

Vergaderjaar 2004–2005

28 994

Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektenkostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)

K

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 februari 2005

In het mondeling overleg dat ik met u op 1 februari jl. had, heeft u verzocht om een verduidelijking van de Restitutie-amvb («Vergoedingenbesluit Ziekenfondswet»). Ik heb naar aanleiding hiervan de nota van toelichting op de amvb op een aantal punten aangepast¹. Ook hebt u gesproken over de toekomstige situatie als de Zorgverzekeringswet, die thans bij Uw Kamer in behandeling is, in werking is getreden. Een en ander licht ik in deze brief toe.

De essentie van de herziening van het overeenkomstenstelsel (Hoz) is het bieden van meer mogelijkheden voor selectieve contractering en het scheppen van een goede uitgangssituatie (speelveld) voor onderhandelingen tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders. Dit is de kern van de beleidshervorming van de gezondheidszorg die het kabinet onder meer met de Hoz heeft ingezet. Zie ook de memorie van toelichting op de Hoz (TK 2002/03, 28 994, nr. 3): *«De thans gepresenteerde voorstellen zijn er op gericht de verzekeraar en de aanbieders van zorg meer mogelijkheden te bieden zelf invulling te geven aan hun contractuele relatie dan thans het geval is. Door aanpassingen in het overeenkomstenstelsel zal meer ruimte ontstaan voor het maken van afspraken die zijn toegesneden op de lokale vraag naar zorg»*. Zonder de mogelijkheid tot selectief contracteren heeft de zorgverzekeraar geen of nauwelijks middelen om de zorgaanbieders tot betere prestaties aan te zetten. Voor inwerkingtreding van de Hoz moest de zorgverzekeraar bijvoorbeeld alle ziekenhuiszorg die werd aangeboden, afnemen. Selectief contracteren draagt er toe bij dat een zodanige contractrelatie tussen beide partijen ontstaat dat de verzekerde/patiënt zorg van een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteit verhouding krijgt. Selectieve contractering impliceert dat de zorgverzekeraar niet (het volledige zorgaanbod van) alle zorgaanbieders contracteert. De kern van uw vraag is hoe dit zich verhoudt tot de vrije artskeuze en tot de wens dat de verzekerde geen wezenlijke belemmeringen mag ervaren in zijn keuzemogelijkheden ten aanzien van het zorgaanbod. Daarover het volgende.

¹ Is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffiennr. 132 781.

Het uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek) afgeleide beginsel van vrije artskeuze houdt in dat een patiënt kan kiezen door welke arts hij zich laat behandelen. Een arts mag een patiënt dan ook in principe niet weigeren. Het beginsel van vrije artskeuze zegt niets over de financiering van de door de verkozen arts geleverde zorg. Het brengt dus niet met zich, dat een verzekeraar alle artsen die bepaalde zorg leveren (mits onder de verzekeringsdekking vallend) altijd móet contracteren of de zorg van niet-gecontracteerde artsen op restitutiebasis altijd (volledig) zou moeten vergoeden. Aangezien voorliggende amvb niet méér regelt dan dat de vergoeding van ziekenfondszorg niet volledig hoeft te zijn indien de zorg van een niet gecontracteerde arts is betrokken, belemmert de amvb de vrije artskeuze juridisch gezien niet. De juridische waarborgen voor de vrije artskeuze blijven dus volledig intact.

Keuzevrijheid van een verzekerde voor een zorgverzekeraar

Naast deze juridische borging van de vrije artskeuze zijn er ook belangrijke materiële waarborgen voor voldoende keuzevrijheid. De belangrijkste waarborg voor de patiënt is dat hij van verzekeraar kan veranderen. Mocht een verzekerde ontevreden zijn met het gecontracteerde zorgaanbod dan kan hij met zijn voeten stemmen. De zorgverzekeraar zal in zijn contracteerbeleid hiermee rekening moeten houden en er zijn sterke aanwijzingen dat hij dat ook daadwerkelijk doet (zie hieronder). Naast het kunnen wisselen van verzekeraar zijn er ook andere waarborgen voor het realiseren van keuzevrijheid, waarop ik hieronder inga.

Zorgplicht van de zorgverzekeraar

Ook voor vormen van zorg waarvoor de (omgekeerde) contracteerplicht is afgeschaft, is het ziekenfonds gehouden een ruim zorgaanbod in natura in te kopen om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht. Op het nakomen van deze zorgplicht wordt door het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) toezicht gehouden. Het CTZ rekent dit tot één van haar kerntaken. Dit betekent dat ook wat betreft de naturazorg er in ruime mate sprake moet zijn van gecontracteerd zorgaanbod.

Feitelijk (contracteer)gedrag van de verzekeraars

Bij vrije beroepsbeoefenaren bestaat sinds 1992 geen contracteerplicht meer. Deze contracteervrijheid heeft in de praktijk nooit tot problemen aanleiding gegeven. Het vervallen van de contracteerplicht doet immers aan de zorgplicht niet af. Voor zittend ziekenvervoer, waarvoor reeds lang geen contracteerplicht geldt, realiseren verzekeraars met contracten gemiddeld 20 tot 30% inkoopvoordeel ten opzichte van de meterprijzen van taxi's.

Ook in het B-segment van de DBC's verwacht ik niet dat er te weinig gecontracteerd zal worden. De eerste aanwijzingen zijn dat verzekeraars zeer ruim het aanwezige aanbod contracteren. Indicatieve cijfers wijzen er op dat zo'n 80 à 90% van het B-segment wordt gecontracteerd, zodat in de praktijk het beroep op de mogelijkheid van restitutie zeer beperkt zal blijven. Daarbij zij aangetekend dat op grond van de geldende regelgeving voor spoedeisende zorg de rekening daarvan altijd wordt vergoed.

Verder wil ik wijzen op het amendement Van der Vlies, dat door de Hoz reeds in werking is getreden. De strekking is dat een behandeling bij een bepaalde aanbieder voor rekening van het ziekenfonds kan worden

voortgezet hoewel de overeenkomst tussen ziekenfonds en aanbieder is geëindigd. Er komen dan dus geen kosten voor rekening van de verzekerde.

Ook is het in een aantal gevallen zo dat de verzekerde zich *met toestemming* van het ziekenfonds kan laten behandelen door een niet-gecontracteerde aanbieder. In die gevallen wordt 100% van de kosten vergoed.

Restitutie amendement (ontwerp-amvb)

Tot slot is er dan de onderhavige restitutie-amvb die als aanvulling op het bovenstaande de mogelijkheid tot restitutie creëert voor die vormen van zorg waarvoor geen (omgekeerde) contracteerplicht en geen Wtg-tarieven gelden. Concreet gaat het nu om vier vormen van zorg: fysiotherapie, hulpmiddelen, zittend ziekenvervoer en DBC's uit het zogenoemde B-segment. Met deze amvb krijgt de verzekerde ruimere keuzevrijheid; hoewel de verzekeraars ruim contracteren mag de verzekerde toch naar een andere – niet gecontracteerde – aanbieder gaan. De verzekeraar kan niet worden verplicht om de restitutievergoeding in die gevallen op 100% vast te stellen omdat anders het instrument van contracteren met als doel een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding te realiseren, verzekeraars feitelijk uit handen zou worden geslagen. Zorgaanbieders zouden dan wel wat al te gemakkelijk elke prijs kunnen vragen die zij willen, want de verzekeraar moet toch alles vergoeden. Het zou ook anderszins jegens verzekeraars niet juist zijn, want de premie is gebaseerd op gecontracteerde zorg terwijl hij achteraf zou moeten betalen voor ongecontracteerde zorg.

Om anderzijds te voorkomen dat de verzekeraar een vergoeding vaststelt die zodanig laag is dat de verzekerde geen echt alternatief heeft, is in de amvb opgenomen dat de restitutievergoeding geen wezenlijke belemmering mag vormen in de keus van de verzekerde voor gecontracteerde zorg versus door hemzelf gekozen zorg. De verzekeraar kan bijvoorbeeld kiezen voor een vergoeding op het laagste niveau van de zorg die hij zelf daadwerkelijk heeft gecontracteerd (onder aftrek van administratiekosten) of een percentage van de prijs die de niet gecontracteerde zorgaanbieder vraagt. Het spreekt voor zich dat verzekerden vooraf moeten worden geïnformeerd over de hoogte van de restitutievergoeding.

Met het bovenstaande wordt een aanvaardbaar evenwicht bereikt tussen selectieve contractering enerzijds en keuzevrijheid anderzijds. De elementen die daarbij van belang zijn, vat ik nog even samen. Ten eerste zijn er de juridische waarborgen van de vrije artsenuitvoering. Daarnaast is er de keuzevrijheid van een verzekerde voor een zorgverzekeraar. Verder heb ik gewezen op de zorgplicht van de zorgverzekeraar en ook op het feitelijk (contracteer)gedrag van de verzekeraars. Tot slot is er het onderhavige restitutie amendement uitgewerkt in bijgaande ontwerp-amvb.

Samenvattend zijn er met deze elementen zeer sterke waarborgen voor een zodanig voldoende zorgaanbod dat patiënten geen wezenlijke belemmeringen zullen ervaren ten aanzien van keuzemogelijkheden.

Toekomstige situatie (Zorgverzekeringswet)

U vroeg ook hoe een en ander in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld. De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de verzekeraar zowel natura- als restitutiepolissen (of een combinatie daarvan) mag aanbieden. De verzekerde heeft *vooraf* de keuze of hij gebruik wil maken van de door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorg of dat hij te allen tijde vrij wil

zijn om overal in het land naar de zorgaanbieder van zijn keuze te gaan. Kiest hij voor de restitutiepolis, dan zal de vergoeding 100% zijn, de premie van die polis is daarop afgestemd. Overigens blijft ook onder de Zvw de mogelijkheid gehandhaafd om voor vormen van zorg de contracteerplicht (weer) op te leggen. Ik verwacht overigens dat het dominante aanbod zal bestaan uit naturapolissen die een breed en gedifferentieerd zorgaanbod dekken. Over de Zorgverzekeringswet komen we in deze Kamer uiteraard nog te spreken.

Ik hoop u met deze toelichting de gevraagde verduidelijking op de amvb te hebben gegeven.

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