

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. 8**

### **NOTA VAN WIJZIGING**

Ontvangen 3 juli 2013

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Het in artikel I, onderdeel D, voorgestelde artikel 49, derde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg komt te luiden:

3. De zorgautoriteit is bevoegd desgevraagd ontheffing te verlenen van het in het eerste lid, onderdeel a of b, bedoelde verbod indien de aanvrager aannemelijk maakt zonder ontheffing niet tot vernieuwingen in het aanbod of de levering van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet of bij of krachtens artikel 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten te kunnen komen.

B

Het in artikel II, onderdeel B, voorgestelde artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef van het tweede lid wordt «de in het derde lid bedoelde vergoeding» vervangen door: de in het derde lid, in combinatie met, indien van toepassing, het vierde lid bedoelde vergoeding.

2. In het tweede lid, onderdeel b, wordt «de zorg of andere dienst niet op redelijke termijn beschikbaar was» vervangen door: de zorg of andere dienst niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar was.

3. Onder vernummering van het vierde lid tot vijfde lid, wordt een nieuw lid ingevoegd, luidende:

4. In de situatie, bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, worden van de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte kosten buiten beschouwing gelaten de kosten die uitgaan boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

## Toelichting

### Onderdeel A

Op basis van vragen in het verslag van de leden van de fracties van de PvdA, PVV ben ik tot de conclusie gekomen dat de ontheffingsmogelijkheid van het verbod op verticale integratie in het oorspronkelijke wetsvoorstel te ruim is geformuleerd. Zoals ik in het antwoord op de vragen van de leden van deze fracties heb aangegeven, ben ik van mening dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zo'n ontheffing slechts zou moeten kunnen geven indien de aanvrager ervan jegens de NZa aanneemelijk heeft gemaakt dat zonder de in de aanvraag genoemde vorm van verticale integratie een voor het zorgaanbod of het zorgproces wenselijke, de verzekerde ten goede komende vernieuwing niet tot stand kan komen. Deze «conditio sine qua non» stond niet in het oorspronkelijke derde lid van het voorgestelde artikel 49 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en wordt daar nu alsnog in opgenomen.

### Onderdeel B

#### subonderdelen 1 en 3

Voorgesteld wordt om de vergoeding van niet gecontracteerde spoedzorg<sup>1</sup> voor naturaverzekerden terug te brengen van de volledige kosten van de rekening naar de kosten van de rekening voor zover deze niet hoger zijn dan hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten (ook wel aangeduid met «vergoeding tot aan Nederlands marktconform niveau»). Daarmee wordt het vergoedingsniveau weer gelijk aan datgene wat op dit moment geldt. In de aan de Raad van State voorgelegde versie van het wetsvoorstel was de vergoeding tot dit niveau beperkt, maar deze is, overigens niet naar aanleiding van het advies van de Raad maar naar aanleiding van opmerkingen van de NZa, in de aan Uw Kamer voorgelegde versie verhoogd naar de volledige zorgkosten. De reden daarvoor was de bescherming van de verzekerden.

Bij nader inzien kan een volledige vergoeding met name voor in het buitenland genoten spoedzorg tot hoge kosten leiden. Anders dan in de overige uitzonderingsgevallen van het voorgestelde artikel 13, tweede lid, Zvw, is het in geval van bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder genoten spoedzorg niet aan een naturazorgverzekeraar te wijten dat een naturaverzekerde zich tot een niet (meer) gecontracteerde zorgaanbieder wendde. Weliswaar kan gesteld worden dat dit ook niet aan de verzekerde te wijten is – die zal immers juist wegens het spoedkarakter van zijn zorgvraag geen tijd hebben gehad om na te gaan welke aanbieder van spoedhulp door zijn naturaverzekeraar gecontracteerd was – maar naar mijn mening behoort het risico dat de kosten die zo'n niet gecontracteerde aanbieder in rekening brengt hoger zijn dan het Nederlands marktconform niveau eerder tot de sfeer van de verzekerde dan tot die van de verzekeraar. Hierbij heb ik laten meewegen dat door ziekenhuizen te verlenen spoedeisende hulp in Nederland op dit moment de facto door alle naturazorgverzekeraars gecontracteerd is en dat een verzekerde de kosten van in het buitenland genoten spoedhulp voor zover uitgaand boven het Nederlands marktconform tarief (al dan niet als onderdeel van een reisverzekering) aanvullend kan verzekeren. Zeker vanuit het oogpunt van premie- en kostenbeheersing ligt het minder in de rede kosten die toch

---

<sup>1</sup> Hieronder versta ik zorg die om medische redenen zonder uitstel geleverd dient te worden, waaronder zorg die nodig is om vast te stellen of er met spoed tot behandeling moet worden overgegaan.

vooral zullen worden gemaakt door mensen die in het buitenland op vakantie gaan, voor rekening van het collectief te brengen. Bovendien wordt met de vergoeding totaan het in Nederlands marktconform niveau aangesloten bij wat geldt voor mensen die een restitutiepolis hebben: ook zij hebben in geval van spoedzorg slechts recht op vergoeding totaan het Nederlands marktconform niveau.

Ten slotte merk ik nog op dat verzekerden die in een land van de Europese Unie (EU), van de Europese Economische Ruimte (EER) of in Zwitserland spoedzorg nodig hebben, zullen kunnen kiezen tussen òf vergoeding totaan het in Nederland marktconforme bedrag òf vergoeding op basis van de Europese socialezekerheidsverordening<sup>2</sup>. Dat laatste houdt in dat zij zorg kunnen invoeren in de omvang, onder de voorwaarden en tot het niveau van de tarieven van het wettelijk stelsel van het land waar de zorg is verleend.

#### *subonderdeel 2*

In het voorgestelde artikel 13, tweede lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt in samenhang met het derde lid beoogd neer te leggen dat een naturaverzekerde recht heeft op volledige vergoeding van de rekening van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder indien zijn zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Daarvan is sprake indien door de verzekeraar gecontracteerde (kwalitatief goede) zorg niet binnen redelijke termijn en redelijke afstand voor de naturaverzekerde beschikbaar is. Het element «redelijke afstand» ontbreekt ten onrechte in onderdeel b van het tweede lid, en wordt daar nu aan toegevoegd. Een naturaverzekerde zal dus recht op volledige vergoeding van de rekening hebben indien de (verzekerde) zorg die hij nodig heeft niet binnen redelijke termijn en bovendien redelijke afstand in gecontracteerde vorm beschikbaar was.

Wat een «redelijke afstand» is, hangt af van de omstandigheden van het geval, waaronder vooral de vorm van zorg waar het om gaat. Voor zeer gespecialiseerde medisch-specialistische zorg is een grote reisafstand sneller redelijk dan voor zorg van een huisarts of apotheek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

---

<sup>2</sup> Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PbEG 2004, L 166).