

Vergaderjaar 2012–2013

**33 362**

## **Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben**

**Nr. 6**

### **AMENDEMENT VAN DE LEDEN VAN DER STAAIJ EN SLOB**

Ontvangen 20 februari 2013

De ondergetekenden stellen het volgende amendement voor:

In artikel II, onderdeel B, wordt artikel 13 gewijzigd als volgt:

1. Het eerste lid komt te luiden als volgt:

1. Zorg of andere diensten die verzekerd zijn op de in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, bedoelde wijze, worden in een door de zorgverzekeraar te bepalen mate vergoed indien de verzekerde deze niet heeft betrokken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of diensten en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of, indien zijn zorgverzekeraar over een ontheffing als bedoeld in artikel 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg beschikt, van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is. De door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding mag niet dermate gering zijn dat deze voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal op zou leveren om af te wijken van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde of in dienst zijnde zorgaanbieder.

2. In het tweede lid wordt «Zonodig in afwijking van het eerste lid heeft een verzekerde als bedoeld in dat lid recht op de in het derde lid bedoelde vergoeding» vervangen door: De verzekerde als bedoeld in het eerste lid heeft in ieder geval recht op de in het derde lid bedoelde vergoeding.

### **Toelichting**

De regering stelt voor om artikel 13 lid 1 van de Zvw zodanig aan te passen dat de naturazorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst – en daarmee in zijn zorgpolis – zelf kan bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte. Die hoogte kan derhalve lager zijn dan de «feitelijke-hinderpaalvergoeding». De verzekeraar kan er zelfs voor kiezen om (al dan niet slechts voor door hem in de modelovereenkomst aangegeven vormen van zorg of andere diensten) in het geheel geen vergoeding te geven. De indieners van dit

amendement vinden dat ongewenst, en maken de voorgestelde wijziging van artikel 13 daarom ongedaan.

In de eerste plaats vinden de indieners het van belang dat de keuzevrijheid van de verzekerden in stand blijft. Keuzevrijheid is een belangrijke effectieve externe prikkel gebleken voor zorgaanbieders om goede zorg te leveren.

De indieners zouden het ongewenst vinden als deze prikkel – die bovenop de inkooponderhandelingen van de zorgverzekeraar komt – door de voorgestelde wijziging van artikel 13 zou verminderen. Daarnaast menen de indieners, met het oog op een langdurige behandel- en vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt, dat het van groot belang is dat de cliënt keuzevrijheid houdt om zelf te kiezen voor een zorgverlener.

In de tweede plaats vinden de indieners een gelijkwaardige onderhandelingspositie tussen zorgaanbieders en verzekeraars belangrijk. De indieners willen voorkomen dat zorgaanbieders door de wijziging van artikel 13 in het wetsvoorstel feitelijk niet anders kunnen dan de eisen van de verzekeraars in te willigen, omdat het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar en een ontoereikend restitutietarief betekent dat er feitelijk geen zorg geleverd kan worden. Daarbij komt dat de selectiecriteria op basis waarvan verzekeraars zorg contracteren nog onvoldoende transparant en uitgekristalliseerd zijn.

De voornoemde argumenten zullen in versterkte mate gelden als het voornemen uit het regeerakkoord wordt uitgevoerd om de restitutiepolis in zijn geheel af te schaffen in het basispakket.

In de derde plaats is gebleken dat zorgverzekeraars pas sinds 2012 – voornamelijk dankzij de toegenomen risicodragendheid – echt in hun rol komen en selectief zorg zijn gaan inkopen. Daardoor heeft de zorgverzekeringswet in de huidige opzet nog onvoldoende kans gekregen zich te bewijzen. Door de extra eigen betalingen, veroorzaakt door het verschil tussen de «feitelijke-hinderpaalvergoeding» en de daadwerkelijke rekening van de geleverde zorg, zullen verzekerden vanaf die datum al een voldoende prikkel ervaren om – als de ingekochte zorg aansluit bij de preferenties van de verzekerden – van de gecontracteerde zorgaanbieder zorg af te nemen.

Van der Staaij  
Slob