
655

Besluit van 6 december 2006 tot wijziging van het Zorgindicatiebesluit in verband met invoering van zorgzwaartebekostiging en ter vermindering van administratieve lasten en tot wijziging van twee andere besluiten in verband met tekstuele correcties

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 18 oktober 2006, Z/VU-2721482;

Gelet op artikel 6, vierde lid, en artikel 9a, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en artikel 15, derde lid, en artikel 19, tweede lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning;

De Raad van State gehoord (advies van 3 november 2006, no.W13.06.0449/III);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 november 2006, Z/VU-2730992;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Zorgindicatiebesluit wordt gewijzigd als volgt:

A

Artikel 1, onderdeel e, komt te luiden:

e. het besluit: 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 4 tot en met 10 van het besluit, met uitzondering van:

a. de zorg, bedoeld in artikel 5 van het besluit, voor zover het betreft advies, instructie en voorlichting door een aan de instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde;

b. de zorg, bedoeld in artikel 8 van het besluit, voor zover het betreft consultatie van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde;

c. de zorg, bedoeld in artikel 8 van het besluit, die in verband met een psychiatrische aandoening wordt verleend, voor zover die zorg niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het besluit;

d. gedurende een periode van 365 dagen, de zorg, bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het besluit, die in verband met een psychiatrische aandoening wordt verleend, mits deze gepaard gaat met de zorg, bedoeld in artikel 8 van het besluit, en al dan niet gepaard gaat met de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6 of 7 van het besluit;

e. de zorg, bedoeld in artikel 9, tweede lid, van het besluit.

C

Artikel 13, eerste lid, onderdeel b, komt te luiden:

b. de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen.

ARTIKEL II

Artikel 1.20, onderdeel A, van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet komt te luiden:

A

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 4 tot en met 10 en 13, tweede lid, van het besluit, met uitzondering van:

a. de zorg, bedoeld in artikel 5 van het besluit, voor zover het betreft advies, instructie en voorlichting door een aan de instelling verbonden gespecialiseerde verpleegkundige ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde;

b. de zorg, bedoeld in artikel 8 van het besluit, voor zover het betreft consultatie van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde;

c. de zorg, bedoeld in artikel 9, tweede lid, van het besluit.

ARTIKEL III

Artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid, aanhef, vervallen de woorden: per kalenderjaar.

2. In het derde lid wordt «Op de bijdrage» vervangen door: Op het op grond van het tweede lid vastgestelde bedrag.

ARTIKEL IV

In artikel 4.1, eerste lid, aanhef, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning vervallen de woorden: in een kalenderjaar.

ARTIKEL V

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2007.
2. In afwijking van het eerste lid treedt artikel I, onderdeel C, in werking:
 - a. met ingang van 1 april 2007 ten aanzien van verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
 - b. met ingang van 1 januari 2008 ten aanzien van voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

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

's-Gravenhage, 6 december 2006

Beatrix

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

Uitgegeven de *negentiende* december 2006

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 9 januari 2007, nr. 6.

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemene deel

1.1. Inleiding

Het onderhavige besluit strekt er toe om de invoering van de zogenoemde zorgzwaartebekostiging voor zorg met verblijf in een instelling op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te faciliteren. Daartoe is het Zorgindicatiebesluit per 1 april 2007 gewijzigd. Het gaat om een wijziging van technische aard. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet, indien de verzekerde aangewezen is op verblijf in een instelling, in het indicatiebesluit niet meer de hoeveelheid zorg per vorm van zorg aangeven, maar de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen.

Ter vermindering van de administratieve lasten zijn met dit besluit per 1 januari 2007 tevens enkele onderdelen van de zorgvormen van de indicatiestelling door het CIZ uitgesloten.

Met dit besluit zijn per 1 januari 2007 tevens tekstuele aanpassingen in artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg en artikel 4.1 van het Besluit maatschappelijke ondersteuning aangebracht.

1.2. Zorgzwaartebekostiging

Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt uitvoering gegeven aan een traject dat op 1 april 2003 met het invoeren van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in gang is gezet. Over de invoering van zorgzwaartefinanciering is in diverse brieven aan de Tweede Kamer gerapporteerd (Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 55, Kamerstukken II 2004/05, 26 631, nr. 117, Kamerstukken II 2005/06 26 631, nrs. 152 162, 169, 176 en 177 en Kamerstukken II 2006/07, 26 631, nr. 193).

De zorgaanspraken zoals die tot 1 april 2003 waren geregeld, waren tot stand gekomen op basis van datgene wat een zorgaanbieder wenste te leveren. Niet de gevraagde zorg stond voorop, maar het aanwezige zorgaanbod. De zorg die op grond van de AWBZ werd geleverd, kenmerkte zich dan ook door sturing via de aanbieder. Door deze aanbodgestuurde, in sectoren onderverdeelde aanspraken kon niet voldoende worden ingespeeld op de zorgbehoefte van de verzekerde. Met de invoering van het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn de aanbodgestuurde, in sectoren onderverdeelde zorgaanspraken uitgedrukt in zeven vormen van zorg (ook wel genoemd functies) zonder dat daarbij is aangegeven welke soort van instelling die zorg mag verlenen. Met de herinrichting van de zorgaanspraken is beoogd verzekeren de mogelijkheid te geven een zorgpakket samen te stellen dat aansluit bij hun behoeften en hen niet afhankelijk te laten zijn van een pakket dat de instelling biedt.

De herinrichting van het aansprakensysteem maakt ook een aanpassing van het bekostigingssysteem noodzakelijk in die zin dat de bekostiging geënt moet worden op de vormen van zorg waarop aanspraak bestaat. Daarmee moet een einde komen aan het systeem dat wordt gekenmerkt door op landelijk niveau vastgestelde producten en prijzen. Door de functies als uitgangspunt te nemen voor de bekostiging (ook wel genoemd functiegerichte bekostiging), zou ruimte komen voor een flexibel, innovatief en transparant aanbod. Zorgaanbieders kunnen zo, geleid op de preferenties van cliënten, uit de vormen van zorg zelf producten op maat samenstellen. In het systeem van functiegerichte bekostiging contracteert het zorgkantoor aanbieders die een gewenst en doelmatig antwoord geven op de vraag in de regio. De zorgkantoren

onderhandelen over de prijs-kwaliteitverhouding van de producten. De ingekochte producten kunnen variëren in zorgzwaarte en leveringsvoorwaarden.

Met ingang van 1 januari 2004 is de functiegerichte bekostiging ingevoerd voor de zorg waarop aanspraak bestaat zonder dat er sprake is van verblijf in een instelling.

Tot nu toe werd de zorg met verblijf in een AWBZ-instelling nog steeds bekostigd volgens het systeem dat gold vóór de tijd dat het Besluit zorgaanspraken AWBZ werd ingevoerd. Dit betekende bekostiging door middel van een etmaalprijs die voor elke verzekerde in de instelling hetzelfde was. Deze wijze van bekostiging hield ook geen rekening met de zwaarte van zorg waarop de verzekerde was aangewezen. Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging vindt bekostiging van de zorg bij verblijf in een instelling plaats door middel van een prijs voor een zorgzwaartepakket. Hierdoor geldt een hoger tarief voor zorg aan een verzekerde die zwaardere zorg nodig heeft dan voor een verzekerde die minder zware zorg nodig heeft.

Voor de totstandkoming van zorgzwaartepakketten is onderzocht met welke combinatie van vormen van zorg in welke omvang de diverse groepen van zorgbehoefteige verzekerden geholpen kunnen worden. Gebleken is namelijk dat, ondanks verschillen in beperkingen, er toch tussen de verschillende verzekerden overeenkomsten kunnen zijn in de inhoud en omvang van de benodigde zorg. Dit heeft geleid tot indeling van de zorgbehoefte in zorgzwaartepakketten. Met deze zorgzwaartepakketten kunnen alle verzekerden met een indicatie voor verblijf in een instelling geholpen worden.

Om de invoering van financiering door middel van zorgzwaartepakketten mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat vastgesteld wordt op welk pakket de verzekerde is aangewezen. Daartoe moest het Zorgindicatiebesluit aangepast worden. Immers, in dit besluit is bepaald wat het indicatieorgaan, in casu het CIZ, in zijn indicatiebesluit aangeeft. Tot nu toe gaf het CIZ per zorgvorm (functie) aan op welke klasse de verzekerde was aangewezen. De zorgzwaartepakketten gaan uit van een gemiddeld totaal aantal uren per week aan zorg, waarbij niet meer relevant is hoeveel uren zorg per zorgvorm aangewezen zijn. Wel blijft relevant op welke zorgvormen de verzekerde is aangewezen. Het Zorgindicatiebesluit is hierop aangepast.

Dit besluit heeft geen gevolgen voor reeds afgegeven indicatiebesluiten.

1.3. Vrijstelling van Zorgindicatiebesluit

Voor enkele onderdelen van de vormen van zorg geldt dat zij een incidenteel karakter hebben, waarvoor een voorafgaande toetsing door het CIZ geen toegevoegde waarde heeft. Een indicatiebesluit leidt voor die onderdelen tot onnodige administratieve lasten en onnodig wachten voor de zorg die door zorgaanbieders geboden kan worden. Het gaat daarbij om advies, instructie en voorlichting (bekend als aiv) door een gespecialiseerde verpleegkundige op het gebied van diabetes, stoma, incontinentie, reuma, CARA en dergelijke. Verder gaat het om consultatie door een verpleeghuisarts en een arts voor verstandelijk gehandicapten. Met dit besluit is geregeld dat voor deze zorgonderdelen geen indicatiebesluit nodig is.

2. Artikelsgewijze deel

Artikel I

A

Er is besloten om de definitie «klasse» te laten vervallen en dat wat in die definitie was bepaald rechtstreeks in artikel 13 te regelen. In plaats daarvan is nu in onderdeel e een definitie van «Besluit zorgaanspraken AWBZ» opgenomen om aldus artikel 2 dat met dit besluit eveneens gewijzigd is, korter te kunnen formuleren.

B

Met de wijziging van artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit is geregeld dat voor advies, instructie en voorlichting door een gespecialiseerde verpleegkundige, consultatie door een verpleeghuisarts en consultatie door een arts voor verstandelijk gehandicapten geen indicatiebesluit meer nodig is.

De onderdelen c, d en e, betreffen de oude onderdelen a, b en c. Aan onderdeel c is toegevoegd: voor zover die zorg niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid van het besluit. Daarmee is dit onderdeel niet inhoudelijk gewijzigd, maar om elk misverstand uit de weg te ruimen dat voor behandeling ingeval van een psychiatrische aandoening geen indicatiebesluit nodig is indien er sprake is van verblijf langer dan een jaar. Een dergelijk indicatiebesluit is dus wel vereist bij verblijf langer dan een jaar. Ingevolge onderdeel d geldt een indicatiebesluit voor behandeling ingeval van een psychiatrische aandoening niet gedurende het eerste jaar van verblijf.

C

Indien het CIZ constateert dat de verzekerde, gezien de noodzaak van een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht, is aangewezen op verblijf in een AWBZ-instelling, moet het CIZ in zijn indicatiebesluit, naast de vorm of vormen van zorg en de aandoening, beperking of handicap, de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen aangeven. Aldus vermeldt het indicatiebesluit op deze wijze ingeval van verblijf, het zorgzwaartepakket waarop de verzekerde is aangewezen. Ingeval er geen sprake is van verblijf, blijft het CIZ in het indicatiebesluit per zorgvorm vermelden op welke klasse de verzekerde is aangewezen. Zoals hiervoor is aangegeven, heeft de wijziging van artikel 13 van het Zorgindicatiebesluit geen gevolgen voor reeds afgegeven indicatiebesluiten.

Artikel II

Met artikel 1.20, onderdeel A, van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet is artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit gewijzigd in verband met overheveling van geestelijke gezondheidszorg (ggz) van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het tijdstip van inwerking-treding van dat artikel werd vastgesteld op 1 januari 2007.

Bij de totstandkoming van de Zvw is besloten de overheveling van de ggz naar de Zvw in twee fasen te doen plaatsvinden. In de eerste fase, die per 1 januari 2006 begon, is de prestatie ggz opgenomen in het Besluit zorgverzekering. Tevens vindt de financiering vanaf die datum plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds.

Fase twee, met als voorgenomen ingangsdatum 1 januari 2007, behelst het daadwerkelijk van kracht worden van de prestatie ggz ingevolge de zorgverzekering en dus verstrekking of vergoeding daarvan door de zorgverzekeraars.

Inmiddels is komen vast te staan dat, ondanks goede vorderingen, de voorbereidingen van fase twee van de invoering van de prestatie ggz als onderdeel van de zorgverzekering niet voldoende zijn gevorderd om zekerheid te hebben over een zorgvuldige invoering met ingang van 1 januari 2007. Daarom is besloten de invoering van fase twee te bepalen op 1 januari 2008. Om dit te regelen, is een voorstel van wet ingediend tot wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II 2006/06, 30 807, nrs. 1-2). Met dit voorstel van wet wordt ook het tijdstip van inwerking-treding van artikel 1.20, onderdeel A, van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet verschoven naar 1 januari 2008.

Het verschuiven van de invoeringsdatum betekent dat de onderdelen a en b die met dit besluit in artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit worden ingevoerd ook in het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet moeten worden verwerkt. Daarom is artikel 1.20, onderdeel A, met dit besluit gewijzigd.

Artikel III en IV

De aanhef van artikel 4.1, eerste lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning en de aanhef van artikel 16d, tweede lid, van het Bijdragebesluit zorg zijn in overeenstemming gebracht met de onderdelen a tot en met b van die leden. Onterecht werd in de aanhef melding gemaakt van kalenderjaar, terwijl het gaat om perioden van vier weken. Het derde lid van artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg, zoals dat met het Besluit maatschappelijke ondersteuning is komen te luiden, is met het onderhavige besluit eveneens tekstueel gecorrigeerd. In deze bepaling is de anticumulatie geregeld met de bijdrage die op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning verschuldigd is. Zoals uit de nota van toelichting op het Besluit maatschappelijke ondersteuning blijkt, geldt voor deze bijdragen dat zij tezamen het voor de verzekerde geldende maximum niet mogen overschrijden. Dat stond niet goed in het derde lid verwoord.

Artikel V

Het onderhavige besluit treedt met ingang van 1 januari 2007 inwerking, met uitzondering van artikel I, onderdeel C.

Zoals ik in mijn brief van 16 oktober 2006 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2006/07, 26 631, nr. 193) heb aangegeven, heb ik, gezien het belang van de cliënt, het belang van een zorgvuldige voorbereiding en het belang van een technisch volwaardig systeem van indicatiestelling, in samenspraak met het CIZ besloten om het indiceren voor zorgzwaartepakketten per 1 april 2007 in te voeren. Artikel 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ treedt vanwege wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige ggz deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw pas per 1 januari 2008 in werking. In het tweede lid van artikel V is daarom geregeld dat artikel I, onderdeel C, in werking treedt:

- a. met ingang van 1 april 2007 ten aanzien van verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- b. met ingang van 1 januari 2008 ten aanzien van voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

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