

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)

29 379

Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres)

J

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2004

Onderwerp: Restitutie-amvb ex artikel 1, onderdeel L, artikel 11 Hoz

Tijdens de mondelinge behandeling van de wetsvoorstellen HOZ (28 994) en WTG-ExPres (29 379) op 23 en 30 november jl. spraken wij ook over de ontwerp-restitutie AMvB ex het voorgestelde nieuwe artikel 11 van de Ziekenfondswet.

In het debat gaf u aan om de AMvB na het kerstreces te willen bespreken. Ik heb u toegezegd de toelichting nog wat aan te willen vullen. U treft de nieuwe versie hierbij aan. Er zijn een tweetal nieuwe passages opgenomen. U treft deze aan in de derde alinea als mede in een nieuwe vierde alinea.

De keuzevrijheid van een verzekerde voor een bepaalde zorgaanbieder/instelling is door de zorgplicht van verzekeraars en specifieke bepalingen in de Ziekenfondswet naar mijn mening zodanig gewaarborgd dat er in de praktijk slechts sporadisch een beroep op restitutie zal hoeven te worden gedaan.

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

Den Haag, 2005

Daartoe gemachtigd door de ministerraad bied ik Uwe Majesteit het bovenvermelde ontwerp van een algemene maatregel van bestuur aan. Het ontwerp gaat vergezeld van een nota van toelichting.

Ik moge U verzoeken het ontwerp aan de Raad van State ter advisering voor te leggen en de Raad te machtigen zijn advies rechtstreeks aan mij te doen toekomen.

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

Besluit van houdende vaststelling van de wijze waarop de hoogte van de restitutie, bedoeld in artikel 11 van de Ziekenfondswet, wordt vastgesteld (Vergoedingsbesluit Ziekenfondswet)

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van , kenmerk ; MC/MO-
Gelet op artikel 11, eerste lid van de Ziekenfondswet;
De Raad van State gehoord (advies van.., nummer ..);
Gezien het nader rapport van onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

De hoogte van de restitutie, bedoeld in artikel 11 van de Ziekenfondswet, wordt vastgesteld door het ziekenfonds waarbij de verzekerde staat ingeschreven. Het ziekenfonds stelt de hoogte van de vergoeding zodanig vast dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze tussen zorg die door zijn ziekenfonds ten behoeve van hem is overeengekomen en zorg waarvoor hij vergoeding kan krijgen.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als Vergoedingsbesluit Ziekenfondswet.

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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Nota van toelichting

Op grond van artikel 11 van de Ziekenfondswet hebben ziekenfonds-verzekerden voor bepaalde vormen van zorg jegens het ziekenfonds de keuze tussen zorg in natura of vergoeding van de voor die zorg gemaakte kosten (restitutie). Deze keuzevrijheid is door een amendement van de leden Schippers en Lambrechts bij de behandeling van het voorstel van wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Wet Hoz, Stb. 2004, ..) in de Ziekenfondswet opgenomen. De opheffing van de contracteerplicht voor bepaalde diagnose behandelingscombinaties (dbc's) was de aanleiding om het voor ziekenfondsverzekerden mogelijk te maken dat zij ook zorg kunnen inroepen bij een niet door het ziekenfonds gecontracteerde aanbieder. De kosten daarvan worden dan toch (grotendeels) door het ziekenfonds vergoed.

Op grond van artikel 11 van de Ziekenfondswet moet aan twee voorwaarden zijn voldaan, alvorens een verzekerde voor een vorm van zorg restitutie van gemaakte kosten kan verlangen, te weten: er bestaat geen contracteerplicht voor die vorm van zorg en er behoeft op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) geen tarief voor die zorg te zijn vastgesteld. Dat betekent dat vanaf datum van inwerkingtreding van het Besluit tot het opheffen van de – omgekeerde – contracteerplicht medisch-specialistische zorg (Stb. 2004,) restitutie van kosten mogelijk wordt voor zogenoemde «vrije» dbc's («segment-B» dbc's). Vanaf de datum van inwerkingtreding van de wet Hoz, zal ook restitutie voor hulpmiddelen en voor zittend ziekenvervoer mogelijk worden. Voor die vormen van zorg geldt al geen contracteerplicht meer sinds 1985 (Besluit erkenning categorieën van instellingen Ziekenfondswet) en ook geen tariefregime volgens de Wtg. Overwogen wordt om vanaf 1 januari 2005 geen Wtg-tarieven meer vast te stellen voor fysiotherapie. Dat zal allereerst gebeuren bij wijze van experiment. Dan zal ook voor die zorg restitutie van kosten mogelijk worden. Ten aanzien van fysiotherapeuten geldt namelijk als sinds 1 januari 1992 geen contracteerplicht meer als gevolg van de wet van 20 november 1991, ook wel genoemd de Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven (Stb. 1991, 585). Afhankelijk van de uitkomst van het experiment met vrije prijsvorming zal de restitutiemogelijkheid voor kosten van fysiotherapie structureel kunnen worden.

De hoogte van de vergoeding wordt door het ziekenfonds vastgesteld. Het ziekenfonds kan hierbij een relatie leggen tussen de hoogte van de vergoeding en zijn contracteerbeleid voor de betreffende vorm van zorg in natura. Vanzelfsprekend loont het voor de verzekeraar alleen om tegen een scherpe prijs in te kopen indien hij duurdere zorg niet ongelimiteerd restitueert. Verzekeraars kunnen met het oog op een ondergrens voor de vergoeding uitgaan van de laagst onderhandelde prijs, mits die gecontracteerde zorg substantieel wordt geconsumeerd, en onder aftrek van een percentage in verband met de transactiekosten die verzekeraars nu eenmaal hebben bij restitutie. Hierbij dient een verzekeraar zich er natuurlijk wel van te vergewissen dat de gecontracteerde zorg die hij als uitgangspunt neemt voor de hoogte van de vergoeding bij restitutie, voor al zijn verzekerden bereikbaar is. Als dit niet zo is, kan er, zonder nadere voorziening, sprake zijn van belemmering van de keuzevrijheid. Niettemin kan hij uit overwegingen van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt ook een andere keuze maken. Hij kan ook kiezen voor een procentuele vergoeding, al dan niet tot, of van, een bepaald maximumbedrag. Dat kan van invloed zijn op de hoogte van de nominale premie die hij aan zijn verzekerden in rekening brengt. Het spreekt voor zich dat het ziekenfonds de verzekerden vooraf van de hoogte van de vergoedingen op de hoogte moet stellen. De vergoedingsregeling van het

ziekenfonds moet overigens tot een zodanige restitutie van de kosten leiden dat de verzekerde daardoor niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuzevrijheid.

Voor de verzekerde was het altijd al mogelijk om zich met toestemming van het ziekenfonds door een niet gecontracteerde zorgaanbieder te laten behandelen. Die mogelijkheid is in de Ziekenfondswet gehandhaafd. Het moet daarbij gaan om een medisch-specifieke behandeling, die bij uitstek door een bepaalde niet-gecontracteerde aanbieder gegeven kan worden. De beoordeling daarvan ligt in eerste instantie bij de medisch adviseur van het ziekenfonds. Wanneer het ziekenfonds de toestemming verleent, wordt 100% van de kosten vergoed.

In de tweede plaats is het als gevolg van het amendement Van der Vlies (Kamerstuk 2003–2004, 28 994, nr. 18, Tweede Kamer) mogelijk geworden om een behandeling voor rekening van het ziekenfonds voort te zetten bij een zorgverlener die niet langer een overeenkomst heeft met het betreffende ziekenfonds. De verzekerde blijft dan het recht behouden op zorg in natura. Het ziekenfonds blijft rechtstreeks met de zorgaanbieder afrekenen. Van een eigen bijdrage van de verzekerde is ook in dit geval geen sprake (zie de nieuwe artikelen 42, de leden 3 en 4, van de Ziekenfondswet en 44, de leden 4 en 5, van de AWBZ).

Door deze bepalingen, gecombineerd met de plicht van het ziekenfonds om voldoende overeenkomsten te sluiten (zorgplicht), zullen de verzekerden slechts in sporadische gevallen een beroep hoeven te doen op zorg, waarvan de kosten (gedeeltelijk) kunnen worden vergoed. In de andere gevallen krijgt men immers óf de zorg in natura, óf de kosten volledig vergoed op grond van de verleende toestemming.

Het ziekenfonds kan het beroep op restitutie beperken door een zodanig contracteerbeleid te voeren dat verzekerden er niet of nauwelijks behoefte aan hebben om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. In die situatie zal een vergoedingsregeling die niet alle kosten vergoedt, de verzekerde niet wezenlijk belemmeren in zijn keuzevrijheid, omdat de verzekerde al voldoende keuzemogelijkheid heeft binnen het door zijn ziekenfonds gecontracteerde aanbod. Van een wezenlijke belemmering zal slechts dan sprake kunnen zijn wanneer een verzekerde door de hoogte van de vergoeding gedwongen zou zijn om de zorg van een gecontracteerde aanbieder te betrekken, terwijl dat in redelijkheid niet van hem kan worden gevergd.

De ziekenfondsen kunnen zich door de vergoedingsregeling van elkaar onderscheiden; een verzekerde die niet tevreden is met de vergoedingsregeling van zijn ziekenfonds kan na een volgende vaststelling daarvan overstappen naar een ander ziekenfonds, dat op dit punt meer aan zijn wensen tegemoet komt. De vergoedingsregeling ingeval van restitutie kan het ziekenfonds in zijn reglement opnemen.

De wettelijke verzekering is nu nog in hoofdzaak een verzekering op naturabasis. De huidige plicht van het ziekenfonds om voldoende zorg in natura te contracteren, blijft gehandhaafd. Het ziekenfonds is er alles aan gelegen om voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen. Op die wijze kan hij voorkomen dat verzekerden zorg nodig hebben van niet-gecontracteerde aanbieders. Van te voren valt niet te voorzien in welke mate verzekerden om bepaalde redenen voor restitutie zullen gaan kiezen. Hoe beter de verzekeraar contracteert, hoe minder verzekerden daar behoefte aan zullen hebben.

Selectief contracteren hoeft op zich niet tot beperking van de keuzevrijheid voor de verzekerde te leiden. Selectief contracteren van uitsluitend kwalitatief goede zorg kan resulteren in een beperkt aantal contracten. Het ziekenfonds moet daarmee dan natuurlijk wel voldoende zorg voor zijn verzekerden hebben ingekocht. De restitutiemogelijkheid voegt dan in

kwalitatieve zin niets toe aan de beoogde keuzevrijheid voor de verzekerde. Wel kan het natuurlijk zo zijn dat de verzekerde een andere opvatting over kwaliteit heeft of een andere reden heeft om naar een niet gecontracteerde aanbieder te gaan. De afstand tot een gecontracteerde aanbieder kan bijvoorbeeld een reden voor de verzekerde zijn om voor restitutie te kiezen. Overwegingen van deze aard – contracteerbeleid ziekenfonds en de vergoedingsregeling – spelen een rol bij de beoordeling of de vergoedingsregeling wel voldoende tegemoet komt aan de beoogde keuzevrijheid voor de verzekerde.

De verzekerde moet per verstrekking waarvoor de contracteerplicht en de tariefregulering zijn opgeheven, kunnen kiezen tussen zorg in natura en restitutie van kosten. Uiteraard alleen dan wanneer het wettelijke pakket (en het verzekeringreglement) hem daarop aanspraak geeft.

Restitutie in verband met hulpmiddelen

De door het ziekenfonds vooraf kenbaar gemaakte vergoeding stelt een verzekerde in staat om zonder tussenkomst van het ziekenfonds een adequaat hulpmiddel aan te schaffen. De keuze voor restitutie brengt uiteraard niet met zich mee dat verzekerde vaker een nieuw hulpmiddel voor rekening van sociale ziektekostenverzekering kan verkrijgen dan het geval zou zijn indien hij voor natura zou hebben gekozen. Het is aan de ziekenfondsen om de verzekerden helderheid te geven omtrent de gebruikerstermijnen en daarmee over de frequentie van vervanging voor rekening van de verzekering. De gevolgen van de keuze voor restitutie zijn voor de verantwoordelijkheid van de verzekerde. Blijkt het hulpmiddel dat hij heeft aangeschaft, niet adequaat te zijn, dan dient hij zich daarover te verstaan met de leverancier. De verzekerde kan uiteraard niet het één (restitutie) en het ander (zorg in natura) voor hetzelfde hulpmiddel verlangen. Om te voorkomen dat verzekerden, die door eigen aanschaf over een niet-adequaat hulpmiddel beschikken ter compensatie alsnog een beroep doen op een naturaverstrekking, zal het ziekenfonds de verzekerden (bijvoorbeeld in zijn reglement) duidelijk moeten maken dat, wat betreft het recht op vergoeding, dezelfde (gebruiks)termijn wordt gehanteerd als geldt voor de verstrekking van het hulpmiddel op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996.

Ter ondersteuning van verzekerden, kan een ziekenfonds eventueel bepalen dat verzekerden slechts vergoeding van kosten kunnen krijgen bij aanschaf bij leveranciers van hulpmiddelen die aan vooraf kenbaar gemaakte deskundigheidseisen voldoen.

Administratieve Lasten

De administratieve lasten zullen door de invoering van deze algemene maatregel van bestuur toenemen. De toename wordt veroorzaakt doordat extra declaratieverkeer ontstaat op het terrein van hulpmiddelen, ziekenvervoer, fysiotherapie en de vrije segment DBC's.

Hoe groot deze toename is, is op dit moment nog niet aan te geven, omdat nauwelijks te voorzien is in welke mate gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheid tot restitutie.

Zodra hierin inzicht is, zal een berekening worden gemaakt. Deze berekening zal na een jaar nogmaals worden uitgevoerd, om te bezien of de inschatting correct is geweest.

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