzekerde nader in te vullen. Door deze ruimte te bieden, ontstaat verder ruimte voor verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de te ontvangen en te leveren zorg soepel aan te passen aan de maatschappelijke ontwikkelingen. De concretisering van de aanspraken vindt dus op individueel verzekerde-niveau plaats, waardoor daadwerkelijk zorg-op-maat wordt gerealiseerd.

Voorlichting, advies en instructie zijn voor zover rechtstreeks betrekking hebbend op een functie, in die functie ondergebracht. Onder deze tot een individuele verzekerde herleidbare zorg valt ook voorlichting, advies en instructie aan de mantelzorgers en andere personen rond de verzekerde. Net als tot nu toe is dus niet expliciet in de aanspraken de ondersteuning van de directe omgeving van de verzekerde als onderdeel van de zorgverlening geregeld. Dit vormt gewoon onderdeel van de zorgverlening.

Voor zover voorlichting, instructie en advies niet herleidbaar zijn op een individuele geobjectiveerde hulpvraag, kan dit niet via de aanspraken worden geregeld. Het CVZ stelt dat deze taken het zorgdomein overstijgen en derhalve een structurele financieringsbron anders dan het AFBZ in de rede ligt. Het handhaven van de tot nu toe gekozen oplossing via de tarifiering vindt het CVZ niet de juiste weg en stelt daarom een tijdelijke subsidieregeling uit het AFBZ voor. Deze aanbeveling neem ik niet over, omdat ik geen voordeel zie in het vervangen van een werkende bestaande oplossing door een andere tijdelijke oplossing. Mede gezien de aanbevelingen van 29 januari 2002 van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector in haar rapport «Minder regels, meer zorg» heeft een dergelijke belastende regeling niet mijn voorkeur.

Uitgangspunt bij de overgang van aanbodgestuurde naar functiegerichte aanspraken is dat er geen pakketverruiming of pakketbeperking plaatsvindt. De omschrijvingen van de functies in dit besluit voldoen aan dit uitgangspunt. Er zijn geen aanspraken toegevoegd of geschrapt.

In aansluiting op de reikwijdte van het met dit besluit ingetrokken Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering is bij de omschrijving van de functies steeds sprake van een «instelling». Een uitzondering hierop vormt de psychiatrische behandeling, die onder het oude besluit ook op eigen titel door psychiaters en zenuwartsen kon worden geleverd. Er is dus, behalve de gehandhaafde uitzondering, niet voor gekozen het mogelijk te maken dat ook gecontracteerd kan worden met individuele beroepsbeoefenaren. De keuze van de verzekerde beperkt zich dus in hoofdzaak tot instellingen, maar niet meer is geregeld om welke instellingen het gaat.

Het goed hulpverlenerschap brengt met zich dat de hulpverlener zijn zorg op maat aanpast aan de zorgvrager. Niets staat dan in de weg dat

kleine diensten die feitelijk tot het domein van een andere functie behoren tijdens de levering van de geïndiceerde functie worden meegenomen.

Met het invoeren van functiegerichte omschrijvingen vervalt de expliciete regeling bij de aanspraak verpleeghuiszorg dat een verpleeghuisarts door een andere arts kan worden geconsulteerd ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde. Uiteraard blijft consultatie voor rekening van de AWBZ mogelijk zoals dat ook mogelijk blijft in situaties dat bijvoorbeeld het consulteren van een instellingsarts met deskundigheid op het gebied van verstandelijk gehandicaptenzorg wenselijk is. Die consultatie is thans ook niet expliciet in de aanspraken geregeld, maar gebeurt wel.

2.5. Functiegerichte indicatiestelling

Op grond van artikel 9b van de AWBZ kunnen verzekerden hun aanspraak op zorg slechts tot gelding brengen indien zij een besluit van het bevoegde indicatieorgaan kunnen overleggen waarin is aangegeven dat de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangegeven. Ingevolge artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ heeft dit alleen betrekking op zorg die bij algemene maatregel van bestuur is aangegeven. Deze algemene maatregel van bestuur is het Zorgindicatiebesluit. Tot nu toe waren de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg de zorgonderdelen die onder de werking van het Zorgindicatiebesluit waren gebracht. Met het onderhavige besluit is daar de geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van behandeling, aan toegevoegd, zodat de onafhankelijke indicatiestelling AWBZ-breed geregeld is. Ten aanzien van het verblijf is bij de geestelijke gezondheidszorg geregeld dat de indicatiestelling alleen onder de werking van het Zorgindicatiebesluit valt indien er sprake is van zorgverlening langer dan één jaar. Hiertoe heeft het kabinet besloten omdat behandeling en kortdurend verblijf meer overeenstemmen met de in het tweede compartiment geregelde zorg. De indicatiestelling kan dan ook beter aansluiten op de systematiek van het tweede compartiment. Bij verblijf gaat het bij deze uitzondering ook om de andere functies die samen met dat verblijf geïndiceerd zijn en verstrekt worden.

De indicatiestelling wordt daarnaast geënt op de genoemde functies. De afgelopen maanden is gewerkt aan de ontwikkeling van één protocol en één formulierenset op basis waarvan functiegerichte indicatiestelling kan plaatsvinden. Hierover is uitgebreid met het veld overleg gevoerd.

Bij de indicatiestelling zal de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen worden bepaald. De omvang wordt daarbij aangegeven in klassen. Bij de indeling van de functies in klassen wordt uitgegaan van twee soorten klassenindelingen. In de eerste plaats een klassenindeling die is gebaseerd op uren. Dit geldt voor alle functies met uitzondering van behandeling en verblijf. Uitgangspunt hierbij is een één op één relatie tussen cliënt en zorgverlening. De twee begeleidingsfuncties kennen naast de indeling gebaseerd op uren ook nog een indeling gebaseerd op dagdelen. Deze geldt voor zorg in groepsverband.

De klassenindeling voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging is gebaseerd op empirische gegevens uit de indicatiëpraktijk. Uit alle indicaties die in 2001 zijn afgegeven voor zorg thuis, is een door PWC (PriceWaterhouseCoopers) consulting een steekproef getrokken van 36 000 indicaties (rapport van mei 2002). Deze zijn nader onderzocht op geïndiceerde functies en omvang. Op basis hiervan is per functie een frequentieverdeling gemaakt. Op basis van deze frequentieverdelingen is de klassenindeling gemaakt, waarbij minimaal 98% van de geïndiceerde zorgvraag in de klassen is onder te brengen.

Uit de frequentieverdeling komt, zoals te verwachten viel, het beeld naar voren dat de zorgintensiteit (zwaarte) voor de grootste categorie geconcentreerd is op het laagste aantal uren.

De klassenindeling is zo gekozen dat wordt voldaan aan twee voorwaarden. Enerzijds moet de bandbreedte van de klasse een marge bieden om lichte schommelingen in de zorgvraag op te kunnen vangen, waarmee tevens een onnodige herindicatie voorkomen wordt, anderzijds moet de klassenindeling dusdanig zijn dat aan de reële zorgvraag kan worden voldaan. Hoewel de klassenindeling is gebaseerd op bestaande gegevens, wordt onderkend dat het van belang is dat de indeling in de praktijk verder wordt getest. Bij invoering zal vervolgens monitoring van de klassenindeling plaatsvinden. Hierdoor kan nauwkeurig worden gevolgd of een aanpassing van de klassenindeling nodig is.

De zorgbehoefte, met name als het gaat om een complexe zorgbehoefte, kan met zich brengen dat zorgcoördinatie nodig is. Het indicatieorgaan zal bij zijn indicatiestelling rekening moeten houden met de tijd die daarmee gemoeid. Die behoefte zal ook in het indicatiebesluit tot uitdrukking moeten komen.

2.6. Omslagpunten

Het in steeds meer situaties leveren van zorg bij de verzekerde thuis in plaats van in de instelling leidt tot de discussie of er vanuit de kostenbeheersing geen omslagpunten geregeld moeten worden.

Bij het vraagstuk van de omslagpunten gaat het in essentie om twee vragen. In de eerste plaats de financieel-technische vraag op welk moment bij eenzelfde zorgbehoefte de levering van zorg in een geclusterde setting (bijvoorbeeld in een instelling) doelmatiger is dan in een één op één situatie (bijvoorbeeld thuis). Vervolgens is het een beleidsmatige vraag in welke mate er bereidheid bestaat enige ondoelmatigheid te accepteren teneinde verzekerden zolang mogelijk hun zorg thuis te laten genieten.

Met een functiegerichte indicatie is voor een persoon in kaart gebracht hoe groot zijn zorgbehoefte is. Deze zorgbehoefte op zich discrimineert niet naar de plaats van levering. Of iemand nu zijn zorg thuis ontvangt of in een instelling: de zorgbehoefte blijft gelijk. Bij een hoge zorgbehoefte is ook in geval van levering in een instelling sprake van een dure cliënt.

Iets anders is dat de kosten die zijn gemoeid met het tegemoet komen aan de zorgbehoefte van een individuele cliënt kunnen verschillen naar gelang de zorg thuis, met verblijf in een instelling (intramurale zorg) of in de vorm van geclusterde zorgverlening wordt geleverd. In een instelling of in een geclusterde vorm van zorgverlening kan sprake zijn van schaalvoordelen. In het kader van het doelmatig besteden van middelen dienen deze schaalvoordelen in relatie te staan tot de kosten die gemaakt worden voor de zorg buiten de instelling (extramurale zorg).

Bij een geringe zorgbehoefte is het doorgaans doelmatiger de zorg aan huis te leveren, omdat deze vorm van zorgverlening geen kosten voor verblijf in een zorginstelling kent. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de rente en afschrijvingslasten van een intramurale instelling. Deze vaste kosten zijn onafhankelijk van de hoeveelheid te leveren zorg.

Omdat de variabele kosten per uur zorg extramuraal hoger liggen dan in een instelling of geclusterde setting, nemen de kosten van zorg bij een toenemende zorgbehoefte extramuraal sneller toe dan intramuraal (bijvoorbeeld door de reistijden van de zorgverleners).

Hierdoor wordt het bij een bepaalde zorgbehoefte doelmatiger om de zorg intramuraal of in een geclusterde setting te leveren.

Wat voor de zorg per functie geldt, geldt a fortiori wanneer een cliënt meer zorgfuncties nodig heeft. In het algemeen geldt dat hoe meer zorg van verschillende functies een verzekerde nodig heeft, des te sneller is het doelmatig om deze zorg intramuraal of in een geclusterde setting te ontvangen. Het is dus goed mogelijk dat iemand die voor afzonderlijke functies niet voorbij een omslagpunt zit, dat voor het totaal van deze functies wel zit.

Om deze omslagpunten te berekenen, is informatie over de kosten van de extramurale zorg en de intramurale of geclusterde zorg onmisbaar. Deze informatie is op dit moment niet beschikbaar. Daarom is gekozen voor het opnemen van een doelmatigheidscriterium in artikel 2, derde lid, van dit besluit. Dit criterium wordt verder toegelicht in de toelichting op dat artikel. Zo nodig kunnen de omslagpunten te zijner tijd bij ministeriële regeling worden vastgesteld. Artikel 2, vierde lid, geeft daartoe de bevoegdheid.

2.7. Eigen bijdrage AWBZ

2.7.1 Bijdrage ingeval van verblijf

Met het koninklijk besluit van 17 juni 2002 tot wijziging van het Bijdragebesluit zorg en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering in verband met invoering van het verzamelinkomen als grondslag voor de vaststelling van de eigen bijdrage bij verblijf in een instelling (Stb. 327) is het verzamelinkomen als de basis voor de vaststelling van de hoogte van bijdrage bij verblijf in een instelling ingevoerd. Daarmee is een grote administratieve verlichting voor de verzekerden gerealiseerd. Met voornoemd besluit zijn tevens de verschillen in de ingangsdatum van de zogenoemde hoge intramurale eigen bijdrage geharmoniseerd. Met ingang van 1 januari 2003 geldt voor alle verzekerden vanaf 18 jaar dat zij pas na een half jaar verblijf de hoge intramurale eigen bijdrage verschuldigd zijn. De uitzondering dat de verzekerde die is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, in het eerste jaar van zijn verblijf geen bijdrage verschuldigd is, is gehandhaafd.

Met het omschrijven van de zorg in functiegerichte termen kan het met het hiervoor genoemde besluit ingevoerde nieuwe systeem voor de intramurale eigen bijdrage gehandhaafd blijven. Wel zijn er op twee punten wijzigingen nodig. Dit betreft het verschil in de maximaal verschuldigde bijdrage ingeval van verblijf in een verzorgingshuis en in geval van verblijf in een andere AWBZ-instelling. Het maximum bij verblijf in een verzorgingshuis was tot de inwerkingtreding van het onderhavige besluit hoger dan bij verblijf in een andere AWBZ-instelling. Dit verschil is niet meer te handhaven nu met het invoeren van functiegerichte omschrijvingen de koppeling in de omschrijving aan specifieke instellingen vervalt. Daarom is gekozen voor één maximum en wel het laagste maximum. Verder gold er een extra aftrekpost van € 340 voor verzekerden die verblijven in Het Dorp, gezinsvervangende tehuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW-en), de verpleeginrichtingen Amstelrade te Amstelveen, Nieuw-Unicum te Zandvoort en het Zeehospitium te Katwijk aan Zee. Deze past eveneens niet bij een functiegericht aansprakenstelsel. Het CVZ stelt in zijn rapport dat het zak- en kleedgeld door verschillende maatregelen per jaar voor de verzekerden in alle instellingen met gemiddeld zo'n € 270 per jaar is gestegen. Het ligt daarom naar de mening van het CVZ in de rede om de extra aftrek af te schaffen.

Overigens gelden de voor- en nadelen als gevolg van het onderhavige besluit in de eigen bijdrage tot 1 januari 2007 niet voor de verzekerden die

op 31 maart 2003 al de inkomensafhankelijke bijdrage betalen, vanwege de overgangsregeling die met het hiervoor genoemde besluit in artikel 24 van het Bijdragebesluit zorg is getroffen.

2.7.2. Bijdrage zonder verblijf

In verband met het omschrijven van de aanspraken in functiegerichte termen is ook een AWBZ-brede systematiek voor de eigen bijdrage voor zorg in de thuissituatie ontwikkeld. Voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding gaat dezelfde bijdragesystematiek gelden. Voor de behandeling blijft alleen de nominale eigen bijdrage voor psychotherapie gelden.

Voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding wordt, in plaats van de huidige bijdrage per uur voor verpleging en verzorging in de thuissituatie, een bijdrage in de vorm van een percentage van de som van de waarden van de onderscheiden functieklassen ingevoerd. Daarbij is voor de waardevaststelling uitgegaan van de waarden die bij de vaststelling van het pgb worden gehanteerd. Op basis van gegevens over de thuiszorgbijdrage in het jaar 2002 is berekend dat het kostenbedrag bij de thuiszorgbijdrage gemiddeld € 25,56 is. De uurbijdrage bedraagt € 4,40. Dit is ongeveer 17,75% van het kostenbedrag. De eigen bijdrage is daarom vastgesteld op een vast percentage van 17,75% van het bruto pgb-bedrag. Deze bijdrage wordt inkomensafhankelijk gemaximeerd. Daarvoor is de tot nu toe voor de thuiszorg geldende bijdragetabel gehandhaafd. Op deze wijze ontstaat een systeem dat leidt tot minder administratieve lasten, tot minder partijen die met de uitvoering zijn belast en daardoor minder kwetsbaar is. De verwachting is tevens dat dit systeem niet zal leiden tot ongewenste inkomenseffecten, omdat de huidige maxima gehandhaafd blijven. Net als het nieuwe bijdragesysteem bij verblijf, zal overigens ook dit nieuwe systeem goed worden gevolgd, zodat inzicht verkregen kan worden in de effecten voor de bijdrageplichtigen en de werking van het systeem.

Anders dan bij de tot nu toe bestaande thuiszorgbijdrage, zal de bijdrage alleen verschuldigd zijn voor verzekerden vanaf de leeftijd van 18 jaar. Daarmee wordt aangesloten bij de bijdrageplicht bij verblijf in een instelling die ook vanaf 18 jaar geldt.

Het, zoals hiervoor aangegeven, vaststellen van de eigen bijdragen heeft tot gevolg dat niet meer zoals nu een gedetailleerde administratie van de zorgverlening door de hulpverlener nodig is om de eigen bijdrage te kunnen vaststellen. Dat heeft tot gevolg dat, anders dan door het CVZ gesteld, de op de indicatie gebaseerde zorgverlening bepalend is voor de vaststelling van de eigen bijdrage en niet meer de zorgverlening met alle daarbij behorende schommelingen als gevolg van zich in de dagelijkse praktijk voordoende veranderingen in de zorgbehoefte

Het Centraal Administratiekantoor BV is op dit moment belast met de vaststelling en inning van de thuiszorgbijdrage namens de uitvoeringsorganen. Deze taak zal voor het nieuwe bijdragesysteem komen te berusten bij het zorgkantoor. Daarmee volg ik het advies van het CVZ op dit punt. Ik deel de mening van het CVZ dat de bepaling en oplegging van eigen bijdragen in verband met de registratie- en verantwoordingsfunctie bij de zorgkantoren moet komen te liggen. Bovendien voeren de zorgkantoren ook de bijdrageregeling bij verblijf in een AWBZ-instelling uit. In het licht van de harmonisatie en gelet op het rekening houden met cumulatie van bijdragen, ligt uitvoering door één en dezelfde instantie voor de hand.

3. Verantwoorde uitvoering

In de brief van 19 april 2002 heb ik aangegeven dat de modernisering maatschappelijk urgent is. Het gaat dan om het bieden van meer keuzevrijheid voor cliënten tussen zorg in natura en pgb en het creëren van keuzemogelijkheden door zorgaanbieders toe te laten en de huidige aanbieders de gelegenheid te bieden AWBZ-breed zorg te leveren. Ik heb ook aangegeven dat het maken van de daartoe noodzakelijke omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurd systeem niet van de ene op de andere dag kan worden gerealiseerd. Een dergelijke omslag is ingrijpend en zal dan ook op verantwoorde wijze moeten worden gemaakt. Bij de te zetten stappen is van belang dat deze passen in de doelstelling van de modernisering van de AWBZ, zoals ik die hiervoor nog eens kort heb herhaald.

Ten behoeve van een weloverwogen uitvoering van de modernisering heeft overleg plaatsgevonden met het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland. In dat overleg is vooral gesproken over fasering en prioritering, omdat op die wijze zowel de noodzaak van het bieden van een perspectief met betrekking tot de modernisering als de uitvoerbaarheid voldoende de aandacht kon worden gegeven.

De beraadslagingen hebben geleid tot het voorstel voor de modernisering een overgangstraject te hanteren. Dit heeft geen gevolg voor het bieden van keuzemogelijkheden tussen pgb en zorg in natura. Vooral op het terrein van de zorg in natura kunnen zich bij een invoering van de modernisering van de AWBZ overgangsproblemen voordoen. Om de overgangsproblemen in beeld te brengen, zijn de gevolgen van de modernisering van de AWBZ voor de bekostiging van zorg in natura en voor de eigen bijdragen nader bestudeerd.

Voor de bekostiging van de zorg in natura heeft dit geleid tot de beslissing om per 1 april 2003 de AWBZ-aanspraken in functiegerichte termen te omschrijven. Wel zal vervolgens de bekostiging van de aanspraken zodanig worden ingericht dat deze nog zoveel mogelijk aansluit bij de huidige systematiek. Dat wil zeggen handhaving van het budgetmodel en het systeem van productieafspraken op basis van CTG-producten. Wel zal een begin worden gemaakt met de ontschotting. Om deze ontschotting op een werkbare manier te stimuleren, heb ik besloten dat ten aanzien van de intramurale zorg de ontschotting in de sfeer van de bekostiging in 2003 nog niet mogelijk zal worden gemaakt. Ik richt mij vooral op de ontschotting van de producten die volledig betrekking hebben op een afzonderlijke functie, dan wel een combinatie van functies, die niet een planning- of bouwregime kennen. Ik zal die zodanig vormgeven dat aanbieders deels producten zonder verblijf van andere aanbieders kunnen leveren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de mogelijkheid dat een verzorgingshuis het product dagbesteding gaat leveren aan verzekerden met een psychiatrische aandoening. Dit product was in de situatie voor 1 april 2003 voorbehouden aan instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

Het kabinet heeft met het oog op de bekostiging na 2003 besloten een onderzoek te laten verrichten naar de totstandkoming van de juiste tarieven voor de te leveren prestaties. Bij dit onderzoek, dat interdepartementaal zal worden begeleid, zal externe expertise betrokken worden.

Op het terrein van de eigen bijdragen heeft de noodzaak van een verantwoorde uitvoering als consequentie dat het in mijn brief van 19 april 2002 voorgestelde systeem van eigen bijdragen dat gebaseerd zou worden op het besluit van het regionaal indicatieorgaan in 2003 niet zal worden ingevoerd. De daarvoor noodzakelijke voorwaarden, bijvoorbeeld een geautomatiseerde doorgifte van het besluit van dat orgaan aan het zorgkantoor, de geautomatiseerde melding van de aanvang van de

zorg, zijn per 1 april 2003 nog niet vervuld. Dit betekent dat in 2003 de huidige bijdrageregeling zal worden gecontinueerd. Deze zal echter niet alleen gelden voor verzekerden die zorg ontvangen die overeenstemt met de huidige aanspraken op het terrein van de verpleging en verzorging. Als gevolg van de ontschotting kunnen immers ook andere aanbieders dergelijke zorg in 2003 leveren. Ook verzekerden die dergelijke zorg van een andere aanbieder dan de aanbieders op het terrein van de verpleging en verzorging krijgen, zijn een bijdrage verschuldigd.

Naar aanleiding van de afgesproken prioritering en fasering heeft het CVZ in zijn brief van 14 juni 2002 meegedeeld dat de implementatie verantwoord kan worden uitgevoerd. Voorts heeft het CVZ op 30 augustus 2002 meegedeeld dat het CVZ in september 2002 een ontwerpbeschikking zal maken, waarin per categorie van toelatingen een omzetting zal plaatsvinden naar de nieuwe situatie.

II. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Hoofdstuk I Definitiebepaling

Artikel 1

Het oude artikel 1 bestond uit de huidige onderdelen a en b van artikel 1. Het nieuwe onderdeel c is nodig omdat, anders dan onder het oude besluit, het begrip verblijf beperkt is tot verblijf gedurende het etmaal.

Hoofdstuk II De aanspraken

Artikel 2

Artikel 2 regelt de aanspraak op AWBZ-zorg.

In het eerste lid is de aard van de zorg geregeld. De verschillende vormen waarop aanspraak staat, zijn vermeld in de onderdelen a tot en met p, waarbij steeds is aangegeven in welk artikel de inhoud en omvang van de zorg is omschreven.

In het eerste lid is tevens geregeld dat geen aanspraak bestaat op zorg die op grond van andere wettelijke regelingen wordt dan wel kan worden bekostigd. Dit is nodig om de afbakening te regelen van de zorg die op grond van andere wettelijke regelingen wordt dan wel kan worden bekostigd. Voorbeelden zijn de Welzijnswet, de Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten, de Wet inschakeling werkzoekenden en de Wet voorzieningen gehandicapten.

De desbetreffende zinsnede heeft geen betrekking op de zorg waarop op grond van de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, omdat ingevolge artikel 8, eerste lid, aanhef, van de Ziekenfondswet bij gelijke aanspraken de AWBZ voorgeeft op de Ziekenfondswet.

Het tweede lid is gelijk aan het oude artikel 2, tweede lid.

Het derde lid is opgenomen om expliciet tot uitdrukking te brengen dat de verzekerde alleen aanspraak heeft op de zorg die voor hem doelmatig is. Een dergelijke bepaling stond ook in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering voordat artikel 9b in de AWBZ werd ingevoerd. Omdat artikel 9b, derde lid, van de AWBZ alleen nog maar melding maakt van doelmatigheid voor de zorg waar het indicatieorgaan niet over gaat, ontstond het misverstand dat doelmatigheid niet speelt voor de zorg die onder het Zorgindicatiebesluit valt. Dit is uiteraard niet het geval. Het uitvoeringsorgaan heeft immers op grond van artikel 14 van

de AWBZ de plicht onnodige verstrekkingen te voorkomen. Met het derde lid wordt tevens bereikt dat het indicatieorgaan bij zijn indicatiebesluit rekening moet houden met doelmatige zorg. Op deze wijze is invulling gegeven aan de wens om de doelstelling van het hanteren van omslagpunten in de AWBZ zoveel mogelijk te realiseren.

Het vierde lid geeft de bevoegdheid bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de inhoud en omvang van de zorg en de aanspraak op zorg afhankelijk te stellen van daarbij te stellen voorwaarden. De bevoegdheid is ruim geformuleerd zodat deze bepaling zoveel mogelijk de noodzakelijke ministeriële bevoegdheden per zorgvorm omvat en daardoor zo min mogelijk een ministeriële bevoegdheid in de andere bepalingen hoeft te worden opgenomen zoals onder het oude besluit het geval was. Afhankelijk van de zorgvorm zal van de bevoegdheid meer of minder gebruik van gemaakt worden. Van deze bevoegdheid kan ook gebruik gemaakt gaan worden om beperkingen aan de aanspraak op zorg zonder verblijf te stellen. In paragraaf 2.6 van het algemene deel van deze toelichting is op deze problematiek ingegaan.

Artikel 3

Bij de huishoudelijke verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL).

Bij deze zorg kan gedacht worden aan opruimen, schoonmaken, het verzorgen van planten en huisdieren, het bed of de bedden opmaken in situaties waarbij de verzekerde niet bedlegerig is en de maaltijd klaar maken.

Bij huishoudelijke verzorging gaat het om de verzorging van het huishouden van de verzekerde en dit speelt dus niet indien de verzekerde in een instelling verblijft. De huishoudelijke verzorging maakt dan onderdeel uit van de functie verblijf.

Artikel 4

Bij de persoonlijke verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daaronder is tevens zorg begrepen die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige cliënt. Bij deze zorg kan gedacht worden aan het wassen en het kleden van de verzekerde al dan niet op bed, het douchen of baden van de verzekerde, de verzekerde opmaken, scheren, tandenpoetsen, het verzorgen van de huid, inclusief decubituspreventie en het aanbrengen van protheses, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken en hulp bij beweging en houding (wisselgging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingcorrectie, vervoeren in rolstoel).

Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van ADL-activiteiten behoort tot deze functie.

Artikel 5

Bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Bij verpleging valt te denken aan het toedienen van medicijnen, zuurstof, het aanbrengen van een infuus of katheter, wondverzorging, lichamelijke controles en het geven van injecties. Ook gaat het om het oefenen met de verzekerde om zelf injecties te geven en om te gaan met zuurstof. Verder omvat verpleging onderzoek

naar de gezondheid alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen en dergelijke.

De term «voorkoming van verergering» houdt ook in dat het kan gaan om palliatieve zorg.

Aangezien verpleging niet aangewezen is in verband met een zintuiglijke of verstandelijke handicap staan deze handicaps niet in de omschrijving genoemd.

Artikel 6

Ondersteunende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, met name als er sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van een gezinsstructuur. De ondersteunende begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat al bij de verzekerde aanwezig is.

Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband geboden worden.

Bij deze zorg gaat het derhalve ook om dag- of nachtopvang in een instelling.

Artikel 7

Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap. Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie), het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek alsmede advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek. Tevens valt te denken aan het case-management op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij gaat het onder meer om de begeleiding die sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen geven aan verzekerden met een psychiatrische stoornis die thuis wonen. Deze begeleiding houdt in dat gedrags- en psychische problemen die voortkomen uit de psychiatrische stoornis zo mogelijk worden voorkomen of tijdig worden onderkend zodat een daarop afgestemde interventie kan plaatsvinden. Het gaat hier om begeleiding gericht op herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek. Voor de formulering van artikel 7 is het niet relevant dat het bij case-management gaat om een psychiatrische stoornis. Deze psychiatrische stoornis is dan ook niet in artikel 7 genoemd.

Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel geboden worden aan het individu of in groepsverband. Activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling valt eveneens onder deze functie.

In het eerste lid is de behandeling waarop aanspraak bestaat omschreven.

Gezocht is naar een formulering van de AWBZ-behandeling die dusdanig afgebakend omschreven is dat er geen afwenteling plaatsvindt op de AWBZ van een ziekenfonds- of gelijke behandeling die voor rekening van een particuliere ziektekostenverzekering dan wel publiek-rechtelijke ziektekostenregeling kan komen. Overwogen is om op te nemen dat behandeling datgene omvat, wat niet reeds uit hoofde van de ziekenfondsverzekering als verstrekking geldt. Het CVZ heeft dat voorgesteld. Het is echter de vraag is of een dergelijke regeling zich wel verhoudt met artikel 8, eerste lid, aanhef, van de Ziekenfondswet. Daarin is immers bepaald dat geen aanspraak bestaat op bij of krachtens de Ziekenfondswet omschreven zorg, indien daarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat. Met andere woorden de AWBZ-aanspraak gaat voor op de ziekenfondsaanspraak. Hoewel het voorstel van het CVZ zich op de inhoud van de zorg richt en in die zin juridisch wellicht wel zou kunnen, is toch besloten dit voorstel niet over te nemen.

Daarentegen is de afbakening bewerkstelligd door aan te geven dat het gaat om behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, door de in de bepaling opgenomen aandoeningen en handicaps en de doelstelling van de zorg.

Voor verzekerden die in bepaalde instellingen verblijven, gold onder het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering dat, met uitzondering van paramedische zorg, ook behandelingen van algemeen medische aard, die onder de ziekenfondsverzekering vallen of waarvan de kosten ten laste van particuliere ziektekostenverzekeringen dan wel publiekrechtelijke ziektekostenregelingen komen, ten laste van de AWBZ komen. Dit is met dit besluit gehandhaafd en geregeld in artikel 15, eerste lid, onderdeel a.

Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in die zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorende onderzoek is verricht. De begeleiding richt zich op het leren omgaan met de (gevolgen) van de aandoening of handicap. Voor behandeling is kenmerkend dat de diagnose nog niet is gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, niet op het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening of handicap. Dit laatste vormt onderdeel van de functie activerende begeleiding. In de praktijk zullen behandeling en activerende begeleiding vaak hand in hand gaan. Toch is het zaak behandeling en activerende begeleiding goed uit elkaar te houden. Het feit dat activerende begeleiding, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, vaak wordt gegeven door personen die in hun beroepsgroep bekend staan als behandelaar, maakt van de te verrichten activiteit nog geen behandeling in de zin van de functie behandeling. Net zo min als uit de naam sociaal psychiatrische verpleegkundige kan worden afgeleid dat wat deze persoon doet, het bieden van de functie verpleging is.

Onder behandeling in dit artikel valt ook behandeling van een verzekerde met verslavingsproblematiek.

Zoals het CVZ opmerkt, vormt audiotechnische ondersteuning onderdeel van behandeling aan doven en slechthorenden. Verder stelt het CVZ de mogelijkheid van verpleging in gezinnen aan de orde. Deze zorg houdt in dat vanuit de instelling gezinsverpleging wordt georganiseerd geheel onder verantwoordelijkheid, waaronder de financiële verantwoordelijkheid, van de instelling. Het verblijf in een pleeggezin heeft vooral sociaal-therapeutisch en opvoedkundig betekenis en dient ter onder-

steuning bij de behandeling. De keuze voor de huidige regeling van de aanspraken brengt met zich dat deze verpleging in gezinnen niet meer expliciet geregeld is. Dat wil niet zeggen dat een dergelijke organisatie van zorg niet meer mogelijk is. Desgewenst kunnen instellingen met zorgkantoren hierover afspraken maken.

In de AWBZ gold tot nu toe, en dat is gehandhaafd, dat de zorg alleen in instellingsverband mag worden geleverd. Een uitzondering daarop heeft tot nu toe bestaan voor de zenuwarts en de psychiater. Ook deze uitzondering is gehandhaafd. Onder het oude besluit verleenden de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg de psychotherapie niet altijd zelf, maar schakelden daarvoor ook vrijgevestigde psychotherapeuten voor in. Om duidelijk te maken dat dit mogelijk was, stonden in de bepaling de woorden: door of vanwege. De toevoeging van de woorden «of vanwege» is overbodig. Met het onderhavige besluit blijft de mogelijkheid dus bestaan om door of «vanwege» een instelling zorg te laten verlenen door vrijgevestigd psychotherapeuten.

Het tweede en het derde lid strekken ertoe de bestaande beperkingen in de aanspraak op psychotherapie te handhaven.

Artikel 9

Bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn.

Gaat het om tijdelijk verblijf dan staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van hun aandoening of handicap centraal, dan wel het ontlasten van de mantelzorg.

Bij mensen die langdurig op verblijf in een instelling zijn aangewezen en die op grond van hun aandoening of handicap ook behoefte hebben aan toezicht, staat het garanderen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven centraal.

De in het eerste lid opgenomen voorwaarden «indien een therapeutische of een beschermende leefomgeving dan wel permanent toezicht is aangewezen» brengen met zich dat de verzekerde geen indicatiebesluit voor verblijf kan krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Het is immers niet de bedoeling dat de verzekerde de functie verblijf los van een of meer andere zorgonderdelen kan krijgen. De omschrijving houdt ook in dat het altijd om een instelling moet gaan die voor meer functies dan alleen verblijf is toegelaten. Immers, anders kan een instelling het leveren van een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht niet waarmaken.

Onder dit verblijf valt niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang. Die zorg valt onder de twee begeleidingsfuncties die, in het kader van de indicatiestelling en bekostiging, naast de indeling gebaseerd op uren ook nog een indeling gebaseerd op dagdelen kent. «Logeren» in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet, valt onder artikel 9. Indien het gaat om «logeren» louter als nachtopvang dan valt deze onder begeleiding.

Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf. De verzekerde hoeft en dient dus geen indicatiebesluit voor huishoudelijke verzorging te krijgen indien hij in een instelling verblijft. De instelling dient dus, als onderdeel van de functie verblijf, bijvoorbeeld de kamer van de verzekerde gewoon schoon te maken.

Artikel 10

Het vervoer is momenteel zeer versnipperd vorm gegeven. Soms valt het vervoer onder de Wet voorzieningen gehandicapten, soms onder ziekenvervoer in de zin van de Ziekenfondswet en soms (zeer beperkt) voorziet de AWBZ in vervoer. In het laatste geval gaat het om vervoer van de verzekerde terzake van dagbehandeling in een verpleeginrichting, zorg door een dagverblijf voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en zorg door een instelling voor auditief of communicatief gehandicapten. Waar ik op termijn naar streef, is een structurele, uniforme regeling buiten de AWBZ waarin gewaarborgd is dat mensen die voor hun zorg afhankelijk zijn van vervoer daar ook een beroep op kunnen doen. Deze situatie is met ingang van 1 april 2003 evenwel niet bereikt. Daarom heb ik gekozen voor een tussenoplossing die zoveel mogelijk parallel loopt aan hetgeen in het kader van de AWBZ reeds was geregeld. De tussenoplossing houdt in dat waar sprake is van zorg gedurende een dagdeel het daartoe medisch noodzakelijke vervoer wordt meegefinancierd. Bij zijn indicatiebesluit moet het indicatieorgaan oordelen of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening dan wel in staat is gebruik te maken van openbaar vervoer. Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich brengen dat het indicatieorgaan oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is.

Over het vervoer ten behoeve van behandeling heeft het CVZ op 26 september 2002, CZ/22044800, gerapporteerd als antwoord op vragen die ik het CVZ op 8 januari 2002, CZ/EZ/2241541, heb gesteld over het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering (een ministeriële regeling). Over de aanbevelingen zal binnen afzienbare tijd een beslissing genomen worden.

Artikel 11

Deze bepaling regelt de bruikleen van verpleegartikelen. Het verstrekken in bruikleen is op dit moment een onderdeel van de zorgverlening door thuiszorginstellingen.

Artikel 12

Dit artikel komt overeen met artikel 4, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikelen 13, 14, 17 en 18

De artikelen 13 onderscheidenlijk 14, 17 en 18 zijn materieel gelijk aan de artikelen 9 onderscheidenlijk 19, 27 en 28 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Omdat net zoals bij verblijf in een ziekenhuis (artikel 13) bij verblijf in een instelling voor revalidatie (artikel 14) geldt dat het verblijf pas voor rekening van de AWBZ-verzekering komt, voor zover het verblijf een periode van 365 dagen te boven gaat, is in artikel 14, tweede lid, geregeld dat artikel 13, tweede en derde lid, van overeenkomstige toepassing is. Dit houdt in dat dezelfde regeling geldt met betrekking tot de berekening van de 365 dagen. Voorts geldt dat indien een verzekerde verblijft in een instelling, niet zijnde een instelling voor revalidatie, en vanuit die instelling wordt overgeplaatst naar een instelling voor revalidatie hij geen aanspraak heeft op verblijf in die instelling, zolang zijn verblijf in die instelling een periode van 365 dagen niet overschrijdt.

Artikel 15

Uitgangspunt is dat de verzekerde zoveel mogelijk «normaal» moet worden benaderd en derhalve zoveel mogelijk van de «normale» circuits gebruik moet (kunnen) maken. Net als alle andere burgers, dienen ook burgers die voor AWBZ-zorg geïndiceerd zijn, in principe gebruik te maken van de algemene voorzieningen die voor alle burgers openstaan.

Tot nu toe bestond bij verblijf in sommige instellingen de zorg, naast de andere zes functies, ook nog uit tandheelkundige hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, kleding en een individuele rolstoel. Deze instellingen waren: een ziekenhuis na 365 dagen, een revalidatie-instelling na 365 dagen, een verpleeginrichting, Het Dorp, een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis en een instelling voor verstandelijk gehandicapten. In alle situaties gaat het om instellingen waarbij behandeling een onderdeel is van het zorgpakket. Bij instellingen waarbij behandeling geen deel uitmaakt van de aanspraak, bestaat ook geen aanspraak op grond van de AWBZ op de hiervoor genoemde extra zorg. In de overige instellingen waar de verzekerden verblijven, te weten de gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten, RIBW'en en verzorgingshuizen, was geen sprake van behandeling ten laste van de AWBZ. In die situaties was er ook geen aanspraak op de in artikel 3 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering geregelde zorg.

Met het nieuwe artikel 15 wordt het recht op de extra zorg indien er sprake is van verblijf met behandeling (de zorg, bedoeld in artikel 8) in dezelfde instelling, gehandhaafd. Het CVZ heeft in zijn rapport bevestigd dat met het regelen op deze wijze geen beperkingen optreden, maar er eerder sprake is van een kleine uitbreiding omdat verzekerden die nu in een instelling voor zintuiglijk gehandicapten verblijven geen aanspraak op deze voorzieningen hebben.

Bij behandeling met verblijf in dezelfde instelling gaat het bovendien niet alleen om behandeling zoals die in artikel 8 omschreven is, maar zonodig ook om de geneeskundige hulp van algemeen medische aard, met uitzondering van paramedische hulp. Het gaat daarbij om de hulp zoals de huisarts die pleegt te bieden. Voorheen zat dit impliciet in de aanspraak op de behandeling bij verblijf. Om dit te handhaven is dit thans expliciet in onderdeel a in het eerste lid van artikel 15 opgenomen.

Bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis bestaat geen aanspraak op tandheelkundige hulp gedurende het eerste jaar van het verblijf en in het geheel niet bij verblijf op een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis, omdat dat verblijf maximaal 26 weken bedraagt (langer bestaat er geen aanspraak). Het handhaven van deze beperking wordt bij ministeriële regeling geregeld op grond van artikel 2, derde lid.

Artikel 16

Deze bepaling komt overeen met artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering zoals die bepaling in verband met de inwerkingtreding van de Wet houdende wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid per 1 januari 2003 is komen te luiden.

Hoofdstuk III Bijzondere bepalingen

De artikelen 19 en 20

De artikelen 19 onderscheidenlijk 20 zijn materieel gelijk aan de artikelen 33 onderscheidenlijk 34 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Hoofdstuk IV Wijziging van andere besluiten

Artikel 21 (Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering)

A, B en C

Deze bepalingen zijn aangepast aan de nieuwe bepalingen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Materieel is hier niets gewijzigd.

D

Zoals aan het slot van paragraaf 2.7.2 van het algemene deel van de toelichting is aangegeven, komt met ingang van de inwerkingtreding van dit besluit de taak die het CAK tot nu toe had met betrekking tot de vaststelling en inning van de thuiszorgbijdrage, voor het nieuwe bijdragesysteem bij het zorgkantoor te berusten. Dit geldt ook voor de taak met betrekking tot de registratie van de intramurale bijdrage.

Artikel 22 (Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen)

A

Met ingang van 1 april 2003 staan de in de oude onderdelen B tot en met E van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen genoemde instellingen niet meer vermeld in de nieuwe op grond van artikel 6, eerste lid, van de AWBZ vastgestelde algemene maatregel van bestuur, te weten het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Onderdeel B betrof verpleeghuizen. De aanspraak op het verblijf met zorg in een verpleeghuis was omschreven in artikel 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel C betrof psychiatrische ziekenhuizen. De aanspraak op het verblijf in deze instellingen was omschreven in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel D betrof zwakzinnigeninrichtingen. De aanspraak op verblijf in een dergelijke inrichting (instelling voor verstandelijk gehandicapten) was geregeld in artikel 23 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel E betrof inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten en Het Dorp. De aanspraak op verblijf met zorg in deze instellingen was geregeld in de artikelen 11, 21 onderscheidenlijk 22 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Op grond van het tweede lid, aanhef en onder b, van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen waren verzorgingshuizen als categorie van inrichtingen, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, aangewezen (Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2000, DVVO-U-2121245, houdende aanwijzing verzorgingshuizen als instelling voor gezondheidszorg en wijziging beleidsregels ex artikel 3 WZV (Stcrt. 245)).

Het nieuwe onderdeel B strekt ertoe om instellingen die dergelijke zorg met verblijf verlenen onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden. Bij de omschrijving is aangesloten bij de omschrijvingen in de artikelen 4 tot en met 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De opsomming van de doelgroepen is nodig om aan te sluiten bij het Besluit bouwmaatstaven Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Instellingen die alleen verblijf met huishoudelijke zorg verlenen zijn niet onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht om zo «hotels» buiten de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden.

Het nieuwe tweede lid van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen strekt er toe om net als nu de instellingen die onder de Tijdelijke Verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening vallen alsmede de kleinschalige woonvoorzieningen, waaronder ook de regionale instellingen voor beschermd wonen, buiten de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden. Het is immers niet de bedoeling van de modernisering van de AWBZ (het functiegericht omschrijven van zorg waarop op grond van de AWBZ bestaat) de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te verbreden.

Bij ministeriële regeling op grond van artikel 1, tweede lid, aanhef en onder a, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen kan het begrip «kleinschalige woonvoorziening» nader worden omschreven.

Artikel 23 (Besluit geneeskundige verzorging politie 1994)

A

Omdat het woord «inrichting» in het Besluit zorgaanspraken AWBZ niet meer voorkomt, is dit vervangen door het gehanteerde begrip: instelling.

B

Deze wijziging betreft slechts het vervangen van de verwijzing naar het met dit besluit ingetrokken «Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering» door verwijzing naar het nieuwe besluit, te weten het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 24 (Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999)

Deze wijziging betreft slechts het vervangen van verwijzingen naar oude bepalingen van het oude Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering door verwijzingen naar gelijklopende nieuwe bepalingen van het nieuwe Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 25 (Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering)

Ook hier gaat het niet om materiële wijzingen, maar om een technische aanpassing en om actualisering. De wachttijd had alleen betrekking op verblijf in een instelling zoals die geregeld was in de paragrafen 3 (zorg bestaande uit verpleging en verzorging), 4 (revalidatiezorg), 6 (zorg voor zintuiglijk gehandicapten) en 7 (zorg voor verstandelijk gehandicaptenzorg) en derhalve niet op paragraaf 5 (geestelijke gezondheidszorg). Deze uitzondering op de wachttijd bij verblijf (artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) is gehandhaafd door te regelen in een nieuw tweede lid dat het eerste lid niet van toepassing is op verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ waarop de verzekerde in verband met een psychiatrische aandoening is aangewezen.

Het noemen van de revalidatiezorg in deze bepaling was achterhaald. Immers sinds 1 januari 1996 is het eerste jaar van verblijf in een instelling voor revalidatie weer als aanspraak op grond van de Ziekenfondswet geregeld en uit de AWBZ-verzekering verwijderd. De wachttijd hiervoor is dus achterhaald. De bepaling is hierop gecorrigeerd.

A

Met de nieuwe formulering van nummer 10 in onderdeel A van artikel 1 van het Besluit werkingsfeer WTG 1992 en het laten vervallen van de nummers 11 tot en met 16, 23 en 28 van dat onderdeel wordt direct aangesloten op de toelating onderscheidenlijk erkenning voor functies die individuele instellingen krijgen. Zo ontstaat een directe koppeling tussen toelating onderscheidenlijk erkenning en de WTG.

Koppeling van elke functie aan een categorie van instellingen kan het misverstand oproepen dat er per categorie van instellingen een beleidsregel en tarief moet worden vastgesteld. Heeft een instelling een toelating onderscheidenlijk erkenning voor meer functies dan zou dat kunnen leiden tot de vraag of de instelling voor elke functie een afzonderlijke beleidsregel en tariefbeschikking nodig heeft. Dat eventuele misverstand wordt met deze formulering vermeden.

In het onderdeel C van artikel 1 van het Besluit werkingsfeer WTG 1992 werden de inrichtingen en instellingen die AWBZ-zorg leveren en zijn aangewezen in de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVMD) en op grond van die wet een erkenning hebben gekregen (dagverblijf of gezinsvervangend tehuis voor gehandicapten; instelling voor zover de werkzaamheden daarvan zijn gericht op sociaal-pedagogische zorg) genoemd. Door in de nieuwe formulering van onderdeel A, nummer 10, de categorieën van de TVMD mee te nemen, kan afzonderlijke vermelding van de in onderdeel C aangewezen instellingen vervallen.

De nieuwe redactie van de nummers 16a en 17 betreffen slechts aanpassingen aan het nieuwe Besluit zorgaanpak AWBZ.

Artikel 27 (Besluit werkingsfeer maximumtarieven WTG)

Deze wijzigingen betreffen slechts redactionele aanpassingen aan het nieuwe Besluit zorgaanpak AWBZ.

Artikel 28 (Bijdragebesluit zorg)

B

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, betekent het niet meer per categorie aanduiden van instellingen dat het handhaven van een apart maximum bij verblijf in een verzorgingshuis niet meer mogelijk is. Dit is dan ook met het onderhavige besluit komen te vervallen. Het in artikel 4, eerste lid, opgenomen bedrag betreft het bedrag zoals dat per 1 januari 2003 met toepassing van artikel 19 van het Bijdragebesluit zorg is vastgesteld.

C

Artikel 10, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg, zoals dat met het koninklijk besluit van 17 juni 2002 tot wijziging van het Bijdragebesluit zorg en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering in verband met invoering van het verzamelinkomen als grondslag voor de vaststelling van de eigen bijdrage bij verblijf in een instelling (Stb. 327) komt inhoudelijk overeen met het oude artikel 5, tweede lid, van dat besluit. Abusievelijk ontbrak in het nieuwe artikel 10, eerste lid, niet het woord «gemiddeld». Dit is thans gecorrigeerd.

D

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, houdt het functiegericht systeem in dat de extra aftrek die gold bij verblijf in gezinsvervangende tehuizen, Het Dorp, RIBW-en, de verpleeginrichtingen Amstelrade te Amstelveen, Nieuw-Unicum te Zandvoort en het Zeehospitium te Katwijk aan Zee moet komen te vervallen.

E

Met het hiervoor genoemde koninklijk besluit van 17 juni 2002 is een verkeerd bedrag in artikel 14, eerste lid, aanhef opgenomen. Dit bedrag had moeten zijn € 535,46. Dit is thans gecorrigeerd door in deze bepaling het bedrag op te nemen zoals dat met toepassing van artikel 19 van het Bijdragebesluit zorg per 1 januari 2003 is vastgesteld.

Aangezien bij verblijf gedurende de dag of de nacht in de instelling het nieuwe bijdragesysteem voor de functies zonder verblijf gaat gelden, vervallen onderdeel d van het eerste lid en het tweede lid.

F

Deze wijziging betreft correctie van verwijzing naar een verkeerd artikellid in artikel 15, vijfde lid.

G

Het eerste lid van artikel 16a betreft de bijdrageplicht voor verzekerden van 18 jaar en ouder die huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding ontvangen.

Het tweede lid betreft de bijdrageplicht in de kosten van psychotherapie. Dit geldt ook voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

In het derde lid van artikel 16a is geregeld dat de bijdrageplicht, die start als de zorgverlening aanvangt, doorloopt totdat er sprake is van een officiële beëindiging van de zorgverlening. Dit is in de regel als de geldigheidsduur van het indicatiebesluit is verlopen. Ook kan het zijn dat de verzekerde om andere redenen geen zorg meer wil of de aanbieder de zorg niet meer levert. De instelling zal dan aan het zorgkantoor melden dat de zorgverlening beëindigd is.

I

In het nieuwe eerste lid van artikel 16d is het nieuwe bijdragesysteem voor huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding geregeld.

Het nieuwe bijdragesysteem werkt als volgt. Het indicatieorgaan besluit op welke zorgfunctie of zorgfuncties de verzekerde in welke klasse of klassen is aangewezen. Het zorgkantoor bepaalt wat de som van de brutowaarden van de klassen is, als de verzekerde zou kiezen voor pgb. Vervolgens wordt de eigen bijdrage vastgesteld op 17,75% van deze waarden. De verzekerde betaalt niet meer dan de voor hem geldende maximale bijdrage. Deze maxima staan in het tweede tot en met het vijfde lid van artikel 16d.

Voor advies, instructie en voorlichting door een gespecialiseerde verpleegkundige is geen eigen bijdrage verschuldigd. Dit is met het gewijzigde zevende lid (oud), onderdeel c, gehandhaafd. Het betreft hier

consultatiewerk van gespecialiseerde verpleegkundigen op het gebied van diabetes, stoma, incontinentie, reuma, CARA en dergelijke.

J

Artikel 16f betreft de bijdrage in de kosten van psychotherapie. De hoogte daarvan wordt bij ministeriële regeling geregeld.

K

Artikel 16g kon komen te vervallen omdat hiervoor thans de bijdrage, bedoeld in artikel 16d, eerste lid, geldt.

L

Met het wijzigen van artikel 17 is de uitzondering dat geen bijdrage verschuldigd is gedurende het eerste jaar van verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, waaronder de afdeling herstellingsoord, of bij verblijf in een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis gehandhaafd. Overeenkomstig het voorstel van het CVZ is daarbij wel bepaald dat de behandeling of de activerende begeleiding in dezelfde instelling wordt ontvangen.

Artikel 29 (koninklijk besluit van 28 augustus 2001 inhoudende aanwijzing van instellingen die in hun administratie en bij gegevensverstrekking ter uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten het sociaal fiscaalnummer van verzekerden gebruiken (Stb. 404))

In artikel 1, onderdelen a en c (oud) was geregeld dat de instellingen die AWBZ-zorg verlenen het sociaal fiscaalnummer mogen gebruiken. Dit is gehandhaafd met het nieuwe onderdeel a.

Artikel 30 (Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering)

Bij de aanpassing van desbetreffende bepalingen in het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering is zo veel mogelijk aangesloten bij de tot nu geldende reikwijdte. Dat is echter niet in alle situaties mogelijk, logisch of wenselijk.

In artikel 10 is daarom de groep van voorschrijvers van geneesmiddelen uitgebreid met alle instellingen die voor rekening van de AWBZ behandelen. Bij artikel 10 gaat het om de extramurale verstrekking van geneesmiddelen.

Bij artikel 12 ging het om gezinsvervangende tehuizen voor nagenoeg alle AWBZ-doelgroepen waar de nieuwe zorgfuncties betrekking op hebben. Daarom is hier niet gekozen voor een nadere beperking van doelgroepen. Dat is wel gedaan bij artikel 14a, omdat het daar gaat om de zogenoemde verkeerde bedproblematiek, waarbij nog vier weken recht bestaat op verblijf in het ziekenhuis voor rekening van de ziekenfondsverzekering indien de verzekerde wacht op een plaats in een verpleeghuis.

Bij artikel 24a kon wel een één op één vertaling plaatsvinden omdat het hier een voorzieningsgerichte omschrijving van zorg (ziekenhuiszorg) betreft.

Het vierde en vijfde lid van artikel 14 zijn achterhaald en daarom vervallen.

A

Artikel 1 is aangevuld met een definitie van het begrip «klasse». Dit is nodig omdat het indicatieorgaan met ingang van de inwerkingtreding van artikel 31 in zijn indicatiebesluit voor bepaalde vormen van zorg aangeeft in welke mate (klasse) de verzekerde op zijn zorg is aangewezen.

B

Met het nieuwe eerste lid van artikel 2 is geregeld dat het indicatieorgaan voor de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ indiceert. De vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 9, zijn de zogenoemde zeven functies van zorg en de zorg, bedoeld in artikel 10, is vervoer indien er sprake is van ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling.

Niet onder het Zorgindicatiebesluit valt behandeling en, gedurende het eerste jaar, verblijf in geval er sprake is van een psychiatrische aandoening, zoals in paragraaf 2.5 van het algemene deel van de toelichting is uiteengezet. Bij de uitzondering die geldt bij de geestelijke gezondheidszorg gaat het bij verblijf, gedurende het eerste jaar, ook om de andere functies die samen met dat verblijf geïndiceerd zijn en verstrekt worden.

C

In het tweede lid van artikel 4 was geregeld dat, naast patiënten/consumentenorganisaties, zorginstellingen, huisartsenorganisaties en uitvoeringsorganen ten minste een persoon mogen aanwijzen als lid van het indicatieorgaan. Bij nader inzien is het niet nodig en wenselijk om de drie laatstgenoemde organisaties altijd in de gelegenheid te stellen tot deelname in een indicatieorgaan. Met het nieuwe tweede lid is deze verplichting dan ook komen te vervallen. Het is daarmee aan de indicatieorganen zelf genoemde organisaties wel of niet uit te nodigen om een lid aan te wijzen.

D en F

Artikel 4:1 van de Algemene wet bestuursrecht bevat de mogelijkheid om bij wettelijk voorschrift te bepalen dat aanvragen van beschikkingen ook mondeling mogen geschieden. Van deze mogelijkheid is in het nieuwe eerste lid van artikel 5 gebruik gemaakt. Dit laat uiteraard onverlet dat direct na de aanvraag een bewijs van ontvangst als bedoeld in het nieuwe vijfde lid wordt verzonden.

Artikel 5, tweede lid, komt overeen met het oude artikel 5, eerste lid, zij het dat daarin niet meer vermeld staat «behandelend artsen», omdat het in een aantal gevallen niet om behandelende artsen gaat, maar om andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Het derde lid is gelijk aan het oude tweede lid.

Het nieuwe vierde lid en het nieuwe vijfde lid van artikel 5 strekken ertoe te bewerkstellingen dat het indicatieorgaan onmiddellijk de datum van ontvangst op de aanvraag aantekent en die datum aan de verzekerde mededeelt. Op dit moment wordt dat onvoldoende gedaan.

E

De formulering van artikel 6, onderdeel b, is in overstemming gebracht met de artikelen 3 tot en met 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De aandoeningen onderscheidenlijk de doelgroepen die in die bepalingen zijn genoemd, staan nu ook in dit onderdeel.

F

Artikel 7, eerste en tweede lid, is gewijzigd omdat het in een aantal gevallen niet om behandelende artsen gaat, maar om andere beroeps-beoefenaren in de gezondheidszorg.

G

Deze bepaling is aangepast in verband met de gewijzigde terminologie van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Daarnaast is deze bepaling uitgebreid met zorgvragers met een psychiatrische aandoening. Ook voor deze aandoening geldt dat er bijzondere expertise nodig is om te kunnen beoordelen of en zo ja welke zorg nodig is.

H

Met ingang van 1 januari 2002 is geregeld dat voor een periode van maximaal 3 jaar een landelijke instelling met deskundigheid op het terrein van de gehandicaptenzorg kan worden aangewezen. Hiertoe werd besloten omdat met ingang van die datum de gehandicaptenzorg onder het Zorgindicatiebesluit werd gebracht. Met ingang van 1 april 2003 is vervolgens ook de geestelijke gezondheidszorg voor een deel onder het Zorgindicatiebesluit gebracht. Derhalve is thans de situatie ontstaan, dat de indicatieorganen verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling op nagenoeg alle terreinen van de AWBZ-zorg.

Ik acht het nu van belang dat er één landelijk orgaan is waaraan alle taken kunnen worden opgedragen waarvoor bijzondere expertise nodig is of waarvoor een landelijke gecoördineerde aanpak wenselijk is. Daarom heb ik besloten in plaats van het tijdelijke orgaan met deskundigheid op het terrein van de gehandicaptenzorg een permanent orgaan aan te wijzen van waaruit specialistische expertise op alle terreinen van zorg beschikbaar kan worden gesteld aan de indicatieorganen die daarop een beroep willen doen. Het landelijk orgaan zal daarnaast ten opzichte van indicatieorganen en gemeenten een adviesfunctie kunnen vervullen. Daarbij kan worden gedacht aan zaken als gegevensbeheer, onderzoek, begeleiding van experimenten of evaluatie van de resultaten van de indicatiestelling. Daarnaast rapporteert de landelijke instelling desgevraagd aan Onze Minister over de wijze waarop de indicatieorganen indiceren. De aanwijzing van de huidige landelijke organisatie zal worden ingetrokken.

I en M

Het Zorgindicatiebesluit bevatte in artikel 10, 12, tweede lid, 15, tweede lid, en 16 een aantal regelingen in geval er sprake is van spoedzorg. Besloten is om de artikelen 10 en 15, tweede lid, te laten vervallen. Artikel 16 regelt dat het uitvoeringsorgaan in situaties waarin onmiddellijke hulp nodig is, kan beslissen dat de verzekerde zijn aanspraak gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij over een indicatiebesluit beschikt. Binnen die twee weken zal het indicatieorgaan alsnog het benodigde onderzoek moeten doen en een indicatiebesluit moeten nemen. Dit is geregeld in artikel 12, tweede lid. Hiermee is deze aangelegenheid voldoende geregeld. De artikelen 10 en 15, tweede lid, voegen daar niets aan toe.

In het nieuwe artikel 15 is, net als voorheen, geregeld dat het indicatiebesluit de geldigheidsduur vermeldt. De geldigheid geldt vanaf het moment dat het besluit wordt vastgesteld. Dat wil zeggen dat als de verzekerde een besluit krijgt met de geldigheid van bijvoorbeeld twee jaar en de zorg vangt pas aan na een half jaar, het indicatiebesluit na anderhalf jaar van zorgverlening zijn geldigheid verliest. De geldigheidsduur eindigt uiteraard ook als binnen die termijn een nieuw indicatiebesluit is genomen, voor zover althans dat nieuwe besluit het oude intrekt of wijzigt.

Niet meer is geregeld dat de geldigheidsduur niet onbepaald mag zijn omdat een dergelijk vaag voorschrift weinig regelt. In plaats daarvan is in het tweede lid bepaald dat bij ministeriële regeling regels over de geldigheidsduur van de indicatiebesluiten kunnen worden gesteld. Zonodig kunnen op grond daarvan meer specifieke regels met betrekking tot de geldigheidsduur worden getroffen.

J

Het is de bedoeling dat indicatieorganen gaan werken volgens een landelijk protocol, waarin aanwijzingen worden vastgelegd met betrekking tot de werkwijze, de organisatie van de werkzaamheden en de te hanteren procedures. Onderdeel van het protocol zal vormen een formulierenset die de indicatieorganen dienen te hanteren. Het is de bedoeling dat de indicatieorganen gezamenlijk tot een landelijk protocol komen. Voor het geval dat het protocol niet tot stand komt of omissies bevat, regelt artikel 11 dat Onze Minister beleidsregels over de werkwijze van de indicatieorganen kan stellen.

K

In het eerste lid van het nieuwe artikel 13 is opnieuw geregeld wat in het indicatiebesluit moet staan. Daarin moet worden aangegeven:

- a. de functies van zorg;
- b. indien van toepassing, de klasse;
- c. en de gronden in verband waarmee de verzekerde op de zorg is aangewezen, bijvoorbeeld een lichamelijke handicap of een psychiatrische aandoening.

Het tweede lid bepaalt dat het indicatieorgaan aangeeft met ingang van welke datum de zorgvrager op de geïndiceerde zorg is aangewezen. Meestal zal dit de datum van het geven van het indicatiebesluit zijn. Soms kan dit echter later zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan de situatie waarin een in het ziekenhuis opgenomen zorgvrager na ontslag uit het ziekenhuis voor huishoudelijke verzorging in aanmerking komt.

In het derde lid wordt nu duidelijk aangegeven dat het hier gaat om een advies en niet om een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht.

L

In artikel 14 was geregeld dat in een aantal gevallen het nemen van indicatiebesluiten niet mocht worden gemandateerd. Dit is thans komen te vervallen, zodat mandaat in alle situaties mag.

N

Gebleken is dat het moeten leveren van de in artikel 18 (oud) bedoelde verslagen niet zinvol is en derhalve tot onnodige administratieve lasten leidt. Deze bepaling is daarom komen te vervallen en vervangen door een nieuwe bepaling.

Het nieuwe artikel 18 beoogt een landelijk uniforme vastlegging van de

gegevens die tijdens het proces van indicatiestelling ontstaan. Het belang daarvan is dat er onderling vergelijkbare gegevensverzamelingen ontstaan die gebruikt kunnen worden voor landelijke statistiek, beleidsvorming en bedrijfsvergelijking. In de in het artikel genoemde ministeriële regeling zullen bepaalde onderdelen van het zogenoemde Logisch Ontwerp AWBZ-brede Zorgregistratie – te weten die onderdelen die op de indicatieorganen betrekking hebben – worden opgenomen. Toepassing van de betreffende delen van het logisch ontwerp bevordert in hoge mate de eenduidigheid van de vastgelegde informatie. Dit ondersteunt op zijn beurt de kwaliteit van het zorgtoewijzingsproces. De beveiligingseisen strekken ertoe de privacy van cliënten te waarborgen.

Het is daarnaast de bedoeling dat indicatieorganen de zorgkantoren volgens het Logisch Ontwerp AWBZ-brede Zorgregistratie gegevens zullen verstrekken. Artikel 56 AWBZ brengt met zich dat de indicatieorganen de zorgkantoren desgevraagd de benodigde informatie schriftelijk of in een andere vorm die redelijkerwijs kan worden verlangd, kosteloos dienen te verstrekken. Nu de indicatieorganen op grond van artikel 18 van het Zorgindicatiebesluit hun gegevens elektronisch en volgens (delen van) eerdergenoemde Zorgregistratie zullen moeten registreren, is elektronische verstrekking volgens hetgeen voorts in die Zorgregistratie is neergelegd redelijkerwijs van de indicatieorganen te verlangen.

Hoofdstuk V Slot- en overgangsbepalingen

Artikel 32

Naast het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering zijn met dit artikel tevens het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen en het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering ingetrokken. Het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen is ingetrokken omdat in plaats daarvan thans het Zorgindicatiebesluit geldt.

Het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering is ingetrokken omdat deze regeling voor de meeste regio's reeds buitenwerking gesteld. Nog een enkele verzekerde maakt gebruik van deze vergoedingsregeling. In verband daarmee is besloten dit besluit in te trekken en voor de desbetreffende verzekerden in artikel 35 een overgangsregeling te treffen.

Artikel 33

Het eerste lid van artikel 33 zorgt ervoor dat de functiegericht omschreven zorgaanpakken en de indicatie voor die aanspraken alleen gelden voor verzekerden die vanaf de inwerkingtreding van de desbetreffende artikelen van dit besluit (de artikelen 1 tot en met 20, en van artikel 31 de onderdelen A, B, E, G en K) een indicatiebesluit aanvragen respectievelijk voor wie een dergelijk besluit wordt aangevraagd.

Het tweede lid regelt dat personen die reeds onder het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering door een indicatieorgaan voor zorg geïndiceerd waren, hun indicatie en hun oude aanspraken behouden. Dit geldt echter slechts voor de vormen van zorg waarvoor zij geïndiceerd waren. Indien de verzekerde na de datum waarop de artikelen 1 tot en met 20, en van artikel 31 de onderdelen A, B, E, G en K, in werking treden voor een of meer andere vormen van zorg in aanmerking wenst te komen dan de vorm(en) van zorg waarvoor hij voordien geïndiceerd was, dient hij hiertoe een nieuw indicatiebesluit aan te vragen. Voor die nieuwe aanvraag gelden de nieuwe indicatiebepalingen, alsmede de nieuwe, functiegericht omschreven zorgaanpakken. Voorts geldt het tweede lid slechts voor de periode waarvoor het oor-

spronkelijke indicatiebesluit geldt. Heeft de verzekerde na het verlopen van de geldigheidsduur van zijn indicatiebesluit nog steeds zorg nodig, dan dient hij een nieuw indicatiebesluit aan te vragen. Op de behandeling daarvan zijn de nieuwe bepalingen van het Zorgindicatiebesluit en de nieuwe, in dit besluit geregelde, aanspraken van toepassing.

Verzekerden die in aanmerking kwamen voor zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werden tot de inwerkingtreding van artikel 31, onderdeel B, niet door de indicatieorganen geïndiceerd. Het derde lid regelt dat voor patiënten die voor het tijdstip waarop dat onderdeel in werking is getreden een recht op zorg op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg tot gelding konden brengen, de aanspraken op grond van de artikelen 20 tot en met 20g van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering blijven bestaan. Dit geldt echter slechts zolang als een dergelijk recht tot gelding kan worden gebracht. De artikelen 37 en 39 van de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ bevatten hier regels over.

Artikel 33 leidt er enerzijds toe dat verzekerden die reeds geïndiceerd zijn en vaak ook al zorg genieten, niet belast worden met een herindicatie. Anderzijds ontlast dit de indicatieorganen. Zonder dit artikel zouden zij immers op de datum waarop dit besluit in werking treedt alle reeds geïndiceerde zorgvragers moeten herindiceren.

Echter, zonder nadere maatregelen zullen de verzekerden, indicatieorganen en de zorgkantoren nog zeer langdurig te maken hebben met de oude, in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering geregelde aanspraken. De geldigheidsduur van indicaties voor personen van wie geen verbetering in de gezondheidstoestand kan worden verwacht, kan namelijk zeer lang of zelfs onbepaald zijn. Het in artikel 33 geregelde overgangsrecht dient daarom over enige tijd te vervallen. Voor zover de personen die onder dit artikel vielen tegen die tijd nog in leven zijn en bovendien niet wegens het inmiddels verlopen van de geldigheidsduur van hun indicatie reeds op grond van het nieuwe Zorgindicatiebesluit naar de nieuwe, in functiegerichte termen omschreven zorgaanspraken geherindiceerd zijn, zal tegen die tijd alsnog herindicatie naar de nieuwe aanspraken dienen te volgen. Uiteraard kan de verzekerde te allen tijde zelf om een nieuwe indicatie vragen en kan hij zo, op het moment dat hij dat wenst, de mogelijkheden die de functiegerichte aanspraken bieden, benutten.

De groep waarvoor herindicatie met het vervallen van artikel 33 aan de orde is, zal echter veel kleiner zijn dan de groep waarvoor dit zou gelden indien direct al tot herindicatie op de nieuwe aanspraken over zou worden gegaan. Het vervallen van artikel 33 is in artikel 37, eerste lid, geregeld. Ingevolge artikel 39 kan de datum van inwerkingtreding van artikel 37, eerste lid, bij een apart koninklijk besluit worden geregeld. Mogelijk aanknopingspunt voor het bepalen van deze datum zou kunnen zijn de datum waarop de budgettering van de instellingen die intramurale zorg verlenen komt te vervallen. Dit zal in ieder geval niet voor 1 januari 2004 geschieden.

Artikel 34

Om aanspraak te kunnen maken op zorg moet de verzekerde geïndiceerd zijn voor die zorg. In deze bepaling gaat om de gezonde echtgenoot die een voor AWBZ-zorg met verblijf geïndiceerde echtgenoot heeft. Per 1 januari 2001 is geregeld dat de gezonde echtgenoot in het verzorgingshuis kan blijven op basis van de indicatie van de echtgenoot. De gezonde echtgenoot heeft geen zelfstandige indicatie. Aangezien het verzorgingshuis als instelling in de aanspraak verdwijnt, is de oude regeling niet gehandhaafd. Deze overgangsbepaling regelt dat gezonde personen die op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit in een verzorgingshuis

verblijven in die instelling voor rekening van de AWBZ in de instelling kunnen blijven zolang hun echtgenoten voor het verblijf geïndiceerd zijn. Het recht om bij de zorgbehoevende echtgenoot in de instelling te wonen, geldt zolang die echtgenoot in die instelling verblijft.

Het vorenstaande betekent niet dat gezonde partners vanaf 1 april 2003 niet bij hun geïndiceerde echtgenoten in de instelling kunnen verblijven. De instelling kan ook die gezonde personen onderdak bieden. De kosten van het verblijf van die gezonde partners komen dan echter geheel voor eigen rekening.

Artikel 35

Met artikel 32 is het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering ingetrokken. Er zijn echter enkele verzekerden die op het moment van intrekking op grond van dat besluit aanspraak op een vergoeding hadden. Artikel 35 regelt dat zij deze vergoeding ook na intrekking van dat besluit behouden. Doordat het hele Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering op hen van toepassing blijft, is automatisch geregeld dat hun recht op een vergoeding eindigt zodra zij voor de in hun indicatiebesluit geïndiceerde zorg in een instelling kunnen worden opgenomen (zie de artikelen 2, eerste lid, en 4, van laatstgenoemd besluit).

Artikel 36

Om de zorgkantoren niet te zwaar te belasten, is besloten de met dit besluit ingevoerde nieuwe systematiek voor de eigen bijdragen voor extramurale zorg pas later dan de in functiegerichte termen omschreven zorgaanspraken en de functiegerichte indicatiestelling in werking te laten treden. Artikel 36 voorziet hier, in combinatie met de artikelen 37 en 39, in.

Het eerste lid regelt dat hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg zoals dat luidde voor de datum waarop de onderdelen G tot en met L van voorliggend besluit in werking treden (verder hoofdstuk III van het oude Bijdragebesluit zorg genoemd), blijft gelden voor personen die nog op grond van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering zijn geïndiceerd. Hier is echter een uitzondering op: geen eigen bijdrage zal meer verschuldigd zijn voor verzekerden jonger dan achttien jaar die extramurale zorg genieten.

Het tweede lid regelt de eigen bijdrage voor extramurale zorg voor verzekerden die op basis van de functiegericht omschreven zorgaanspraken geïndiceerd worden. Op hen is hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg zoals dat met dit besluit gewijzigd is op zich wel van toepassing. Dat betekent dat ook zij slechts een bijdrage verschuldigd zijn indien zij ouder zijn dan achttien jaar (zie artikel 28, onderdeel G). Echter, via het tweede lid van artikel 36 is geregeld dat de door hen verschuldigde bijdrage berekend wordt volgens de systematiek zoals deze neergelegd is in hoofdstuk III van het oude Bijdragebesluit zorg. Via de – impliciete – verwijzing naar het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (in onderdeel b) wordt voorts bereikt dat slechts die personen een eigen bijdrage voor extramurale zorg verschuldigd zijn, die deze ook verschuldigd zouden zijn geweest indien zij op grond van het oude regiem zouden zijn geïndiceerd. Aldus wordt bijvoorbeeld voorkomen dat personen die zijn geïndiceerd voor ondersteunende en activerende begeleiding en die zouden zijn geïndiceerd voor zorg te verlenen door een dagverblijf (artikel 13 Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering) indien zij voor de invoering van de functiegerichte aanspraken zouden zijn geïndiceerd, een eigen bijdrage moeten gaan betalen. De verwijzing naar de zorg die geïndiceerd zou zijn onder het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering wordt vergemakkelijkt omdat een conversietabel is opgesteld op grond waarvan geïndiceerde functies op

grond van dit besluit, te herleiden zullen zijn tot aanspraken op grond van laatstgenoemd besluit.

Verzekerden die minimaal vijf keren per week overdag of gedurende de nacht in een verzorgingshuis verblijven, betalen nu op grond van het in hoofdstuk II van het Bijdragebesluit zorg opgenomen artikel 14 een eigen bijdrage. Artikel 28, onderdeel E, van voorliggend besluit leidt er in principe toe dat deze personen in de toekomst een bijdrage ingevolge hoofdstuk III in plaats van hoofdstuk II van het Bijdragebesluit zorg zullen moeten betalen. Aangezien echter ten gevolge van het eerste en tweede lid van artikel 36 van het onderhavige besluit hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg (of de inhoud daarvan) zoals dat luidde op de dag voorafgaande aan de dag waarop artikel 28, onderdelen G tot en met L, in werking treden voorlopig blijft gelden, zou dat er zonder nadere maatregelen toe leiden dat het zorgkantoor op grond van de artikelen 16a en 16g van het Bijdragebesluit zorg een nieuwe eigen bijdrage zouden moeten berekenen. De verwijzing, in het eerste en tweede lid van artikel 36, naar artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg zorgt ervoor dat ook (de inhoud van) artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg voorlopig van toepassing blijft. Overigens hoefde wat betreft artikel 14, anders dan wat betreft hoofdstuk III, geen uitzondering te worden gemaakt voor verzekerden jonger dan achttien jaar, omdat voor hen reeds uit artikel 2, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg voortvloeit dat personen jonger dan achttien jaar deze bijdrage niet verschuldigd zijn.

Artikel 28, onderdelen B en D, van onderhavig besluit bevatten enkele wijzigingen in de eigen bijdragen die betaald moeten worden door personen die verblijven in een instelling (hoofdstuk II van het Bijdragebesluit zorg). Anders dan voor de eigen bijdragen van artikel 14 en van hoofdstuk III van het Bijdragebesluit zorg, is het de bedoeling dat deze wijzigingen ook gaan gelden voor personen die op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van deze onderdelen reeds op grond van deze artikelen bijdrageplichtig waren. Artikel 5 van het Bijdragebesluit zorg bepaalt echter dat deze eigen bijdragen eenmaal per jaar worden berekend. Naar verwachting treden de onderdelen B en D van artikel 28 niet op 1 januari van enig jaar, maar gedurende het jaar in werking. Met het oog hierop is in het derde lid bepaald dat de artikelen 4 en 13 (en 1) van het Bijdragebesluit zorg, zoals deze luiden op de dag voorafgaande aan de dag waarop zij in werking traden, gedurende het kalenderjaar waarin de onderdelen B en D (en A) van artikel 28 in werking treden, van toepassing blijven op personen die voor die datum van inwerkingtreding al een bijdrage op grond van die artikelen verschuldigd waren. De andere optie, namelijk regelen dat in het kalenderjaar waarin de desbetreffende artikelonderdelen in werking treden, de bijdrage in afwijking van artikel 5 van het Bijdragebesluit zorg tweemaal moet worden vastgesteld, zou een te zware belasting van de zorgkantoren met zich brengen.

Het vierde lid regelt dat de eigen bijdrage voor thuiszorg geleverd door thuiszorginstellingen, nog tijdelijk in plaats van door de zorgkantoren, door het centraal administratiekantoor wordt vastgesteld en geïnd.

Artikel 37

Voor de toelichting op artikel 37 wordt verwezen naar de toelichtingen op de artikelen 33 en 36.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp