

---

## 504

### **Besluit van 25 november 2003 tot wijziging van een aantal algemene maatregelen van bestuur in verband met wijziging van de eigen bijdragen voor AWBZ-zorg**

---

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 september 2003, Z/VU-2410342, gedaan in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op de artikelen 6, derde lid, en 16 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

De Raad van State gehoord (advies van 26 september 2003, no.W13.03.0378/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 november 2003, Z/VU-2431827, uitgebracht in overeenstemming met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Het Bijdragebesluit zorg<sup>1</sup> wordt gewijzigd als volgt:

##### **A**

Artikel 4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onder a en b, wordt «€ 1624» vervangen door: € 1700.

2. In het derde lid wordt «een twaalfde gedeelte» vervangen door: 8,5%.

##### **B**

In het eerste lid van artikel 14 wordt «10%» vervangen door «12,5%», wordt «€ 102,10» vervangen door «€ 130,60» en wordt «€ 556» vervangen door: € 685,40.

##### **C**

Aan artikel 15, eerste lid, wordt toegevoegd: , doch zonder de correctie voor buitengewone uitgaven, bedoeld in artikel 1, tweede lid.

D

Artikel 16d wordt gewijzigd als volgt:

1. Het eerste en tweede lid komen te luiden:

1. De bijdrage voor de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 7 van het Besluit, bedraagt € 11,80 per uur. Indien er sprake is van zorgverlening gedurende een deel van een uur, wordt de bijdrage naar evenredigheid berekend.

2. De verzekerde is per vier weken aan bijdragen als bedoeld in het eerste lid niet meer verschuldigd dan eendertiende van 12,5% van het bijdrageplichtig inkomen, verminderd met € 104,60, met dien verstande dat hij ten minste € 16 en ten hoogste € 528,20 is verschuldigd.

2. Het derde tot en met het vijfde lid vervallen en het zesde lid wordt vernummerd tot derde lid.

E

In artikel 16e, eerste lid, wordt «artikel 16d, tweede tot en met het vijfde lid» vervangen door «artikel 16d, tweede lid» en wordt na «peiljaar» ingevoegd: , doch zonder de correctie voor buitengewone uitgaven, bedoeld in artikel 1, tweede lid.

F

Artikel 19, tweede lid, komt te luiden:

2. De berekende bedragen worden naar beneden afgerond op een veelvoud van € 0,2.

G

Artikel 25 vervalt.

## **ARTIKEL II**

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering<sup>2</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 5 komt te luiden:

### **Artikel 5**

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

2. Het centraal administratiekantoor verricht voor de uitvoeringsorganen de vaststelling en de inning van de bijdrage, bedoeld in artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg, op basis van de door de Belastingdienst verstrekte inkomensgegevens.

B

Artikel 6 vervalt.

C

Artikel 8 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het vijfde en het zesde lid vervallen en het zevende lid wordt vernummerd tot vijfde lid.
2. In het vijfde lid (nieuw) wordt «derde en zesde lid» vervangen door: derde lid.

### **ARTIKEL III**

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ<sup>3</sup> wordt gewijzigd als volgt:

A

Hoofdstuk IV vervalt en hoofdstuk V wordt vernummerd tot hoofdstuk IV.

B

De artikelen 32 en 38 vervallen.

### **ARTIKEL IV**

Het na toepassing van artikel 7, artikel 15, derde lid, dan wel artikel 24 van het Bijdragebesluit zorg vastgestelde bedrag van de bijdrage voor het jaar 2004 wordt vermenigvuldigd met 1,02.

### **ARTIKEL V**

1. De artikelen I, onderdelen A, B, C, F en G, III en IV treden in werking met ingang van 1 januari 2004.

2. De artikelen I, onderdelen D en E, en II treden in werking met ingang van 29 december 2003, met dien verstande dat artikel 16d, eerste lid, van het Bijdragebesluit zorg op de zorg, bedoeld in de artikelen 6 en 7 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, indien die zorg is aangewezen in verband met een verstandelijke handicap, een psychiatrische aandoening of beperking dan wel gedrags- of psychische problematiek eerst van toepassing is met ingang van 12 juli 2004.

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

's-Gravenhage, 25 november 2003

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *elfde* december 2003

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

<sup>1</sup> Stb. 1996, 486, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 10 oktober 2003, Stb. 388.

<sup>2</sup> Stb. 1983, 253, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 25 oktober 2002, Stb. 527.

<sup>3</sup> Stb. 2002, 527, gewijzigd bij besluit van 27 oktober 2003, Stb. 451.

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 13 januari 2004, nr. 7.

# NOTA VAN TOELICHTING

## 1. Algemene deel

### 1.1. Inleiding

Met dit besluit zijn het Bijdragebesluit zorg en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering gewijzigd in verband met wijziging van de eigen bijdragen voor zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tevens zijn enkele bepalingen in het Besluit zorgaanspraken AWBZ geschrapt.

Vrijwel alle westerse landen worden geconfronteerd met snel toenemende kosten van gezondheidszorg als gevolg van de vergrijzing en technologische en maatschappelijke trends. Nederland kent de laatste jaren ook in internationaal opzicht een zeer hoge groei in de uitgaven.

De extreme stijging van de uitgaven in de laatste jaren komt niet uit de lucht vallen. Ze is grotendeels het gevolg van de bijzondere kenmerken van het Nederlandse zorgstelsel en de beleidskeuzes die daarbinnen gemaakt zijn. In het verleden is het aanbod van zorg lange tijd aan banden gelegd. Dit leidde, in combinatie met de toenemende vraag naar zorg, tot wachtlijsten en maatschappelijke druk om hieraan iets te doen. Het – onder voorwaarden – loslaten van de strakke financiële regels leidde tot meer zorg en minder wachtlijsten en kortere wachttijden. Dat gebeurde echter met de oude regels van een sterk aanbodgestuurd systeem; ingrijpende systeemwijzigingen en prikkels om te garanderen dat de ontwikkelingen en de uitgaven onder controle zouden blijven, ontbraken.

De zorguitgaven beslaan in Nederland een groter deel van het Bruto Binnenlands Product dan gemiddeld genomen in andere westerse (OESO-)landen.

Nederland behoort momenteel nog tot de minst vergrijsde landen binnen de Europese Unie, maar dat verandert snel. Dat heeft vooral gevolgen voor de AWBZ-uitgaven. Ten opzichte van andere Europese landen lijken de AWBZ-voorzieningen in Nederland ruim. Met de komende vergrijzing tikt dit extra hard aan en stelt het Nederland financieel voor een grotere opgave dan de Europese partners. Het is dus zaak een nieuw evenwicht te zoeken tussen de omvang en de noodzaak van de voorzieningen, de kwaliteit die daaraan gesteld moet worden en de betaalbaarheid. Zowel de uitdaging die de vergrijzing op langere termijn stelt, als de huidige financieel-economische situatie van Nederland dwingen tot heldere keuzes. Aan het oplossen van de financiële problemen in de zorg moet iedereen naar vermogen en draagkracht bijdragen.

Er is voor gekozen de bezuinigingen in te bedden in een structurele hervorming van het Nederlandse zorgstelsel. Deze hervorming heeft tot doel het zorgstelsel voor de lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in evenwicht te brengen. Om dit nieuwe evenwicht te bereiken, krijgen burgers te maken met hogere directe betalingen bij het gebruik van de zorg.

Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg wijkt op een aantal punten af van veel andere landen: Nederland kent relatief geringe verplichte eigen bijdragen in combinatie met een relatief breed pakket van zorgvoorzieningen. Dat is een extra reden om bij de keuze van de maatregelen sterk te appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

In het Hoofdlijnenakkoord (HA) is aangegeven dat een beperking van het verzekerde pakket noodzakelijk is vanwege een stijging van de collectief verzekerde zorguitgaven van minimaal € 1 miljard boven de basisraming van het Centraal Planbureau (Kamerstukken II 2002/03,

28 637, nr. 19). Indicatief is in een voetnoot opgenomen aan welke maatregelen daarbij wordt gedacht. In het HA is tevens aangegeven dat er ernstig rekening mee gehouden moet worden dat de uitgaven voor de zorg nog verder zullen moeten doorgroeien dan op dat moment in de meerjarenramingen was voorzien. Als dat het geval is, zo wordt in het HA gesteld, zullen maatregelen worden genomen om de zorguitgaven binnen het budgettair kader te houden om het beslag op de collectieve middelen niet verder te laten oplopen. Daarbij gaat het ook om maatregelen met betrekking tot de AWBZ. Deze situatie doet zich thans voor.

Daarnaast is er nog een taakstelling op de geneesmiddelenvoorziening uit het verleden.

Al met al gaat het in totaal om ruim € 2 miljard aan verwachte extra uitgaven in de zorg indien er per 1 januari 2004 geen maatregelen getroffen worden. Dit bestaat uit: € 1 miljard uit het HA, € 0,6 miljard taakstelling geneesmiddelen, € 0,3 miljard nieuwe overschrijding als gevolg van extra productie en € 0,2 miljard voor compensatie en noodzakelijke intensiveringen onder meer als gevolg van uitvoering van moties van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

In verband met deze extra uitgaven is besloten tot het treffen van een reeks van maatregelen die grotendeels leiden tot een verschuiving van de collectieve financiering naar private financiering door het betrokken individu.

Het gaat om de volgende pakketmaatregelen die betrekking hebben op de Ziekenfondswet en de Wtz 1998: het beperken van de aanspraak op geneesmiddelen, ziekenvervoer, tandheelkundige hulp aan verzekerden van achttien jaar en ouder, fysiotherapie en oefentherapie en verlenging van de receptduur voor de anticonceptiemiddelen voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar. Voorts betreft het beperking van de subsidiëring van ivf-behandelingen op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet tot de tweede en derde behandeling.

Bij de maatregelen bij de AWBZ gaat het om het beperken van de aanspraken op psychotherapie alsmede het verhogen van de bijdrage in de kosten van AWBZ-zorg.

Zoals uit het begin van deze toelichting blijkt, gaat dit besluit over een van de genoemde maatregelen, te weten verhoging van de eigen bijdragen voor AWBZ-zorg. Hiermee treedt een verschuiving op van collectieve financiering naar gedeeltelijke financiering door de gebruiker van de zorg zelf. Op deze wijze krijgt de eigen verantwoordelijkheid van de burger invulling.

De beperking van de aanspraak op psychotherapie en verlenging van de receptduur voor de anticonceptiepillen geschiedt met een separate algemene maatregel van bestuur (amvb), omdat een besluit over die maatregelen eerder is genomen. De overige maatregelen worden bij ministeriële regeling ingevoerd.

In het HA is opgenomen dat bij het inkomensbeleid rekening zal worden gehouden met de gevolgen van onder meer de pakketbeperkingen in de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en andere kwetsbare groepen.

## **1.2. Eigen bijdrage AWBZ**

Besloten is tot verhoging van de eigen bijdragen die voor AWBZ-zorg verschuldigd zijn. Bij deze verhoging gaat het zowel om de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg zonder verblijf als die voor zorg die gepaard gaat met verblijf. De opbrengst van deze verhoging is geraamd op € 180 miljoen per jaar.

Met ingang van 1 april 2003 is het Bijdragebesluit zorg gewijzigd in verband met de invoering van een nieuw bijdragesysteem voor AWBZ-zorg waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling. Dit nieuwe bijdragesysteem is nog niet in werking getreden. In verband met de in het HA aangekondigde verhoging van de eigen bijdrage in de AWBZ is besloten het oude bijdragesysteem zo aan te passen dat een extra opbrengst per jaar wordt bereikt.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het bijdragesysteem voor de extramurale zorg (de zorg zonder verblijf in een AWBZ-instelling) nu geheel te harmoniseren met de in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg geregelde bijdrage. Het gaat bij artikel 14 om de bijdrage die onder meer verschuldigd is bij verblijf in een instelling terwijl er nog een eigen huishouden is, omdat er nog een thuiswonende partner is. De eigen bijdrage in geval er geen sprake is van verblijf, wordt in principe gemaximeerd op het bedrag dat verschuldigd is wanneer artikel 14 van toepassing is. Hiermee wordt voorkomen dat voor extramurale zorg meer aan eigen bijdragen verschuldigd is dan voor intramurale zorg. Tevens ontstaat een lineair verband tussen het inkomen en de maximale eigen bijdrage zodat een schoksgewijze verhoging van de eigen bijdrage bij een stijgend inkomen tot het verleden behoort. Door een gelijktijdige verhoging van de verschuldigde bedragen wordt een extra opbrengst van € 150 miljoen per jaar gegenereerd. Om dit te halen wordt tevens het percentage in artikel 14 van voornoemd besluit van 10% naar 12,5% verhoogd. Ook zijn de in dit artikel opgenomen minimum en maximum eigen bijdragen verhoogd.

De aanpassingen in het systeem voor de extramurale zorg houden het volgende in.

De uurbijdrage blijft gehandhaafd. Deze wordt echter verhoogd van € 4,60 naar € 11,80. Deze verhoging van de uurbijdrage leidt tot een verhoging van de bijdrage die gemiddeld verschuldigd is.

De bijdrage gaat nu ook daadwerkelijk toegepast worden op ondersteunende en activerende begeleiding. Wel zal er om uitvoeringstechnische problemen te voorkomen sprake zijn van een gefaseerde invoering. Indien ondersteunende of activerende begeleiding is aangewezen in verband met een verstandelijke handicap, een psychiatrische aandoening of beperking dan wel gedrags- of psychische problematiek, geldt pas een bijdrage met ingang van de achtste vierweeksperiode, te weten: 12 juli 2004.

De inkomensklassen met daaraan gekoppeld een maximale bijdrage per week vervallen. In plaats daarvan wordt een maximale bijdrage per vier weken ingevoerd. Voor vier weken is gekozen omdat het centraal administratiekantoor gewoon is de bijdrage per vier weken (en niet per maand) in rekening te brengen.

Bij de berekening van het nieuwe maximale bedrag wordt, zoals hiervoor gesteld, hetzelfde systeem gehanteerd als geregeld is in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg. Echter, bij de hoogte van de in artikel 14 geregelde bijdrage is rekening gehouden met het feit dat de opgenomen verzekerde een bedrag aan eten en drinken uitspaart. Het maximum op grond van artikel 14 wordt met dit bedrag (€ 104,60) voor de extramurale zorg gecorrigeerd. Voorts wordt het maximumbedrag van artikel 14 gecorrigeerd vanwege de vierweeksperiode.

Bij de bijdrage, bedoeld in artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg, is het systeem van inkomensklassen met ingang van 1 januari 2003 afgeschaft. Het voordeel van een systeem met een vast percentage van het verzamelinkomen is dat de schokken bij de grenzen niet langer optreden. Dit voordeel treedt nu ook op bij de bijdrage voor de extramurale zorg. De schoksgewijze verhoging wordt door verzekerden vaak als onrechtvaardig

ervaren. Verder betekent een percentage in plaats van inkomensklasse een vereenvoudiging voor de uitvoering.

Het harmoniseren van de bijdrage voor extramurale zorg met die van artikel 14 houdt voorts in dat voor de extramurale zorg overgegaan wordt op het ongecorrigeerde verzamelinkomen. Een belangrijk argument daarbij is dat het overgaan op een ander inkomensbegrip bijdraagt aan een verhoging van de opbrengst van de eigen bijdragen. Ook het hanteren van één inkomensbegrip voor de AWBZ-bijdragen draagt bij aan een vereenvoudigde uitvoering. Het kabinet acht het dan ook alleszins redelijk om hiertoe per 1 januari 2004 over te gaan.

In het HA is afgesproken dat inkomensafhankelijke regelingen door een aan de Belastingdienst gelieerde instelling zullen worden uitgevoerd. In verband daarmee is gestopt met de voorbereiding om de uitvoering van de extramurale bijdrage te decentraliseren. Deze decentralisering hield in dat de uitvoering door het centraal administratiekantoor zou worden overgeheveld naar de zorgkantoren. In plaats daarvan zal de extramurale bijdrage voorlopig geheel door het centraal administratiekantoor worden uitgevoerd. In verband hiermee is met dit besluit ook het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering aangepast.

Door het overgangsrecht in artikel 36 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ was het oorspronkelijk beoogde nieuwe bijdragesysteem feitelijk nog niet van toepassing geworden. Deze bepaling kan thans komen te vervallen. Het oorspronkelijk beoogde nieuwe bijdragesysteem is immers vervangen door met dit besluit het oude aangepaste systeem in te voeren. Het vervallen van artikel 36 wordt geregeld met toepassing van artikel 37, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Hiervoor zal een koninklijk besluit tot inwerkingtreding van artikel 37, tweede lid, worden voorbereid.

Het oude eigenbijdrageregime voor AWBZ-zorg zonder verblijf kende een progressief inkomensafhankelijk maximum. Ondanks het feit dat het maximum thans als vast percentage van het inkomen is vormgegeven, blijft het systeem progressief omdat het niet in rekening brengen van het bespaarde eten en drinken – wat leidt tot een vermindering met € 104,60 – voor alle inkomens nominaal gelijk is, waardoor lagere inkomens worden ontzien.

Omdat de huidige eigenbijdrageregeling voor thuiszorg reeds centraal wordt uitgevoerd en de bijdragen reeds per vier weken worden gefactureerd, zijn de uitvoeringskosten van de wijzigingen in het systeem zeer beperkt.

#### *– Eigen bijdrage voor intramurale zorg*

De in artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg geregelde eigen bijdrage voor AWBZ-zorg met verblijf, de intramurale zorg, is verhoogd met 2%. De opbrengst van deze maatregel bedraagt € 30 miljoen.

Deze verhoging geldt niet alleen voor verzekerden voor wie de eigen bijdrage in 2003 voor de eerste keer wordt vastgesteld, maar ook voor die verzekerden voor wie de eigen bijdrage per 1 januari 2004 wordt aangepast met het geldende indexpercentage. Voor laatstbedoelde verzekerden wordt de eigen bijdrage na indexering, op 1 januari 2004 2% extra verhoogd.

#### *– Koopkrachteffecten*

Het kabinet acht de koopkrachteffecten van de verhoging verantwoord en aanvaardbaar.

Uit het algemene koopkrachtbeeld, zoals beschreven in de brief van 22 oktober 2003 van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over het inkomensbeeld na het najaarsoverleg, blijkt dat 65-plussers met een laag inkomen een positief inkomenseffect hebben van ¼ tot ¾% (Kamerstukken II, 2003/04, 29 200 XV, nr. 8). Dit algemene koopkrachtbeeld houdt overigens geen rekening met het verhogen van de eigen bijdragen in de AWBZ omdat alleen een specifieke groep huishoudens gebruik maakt van deze regeling.

De laagste inkomens gaan er – vóór compensatie – gemiddeld 0,8% in koopkracht op achteruit. Bij de hogere inkomens kan het gemiddelde negatieve koopkrachteffect oplopen tot 1,5%.

De koopkrachteffecten staan echter niet op zichzelf. In de Begroting 2004 zijn verzachtende maatregelen aangekondigd. Die houden in dat mensen die nu niet of onvoldoende kunnen profiteren van de fiscale aftrekmogelijkheden voor zorgkosten dit met ingang van 2004 via een andere regeling in vergelijkbare mate wel zullen kunnen. Voor de lage inkomens betekent dit een compensatie in de extra zorgkosten met ongeveer 16% oplopend tot 50%. Dit beperkt de effecten van onder meer het verhogen van de eigen bijdrage tot aanvaardbare proporties.

## **2. Artikelen**

### *Artikel I*

A

De onderhavige wijziging van artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg houdt in dat de eigen bijdrage voor intramurale zorg met 2% is verhoogd. Deze verhoging geldt zowel voor de maximum bijdrage als voor de bijdrage die met toepassing van het derde lid van artikel 4 wordt vastgesteld.

B

Met de wijziging van artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg is de zogenoemde lage intramurale bijdrage verhoogd die onder meer verschuldigd is door verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven en een thuiswonende partner hebben. Ingevolge de artikelen 15, derde lid, onderscheidenlijk 24 van het Bijdragebesluit zorg heeft deze verhoging in beginsel alleen betrekking op verzekerden die deze bijdrage voor het eerst betalen. Wel zal per 1 januari 2004 eenmalig een extra verhoging van 2% worden toegepast (zie artikel IV).

C en E

De wijziging van artikel 15 van het Bijdragebesluit zorg is nodig omdat met het koninklijk besluit van 17 juni 2002 tot wijziging van het Bijdragebesluit zorg en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering in verband met de invoering van het verzamelinkomen als grondslag voor de vaststelling van de eigen bijdrage bij verblijf in een instelling (Stb. 327) is nagelaten te regelen dat deze correctie hier niet hoeft. Deze correctie is ook niet nodig bij de toepassing van artikel 16e.

Artikel 16e is verder aangepast in verband met het vervallen van leden in artikel 16d.



## D

Met het nieuwe eerste lid van artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg is opnieuw de uurbijdrage ingevoerd, zij het dat het gaat om een fors hoger bedrag per uur. De uurbijdrage geldt thans ook voor ondersteunende en activerende begeleiding.

Met het nieuwe tweede lid van artikel 16d is geregeld dat het maximaal te betalen bedrag aan bijdragen afhangt van een bepaald percentage van het verzamelinkomen. Indien de verzekerde voor de zorg die hij in een periode van vier weken heeft ontvangen op grond van het eerste lid een hoger bedrag aan bijdragen verschuldigd zou zijn dan overeenkomt met het in het tweede lid genoemde percentage van zijn verzamelinkomen, wordt de te betalen eigen bijdrage beperkt tot het met dat percentage corresponderende bedrag, verminderd met een bedrag van € 104,60. Bovendien geldt er een absoluut maximum voor de te betalen eigen bijdrage per vier weken van € 528,20.

Bij de toepassing van de maximeringsregeling geldt eveneens een minimumbedrag dat verschuldigd blijft. De verzekerde voor wie toepassing van de maximeringsregeling als gevolg van een zeer laag verzamelinkomen of het ontbreken van zodanig inkomen zou leiden tot een bijdrage van minder dan € 16, is desalniettemin dat laatste bedrag verschuldigd, tenzij hij op grond van het eerste lid niet aan dat bedrag komt vanwege de beperkte hoeveelheid verleende zorg in de desbetreffende periode. Indien bijvoorbeeld een half uur zorg in vier weken is genoten, bedraagt de bijdrage dus € 5,90 en niet € 16.

## F

Artikel 19 is aangepast in verband met het gewijzigde artikel 16d. De bedragen, genoemd in artikel 16d, tweede lid, zijn deels afgeleid van de bedragen in artikel 14. Bij de bedragen van artikel 16d golden verschillende afrondingscijfers. Dit kon vanwege de koppeling van de bedragen niet meer gehandhaafd blijven. Er is voor gekozen om niet alleen voor de artikelen 14 en 16d, maar ook voor artikel 4 hetzelfde afrondingscijfer te hanteren.

## G

Met het laten vervallen van artikel 25 van het Bijdragebesluit zorg is het gecorrigeerde verzamelinkomen voor de vaststelling van de bijdrage die maximaal verschuldigd is voor AWBZ-zorg zonder verblijf, eerder vervangen door het ongecorrigeerde verzamelinkomen.

Artikel 25 was ingevoerd met het koninklijk besluit van 17 juni 2002 tot wijziging van het Bijdragebesluit zorg en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering in verband met de invoering van het verzamelinkomen als grondslag voor de vaststelling van de eigen bijdrage bij verblijf in een instelling (Stb. 327).

## *Artikel II*

## A

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, is in het HA is afgesproken dat inkomensafhankelijke regelingen door een aan de Belastingdienst gelieerde instelling zullen worden uitgevoerd. In verband daarmee is gestopt met de voorbereiding om de uitvoering van de extramurale bijdrage te decentraliseren. Deze decentralisering hield in dat de uitvoering door het centraal administratiekantoor zou worden overgeheveld naar de zorgkantoren. In verband hiermee is artikel 5 van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering gewijzigd. Er

is een tweede lid toegevoegd dat de vaststelling en de inning van de eigen bijdragen door het centraal administratiekantoor, namens de uitvoeringsorganen, regelt.

B

Artikel 6 kon worden geschrapt omdat de uitvoeringsorganen de desbetreffende administratie en controle niet meer uitvoeren

C

Artikel 8, vijfde en zesde lid, betrof werkzaamheden van het centraal administratiekantoor die niet meer worden verricht. Daarom zijn deze leden geschrapt en was een wijziging in het oude zevende lid, met dit besluit vernummerd tot vijfde lid, noodzakelijk.

#### *Artikel III*

A

Hoofdstuk IV is, met uitzondering van het in artikel 31, onderdeel G, opgenomen zinsdeel «of een psychiatrische aandoening», met ingang van 1 april 2003 in werking getreden. Die inwerkingtreding is geregeld met het koninklijk besluit van 9 december 2002 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van een aantal artikelen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Stb. 625). Het is niet de bedoeling dit zinsdeel nog in werking te laten treden. Voor het overige is hoofdstuk IV uitgewerkt. Daarom is dit hoofdstuk geheel komen te vervallen.

B

Artikel 32 is uitgewerkt en is daarom komen te vervallen.

Artikel 38 kon komen te vervallen omdat er voor gekozen is deze bepaling niet in werking te laten treden. Het publiceren van de integrale teksten van de in artikel 38 (oud) genoemde besluiten is bij nader inzien overbodig omdat deze tegenwoordig voor iedereen via de overheids-wettenbank (<http://wetten.overheid.nl/>) snel en gratis beschikbaar zijn.

#### *Artikel IV*

Nadat voor een verzekerde op grond van artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg voor het eerst een eigen bijdrage is vastgesteld, wordt die jaarlijks aangepast door vermenigvuldiging met het indexcijfer; dat is geregeld in de artikelen 5 en 7 van het Bijdragebesluit zorg. De wijziging van de bedragen in artikel 4 heeft derhalve slechts effect op nieuwe gevallen, dat wil zeggen verzekerden die met ingang van of na 1 januari 2004 de eigen bijdrage verschuldigd zijn. Het zal duidelijk zijn dat de maatregel zonder nadere voorziening zonder effect zou blijven voor alle bestaande gevallen, te weten de verzekerden voor wie reeds eerder een bijdrage is vastgesteld; hun eigen bijdrage zou dan slechts met het indexcijfer worden verhoogd. Daarmee zou niet alleen de beoogde opbrengst niet worden gerealiseerd, maar ook zou sprake zijn van een ongerechtvaardigd verschil in behandeling tussen de oude en de nieuwe gevallen. Met de maatregel wordt nadrukkelijk beoogd alle verzekerden in een gelijke situatie met dezelfde hogere bijdrage te confronteren. Daarom is in dit artikel voorzien in een eenmalige extra verhoging van de na indexering vastgestelde bijdrage met 2% ofwel hetzelfde percentage waarmee de bijdrage in artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verhoogd.

Dit geldt ook voor verzekerden waarop de artikelen 14 en 15 van toepassing zijn.

Bij een eerdere verhoging van de bijdragen ingevolge de artikelen 4 en 14 van het Bijdragebesluit zorg per 1 januari 2003 (Stb. 2002, 327) is in artikel 24 een specifieke overgangsregeling opgenomen voor degenen die op 31 december 2002 reeds een eigen bijdrage verschuldigd waren. Die regeling houdt in dat voor deze verzekerden tot uiterlijk 1 januari 2007 de (lagere) oude bijdrage blijft gelden, met dien verstande dat die wel jaarlijks wordt geïndexeerd. Deze overgangsregeling blijft gehandhaafd maar de overgangsregeling van artikel V treft ook deze groep met een extra verhoging van 2%.

#### *Artikel VI*

Het gaat in dit besluit om maatregelen die vanaf 2004 van kracht moeten worden.

Het tijdstip van inwerkingtreding is dan ook in het eerste lid vastgesteld op 1 januari 2004.

Op grond van internationale afspraken start de eerste week van 2004 op 29 december 2003.

Vanwege de periode van vier weken die voor de vaststelling en inning van de bijdrage voor AWBZ-zorg zonder verblijf wordt gehanteerd, treden de wijzigingen van de artikelen 16d en 16e van het Bijdragebesluit zorg en van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering op de eerste dag van de week waarin het jaar 2004 begint in werking, dus op 29 december 2003. Dit is in het tweede lid geregeld. Zoals in het algemene deel van de nota van toelichting is aangegeven, zal verbreding van de eigen bijdrage als het gaat om ondersteunende of activerende begeleiding die is aangewezen in verband met een verstandelijke handicap, een psychiatrische aandoening of beperking dan wel gedrags- of psychische problematiek, pas gaan gelden met ingang van 12 juli 2004.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst