

Vergaderjaar 2003–2004

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 ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 01 juni 2004

Hierbij treft u in de eerste plaats mijn antwoorden aan op de door de Kamer gestelde vragen tijdens de eerste termijn van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz) op 19 mei jl. De antwoorden hebben betrekking op vragen waarop ik mondeling nog geen antwoord heb gegeven. In de tweede plaats ga ik in op de ingediende amendementen. In de derde plaats stuur ik u hierbij een tweede nota van wijziging. (zie 28 994, nr. 15)

1. Vragen en antwoorden

Verhouding tot de stelselherziening

De heer Van der Vlies (SGP) heeft gevraagd waarom deze maatregelen vooruitlopend op de stelselherziening worden genomen. Mijn antwoord is dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de vernieuwing van het verzekeringsstelsel en de aanpassingen in de sturing van zorg. Het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz) gaat met name over de sturing van de zorg door verzekeraars middels overeenkomsten. Als zodanig hangt het wetsvoorstel samen met de WTZi en de WTG Expres, die eveneens wijzigingen in de sturing van zorg beogen. Voor de invoering van vrij onderhandelbare dbc's per 1 januari 2005 is het wetsvoorstel noodzakelijk.

De heer Rouvoet (ChristenUnie) informeerde naar de stand van zaken met betrekking tot de Zorgautoriteit. Daarvoor verwijs ik naar mijn brief, d.d. 18 mei 2004, aan u (29 324, nr.2). De heer Van der Vlies vroeg om het treffen van overgangsmatregelen in verband met de afloop van contracten. Andere overgangsmatregelen dan in het wetsvoorstel genoemd acht ik niet nodig. Indien er sprake is van evidente noodzaak van een voortgezette behandeling, dan moet de verzekeraar daarvoor toestemming verlenen. Dat kan op grond van een bestaande wettelijke bepaling. Daarvoor hoeft het systeem dus niet te worden aangepast. Een

weigering daarvan kan aan de rechter worden voorgelegd. Daarnaast zullen het CVZ en het CTZ er op toezien dat verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. In het verlengde ligt de vraag van mevrouw Kant (SP) over het vergoeden van de zorg die door een niet gecontracteerde aanbieder zou moeten worden geboden en waarnaar gemotiveerd door de huisarts is verwezen. Ik acht vergoeding van die zorg bij voorbaat niet in alle gevallen aangewezen; het is de vraag of er toch niet ook naar een andere zorgaanbieder, die wel gecontracteerd is, verwezen kan worden. In zo'n situatie ligt er een taak voor de huisarts en de verzekeraar samen. Wanneer de beslissing daarover alleen bij de huisarts komt te liggen, legt dat mijns inziens een onnodige druk op hem en leidt het tevens tot extra administratieve lasten. Ik kom hierna nog op deze zaken terug bij mijn reactie op de amendementen, die zijn ingediend door mevrouw Kant en de heer Van der Vlies.

Om de keuzevrijheid voor de verzekerden te vergroten, heeft de heer Heemskerk gesuggereerd om het mogelijk te maken dat zij twee maal per jaar van verzekeraar kunnen wisselen. Op zich lijkt dat een aantrekkelijk idee maar het leidt wel tot meer administratieve handelingen: voor verzekeraars en ook voor de uitvoering van de verevening tussen de verzekeraars (tweemaal per jaar in plaats van éénmaal). Ook is er twee maal publiciteit naar de verzekerden toe nodig. Een goede jaarlijkse voorlichtingscampagne met concentratie op één overstapmoment vind ik beter dan de aandacht verdelen over twee momenten in het jaar (overkill). De voordelen van meer keuzemomenten in een jaar wegen naar mijn mening niet op tegen de (administratieve) nadelen daarvan.

Informatievoorziening

De heer Heemskerk heeft uitdrukkelijk naar de informatievoorziening gevraagd. Ik kan hem onder meer meedelen dat met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS de Consumentenbond een Report Card Zorgverzekeraars ontwikkelt. Dit is een instrument waarmee consumenten zorgverzekeraars kunnen vergelijken. Eind 2004 zal de report card voor zowel ziekenfondsen als particuliere zorgverzekeraars gegevens bevatten over premies en pakketten en op een zestal aspecten een beoordeling van het beleid en de service van de verzekeraars geven. Het betreft een beoordeling per verzekeraar van aanmeld- en opzegprocedures, de zorginkoop, klachtenafhandeling, keuzevrijheid, inspraak en verzekerdentevredenheid. Uiterlijk 1 januari 2005 is de report card toegankelijk voor de burger op een openbare website.

De heer Heemskerk heeft gevraagd ook naar de invoering van een rapportkaart voor zorgaanbieders uiterlijk op 1 januari 2006 in verband met de stelselherziening en de heer Rouvoet is benieuwd naar de stand van zaken om te komen tot een Balanced Scorecard die objectieve en vergelijkbare informatie moet verschaffen over het zorgaanbod. Ik vind de ontwikkeling van de Balanced Scorecard belangrijk, daarmee wordt immers de mogelijkheid gecreëerd om de prestaties van de zorg te kunnen meten. Mijn departement heeft medio 2003 aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd om ons in dit traject te adviseren. Eind april heb ik het advies van de RVZ ontvangen. Op korte termijn ontvangt de Kamer mijn formele standpunt. Mede op basis van dit advies wordt op het ministerie momenteel gewerkt aan een plan van aanpak voor de verdere ontwikkeling van de Balanced Scorecard.

De heer Heemskerk vindt dat burgers beter geïnformeerd moeten worden over alle veranderingen die hen te wachten staan. Hij wil een duidelijk plan van aanpak en een duidelijke brief die «vbtb proof» is. Ik doe de Kamer binnenkort een voortgangsbrief toekomen over het patiënten-/ en consumentenbeleid. In die voortgangsbrief geef ik aan welke stappen de

komende tijd worden gezet op het terrein van de informatievoorziening aan de burger.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd of hercertificering van aanbieders mogelijk is op basis van de huidige kwaliteitswetgeving? Houdt deze certificering bijvoorbeeld ook een driejaarlijkse controle in? Hoe verhoudt deze certificering zich tot het toezicht door de inspectie?

Verplichte hercertificering van aanbieders is niet mogelijk op basis van de huidige kwaliteitswetgeving. Bovendien acht ik dit niet wenselijk. De huidige kwaliteitswetgeving stelt certificering niet verplicht. Wel eist de Kwaliteitswet zorginstellingen dat een instelling het leveren van verantwoorde zorg op systematische wijze bewaakt, beheerst en verbetert, met andere woorden de zorgorganisatie baseert op een kwaliteitssysteem. Een instelling kan ervoor kiezen om dit kwaliteitssysteem extern te laten certificeren. Een aantal instituten, zoals de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, faciliteert partijen bij dit certificeringproces. Ik beschouw certificering als een instrument van de (zorg)markt. Een instelling dient zich met een gecertificeerd kwaliteitssysteem van andere zorgaanbieders te kunnen onderscheiden. Wel zie ik vooralsnog voor mijzelf een rol weggelegd bij het stimuleren van de ontwikkeling van certificatieschema's. Het departement is betrokken geweest bij de oprichting van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) en ondersteunt deze stichting tot en met 2005 met een meerjarige projectsubsidie. Tevens draag ik het belang van certificering actief uit naar de verzekeraars en de zorgkantoren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt certificering in haar gefaseerd toezicht als een kwaliteitsindicatie van zorg in ruime zin. Ik zet sterk in op verplichte gestandaardiseerde externe verantwoording over de behaalde (zorg)resultaten, o.a. op basis van indicatoren betreffende veiligheid en effectiviteit. Hierbij vormen de (risico-)indicatoren die de Inspectie voor de gezondheidszorg ontwikkelt in het kader van haar gefaseerd toezicht, een belangrijke basis. Een voorstel tot wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen ligt momenteel bij de Eerste Kamer. Dat voorstel bevat de mogelijkheid om bij ministerieel besluit nadere regels te kunnen stellen aan het kwaliteitsjaarverslag en dient ter versterking van de externe (kwaliteits-)verantwoording van aanbieders.

Diagnose-behandeling-combinaties

Mevrouw Vietsch en mevrouw Schippers vroegen hoe kapitaallasten straks in de diagnose-behandeling-combinaties (dbc's) worden verwerkt. Zij uitten hun twijfel of er dan wel sprake is van een gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en zbc's in Nederland en tussen Nederlandse ziekenhuizen in de grensstreken en ziekenhuizen uit Duitsland en/of België. Een gelijk speelveld is een voorwaarde voor gezonde marktwerking. Ziekenhuizen en zbc's moeten een vergelijkbare uitgangspositie hebben om een contract in de wacht te slepen met een zorgverzekeraar voor dezelfde producten (dbc's).

Ten eerste de vraag over het gelijke speelveld tussen ziekenhuizen en zbc's in Nederland.

Het antwoord op deze vraag luidt: ja, zoveel mogelijk. In segment A, het segment met budgetgarantie en (omgekeerde) contracteerplicht voor de ziekenhuizen worden – net zoals nu – de kapitaallasten opgenomen in de CTG-tarieven voor de dbc's. Deze tarieven gelden voor zbc's als maximumtarieven, net als in de huidige situatie. In segment A geldt dus *grosso modo* een gelijkwaardige prijsopbouw voor een gelijkwaardig product bij verschillende aanbieders. Echter, zo lang er sprake is van een budgetgarantie voor ziekenhuizen, waarbinnen alle kapitaallasten van het zieken-

huis vergoed worden, is er nog *geen* sprake van een volledig gelijk speelveld. Zbc's hebben deze budgetgarantie immers niet.

Ook in het vrije segment, segment B, wordt per 1 januari 2005 *zoveel mogelijk* een gelijk speelveld gecreëerd wat betreft de kapitaallasten. Ziekenhuizen worden namelijk via een beleidsregel van het CTG verplicht hun vrije prijzen met een kapitaallastenopslag van 12,5% te verhogen. Ziekenhuizen worden zo gedwongen in hun prijsstelling rekening te houden met deze verplichte opslag en kunnen dus niet aan «prijsdumping» doen. Mevrouw Schippers heeft gevraagd of ik kan garanderen dat ziekenhuizen hun kapitaallasten doorberekenen in het vrije marktsegment. Het antwoord daarop is dus: ja. De kunstmatigheid van het gelijke speelveld zit in het feit dat de opbrengst van de kapitaallastenopslag in segment B (12,5%) dient ter dekking van het ziekenhuisbudget in segment A. Binnen de systeemgaranties van het budget en de contracteerplicht worden de kapitaallasten voorlopig nog voor 100% gedekt.

Vervolgens de vraag of er ook sprake is van een gelijk speelveld tussen Nederland en de omliggende landen op het gebied van kapitaallasten. Het antwoord op deze vraag luidt dat de kapitaallasten in de diverse lidstaten zeer verschillend worden behandeld. Overigens is er ook geen gelijk speelveld tussen de Nederlandse ziekenhuizen en die in België en/of Duitsland op het gebied van sociale of fiscale wetgeving. Een volledig gelijk speelveld is, met andere woorden, voor het moment niet realistisch. In België en Duitsland worden kapitaallasten van de meeste ziekenhuizen gefinancierd uit de overheidsuitgaven. In de prijsstelling van de Duitse en Belgische ziekenhuizen worden kapitaallasten niet meegenomen, in Nederland wel. Deze situatie bestaat in de huidige situatie ook en verandert niet door de introductie van dbc's. Daarnaast zijn er inhoudelijke motieven om de zorgaanbieders verantwoordelijk te laten zijn (en blijven) over de integrale kosten: de mogelijkheid om het integrale zorgproduct te kunnen vergelijken met andere alternatieven, het verlagen van de financiële drempels voor nieuwe toetreders en de bijdrage die hierdoor wordt geleverd aan de extramuralisering van de zorg.

Wat betekent deze situatie voor de zorgverzekeraars en ziekenhuizen die in de grensgebieden opereren? Theoretisch is het denkbaar dat een verzekeraar alle zorg in het buitenland inkoopt. Verzekerden hebben echter de behoefte om hun zorg dicht bij huis te betrekken. De verzekeraar zal daar op inspelen wil hij zijn positie op de markt kunnen behouden. Overigens worden nu slechts 20 000 patiënten per jaar in het buitenland geholpen.

De heer Heemskerk en mevrouw Vietsch hebben gevraagd wat de gevolgen van de dbc-invoering zijn voor de ziektekostenpremies voor de burgers en de solvabiliteitspositie van de zorgaanbieders. De heer Heemskerk vroeg of, en zo ja wanneer, er ook lagere tarieven in het A-segment mogelijk zijn.

De gevolgen die de dbc-invoering heeft op de (hoogte van) de ziektekostenpremies zal moeten blijken. De verwachting is dat van de introductie van de dbc's een positief effect uitgaat op de doelmatigheid van de geleverde zorg. Transparantie van het zorgaanbod, prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking geven zowel het management van ziekenhuizen als zorgverzekeraars meer handvatten én prikkels tot verbetering van de doelmatigheid. Doelmatigheid van de geleverde zorg zal in een concurrerende markt voor zorgverzekeringen zijn vertaling krijgen in de ziektekostenpremies.

De dbc-invoering op zich heeft geen directe invloed op de solvabiliteitspositie van zorgaanbieders. Over 10% van de ziekenhuisproductie (het B-segment) gaan ziekenhuizen risico lopen. Als een ziekenhuis door een inefficiënte productie relatief hoge prijzen moet vragen, dan bestaat de kans dat dit ziekenhuis minder contracten met verzekeraars af kan sluiten.

Dit ziekenhuis zal dan minder opbrengsten genereren, waardoor de solvabiliteitspositie kan verslechteren. Als een ziekenhuis daarentegen goed presteert in het B-segment en positieve exploitatiesaldi behaalt, dan verbetert zijn solvabiliteitspositie.

Zorgverzekeraars kunnen per 1 januari 2005 lagere tarieven in het A-segment afspreken met zelfstandige behandelcentra, aangezien voor hen de A-tarieven als maximumtarieven gelden. Voor de ziekenhuizen gelden zogenoemde «punttarieven», die de zorgverzekeraars verplicht zijn te betalen, inclusief het daarbij behorende «sluittarief», waarmee het ziekenhuisbudget sluitend wordt gemaakt. Lagere tarieven kunnen met hen niet worden afgesproken.

Mevrouw Schippers vroeg of de administratieve lasten niet toenemen als gevolg van het feit dat nu twee systemen worden opgetuigd. Ik neem aan dat zij doelt op de introductie van een segment A met vaste tarieven en een segment B met vrije prijzen.

Het uitgangspunt is dat bestaande registraties worden gebruikt. In ziekenhuizen worden diagnoses, verrichtingen en activiteiten nu al vastgelegd. Deze gegevens worden gebruikt om de dbc te bepalen en te vullen. Voor een dbc moeten vier onderdelen worden ingevuld: de zorgvraag (de klacht waarmee de patiënt de specialist consulteert), de zorgtypering (spoedeisende of reguliere zorg), de diagnose en de behandeling. Deze onderdelen worden nu ook vastgelegd, danwel in het vaak nog papieren medisch dossier van de medisch specialist danwel in de geautomatiseerde administratie van het ziekenhuis. De winst is dat deze administraties nu worden gekoppeld. Dit levert management-informatie op die er eerst niet was. Een ander voordeel is dat gegevens straks eenmalig elektronisch worden vastgelegd, die daarna – voor verschillende doeleinden – eindelijk kunnen worden hergebruikt. Hierdoor kunnen enkele andere informatieverplichtingen komen te vervallen. In het declaratieverkeer ontstaat zelfs een verlichting van de administratieve lasten. Nu worden alle verrichtingen apart gedeclareerd; in een dbc zijn gemiddeld 10 verrichtingen opgenomen. Het aantal declaraties vermindert daarmee met een factor 10.

Deze effecten treden in beide segmenten op. De administratie in het ziekenhuis en de declaratie aan de zorgverzekeraar verschillen niet in segment A of segment B. Het enige verschil is dat in segment de afgesproken prijs tussen zorgverzekeraars kan verschillen, terwijl in segment A met vaste tarieven wordt gewerkt, die voor elke zorgverzekeraar gelijk zijn. In segment B zal waarschijnlijk meer onderhandeld moeten worden om tot verschillende prijsafspraken te komen.

De heer Rouvoet heeft gevraagd of het de bedoeling om 10% van de dbc's inderdaad vrij onderhandelbaar te maken per 1 januari 2005 en of het parlement nog betrokken wordt bij de Algemene Maatregel van Bestuur voor segment B. Tevens vroeg hij of ik kan bevestigen dat de volledige invoering van dbc-bekostiging in segment A niet eerder ingaat dan wanneer er duidelijkheid bestaat over de kapitaallasten?

Het is inderdaad de bedoeling dat 10% van de ziekenhuisproductie vrij onderhandelbaar te maken per 1 januari 2005. Voor een nadere toelichting verwijs ik naar mijn brieven van 10 oktober 2003 (invoering dbc's) en 26 maart 2004 (periodieke voortgangsrapportage dbc's). Daarin staat op basis van welke criteria de samenstelling van segment B heeft plaatsgevonden en welke 27 diagnosegroepen uiteindelijk geselecteerd zijn. De WTG-beleidsregel voor segment B, met daarin de productomschrijvingen van de geselecteerde dbc's, is al door het College tarieven gezondheidszorg vastgesteld. De Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) die het afschaffen van de contracteerplicht voor deze dbc's regelt, is in voorbereiding.

De vraag van de heer Rouvoet of de volledige invoering van dbc-bekostiging niet eerder ingaat dan wanneer er duidelijkheid bestaat over de (toerekening) van de kapitaallasten kan ik bevestigend beantwoorden.

Restitutie

De heer Heemskerk vroeg hoe de laagste inkomens worden gecompenseerd als zij bij restitutie eerst de nota van de arts moeten betalen en pas later de vergoeding van hun ziekenfonds ontvangen.

Restitutie sluit betalingsovereenkomsten tussen het ziekenfonds en zorgaanbieders niet uit. Zo werken de particuliere verzekeraars allemaal met restitutie, maar kan de rekening van het ziekenhuis meestal wel direct van het ziekenhuis naar de verzekeraar. Dat hebben particuliere verzekeraars met de ziekenhuizen afgesproken. Straks zullen ook de ziekenfondsen dergelijke afspraken kunnen maken met zorgaanbieders.

Een verzekerde die zeker wil weten dat hij nooit een rekening hoeft te betalen met pas later vergoeding daarvan, kan altijd kiezen voor een ziekenfonds dat met natura werkt of met restitutie-met-achterliggende-betalingsovereenkomsten.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd waarom de voorwaarden voor restitutie niet in de wet worden opgenomen. De voorwaarden staan in de memorie van toelichting op de wet vermeld. Bij het treffen van een AMvB moet met de in de memorie van toelichting genoemde voorwaarden rekening worden gehouden. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat restitutie per zorgvorm kan worden ingevoerd. Dat maakt geleidelijke invoering mogelijk. Dat zou anders zijn wanneer de voorwaarden in de wet staan.

De heer Rouvoet heeft gevraagd wanneer de verzekeraar wordt verplicht tot restitutie met achterliggende overeenkomsten. Ik wil verzekeraars niet verplichten om een restitutie-systeem in te voeren. Wanneer ik een restitutie-AMvB tref, mét of zónder achterliggende overeenkomsten – welk systeem de verzekeraar dan *kan* invoeren – is dat een gevolg van een beleidskeuze. Restitutie met achterliggende overeenkomsten zou van belang kunnen zijn, als de markt of als de positie van de verzekerde niet sterk genoeg is of wanneer het efficiënt is als de verzekeraar achterliggende afspraken maakt, zoals nu particuliere verzekeraars bijvoorbeeld doen over het afhandelen van nota's.

Zorgkantoren en contracteerplicht AWBZ

De heer Van der Vlies (SGP) en de heer Rouvoet stelden vragen bij de monopoliepositie van de zorgkantoren en bij exclusieve contracten. Onlangs hebt u een brief van de staatssecretaris ontvangen over de positie van de zorgkantoren in de AWBZ (brief d.d. 12 mei 2004, TK 2003/04, 26 631, nr. 91 met bijlage). Ik verwijs u naar die brief. De brief is geschreven naar aanleiding van vragen van mevrouw Vietsch.

Mevrouw Schippers (VVD) en mevrouw Kant vroegen om een reactie op de uitvoeringstoets van het College voor zorgverzekeringen over het opheffen van de contracteerplicht in de AWBZ.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) merkt op dat het afschaffen van de contracteerplicht op zichzelf beschouwd een gewenste ontwikkeling is, alleen niet op dit moment. Het CVZ wijst op een aantal risico's bij het opheffen van de contracteerplicht, die echter voor mij en de Staatssecretaris niet zo zwaar wegen dat zij het niet opheffen van de contracteerplicht op dit moment zouden rechtvaardigen.

Als belangrijkste risico geeft het CVZ aan dat de zorgkantoorconstructie onder druk komt te staan. Het CVZ twijfelt eraan of uitvoeringsorganen AWBZ nog wel het onderhandelen en contracteren willen overlaten aan de

zorgkantoren. Samen met ZN acht ik dit risico theoretisch. Ik heb ook geen aanwijzingen dat verzekeraars zouden willen tornen aan de volmacht- en mandaatconstructie. Het CVZ stelt voor om de voortgezette positie van zorgkantoren in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren te verankeren.

Ook geeft het College aan als nadeel van opheffing van de contracteerplicht te zien dat de keuzevrijheid van verzekerden kleiner wordt, aangezien een verzekerde zich, in tegenstelling tot de huidige situatie, dan niet meer kan wenden tot elke zorgaanbieder van zijn keuze maar alleen tot een zorgaanbieder waarmee het zorgkantoor een contract heeft gesloten. Het College wijst er overigens op dat de zorgkantoren zich in het Convenant hebben gecommitteerd aan de plicht om voldoende, gedifferentieerde zorg in te kopen die de keuzevrijheid van verzekerden waarborgt en dat het CTZ toeziet op de naleving van het convenant. Via het CTZ kunnen de zorgkantoren dan ook worden aangesproken op hun contracteerbeleid als dat niet strookt met de convenantafspraken.

Afschaffen uitkomsten van overleg (uvo's)

Mevrouw Kant wil dat er actaltoetsen worden uitgevoerd op komende AMvB's. Dat wil ik graag toezeggen. Zoals bekend wil ik de administratieve lasten waar mogelijk (verder) beperken. Wanneer een dergelijke toets daaraan bijdraagt, zal ik die mogelijkheid niet voorbij laten gaan. Het is echter aan Actal om te beoordelen of een concrete maatregel voor een dergelijke toets in aanmerking komt.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd of ik onmiddellijk wil reageren wanneer huisartsen of een kleine instellingen in de problemen komen door individueel te moeten onderhandelen. Ik zeg hem dat niet toe. Op dat vlak geldt namelijk de Mededingingswet. Die geeft ook bepaalde mogelijkheden tot samenwerking van zorgaanbieders.

2. Reactie op de amendementen

Hieronder ga ik in op de amendementen die zijn ingediend.

Allereerst **het amendement van het lid Schippers (28 994, nr. 7)**.

Dat amendement beoogt het volgende:

- restitutie ter keuze van de verzekerde
- voor zorg in het tweede compartiment
- waarvoor geen contracteerplicht geldt
- en ook geen WTG-tarieven gelden
- vergoeding: gemiddelde kosten verzekeraar.

Mijn reactie daarop is dat het amendement sympathieke elementen bevat. Ook ik vind de keuzevrijheid voor de verzekerde belangrijk. Het amendement betekent wel dat de wet voorschrijft dat verzekeraars restitutiepolsissen móeten aanbieden (i.p.v. «mogen» aanbieden).

Ik heb een probleem met de vergoeding die gebaseerd is op de gemiddelde kosten. Zoals u weet gaat mijn voorkeur uit naar de restitutiemogelijkheden die het wetsvoorstel biedt, omdat het daarbij aan de verzekeraar wordt overgelaten of hij zo'n systeem wil invoeren. Mocht de Kamer daar een andere mening over hebben dan zou ik dit amendement aanvaardbaar achten. De vergoeding zie ik dan als een voornamelijk technisch probleem. Ik zou kunnen leven met de bepaling dat de vergoeding bij AMvB wordt geregeld. Vaststelling van de vergoedingen moet namelijk zorgvuldig gebeuren. Dat wil ik in overleg met de verzekeraars doen en daar heb ik tijd voor nodig, zoals ik ook al bij de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel op 19 mei jl. heb opgemerkt.

Amendement van het lid Kant (28 994, nr. 8)

Dit amendement gaat over de vergoeding van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het beoogt dat de zorg van een speciale zorgaanbieder altijd wordt vergoed, wanneer de huisarts daarnaar gemotiveerd heeft verwezen maar de zorgaanbieder geen contract heeft met het ziekenfonds. Naar mijn mening is dit amendement overbodig. Indien er sprake is van evidente noodzaak van een bepaalde behandeling, dan moet de verzekeraar op grond van wet en jurisprudentie daarvoor toestemming verlenen. Een weigering daarvan kan aan de rechter worden voorgelegd. Daarvoor hoeft de wet dus niet te worden aangepast. Daarnaast zullen het CVZ en het CTZ er op toezien dat verzekeraars hun zorgplicht nakomen door voldoende overeenkomsten met zorgaanbieders te sluiten.

Amendement van het lid Heemskerk (28 994, nr 9)

Dit amendement beoogt een zware voorhangprocedure te verbinden aan een restitutie-AMvB krachtens het wetsvoorstel. 20% procent van een der kamers kan dan verlangen dat het onderwerp (i.c. restitutie van bepaalde zorgvormen) bij wet moet worden geregeld.

Mijn reactie daarop dat een zware voorhangprocedure niet nodig is want bij AMvB kan en zal een restitutiemogelijkheid fasegewijs worden ingevoerd met medeweten van de Kamer en per zorgvorm zal zorgvuldig worden beoordeeld of restitutie mogelijk is, en daarbij wordt uitgegaan van het belang van de patiënt. De voorgestelde maatregel past in versterking van de rol van de verzekeraar; uiteindelijk beslist de verzekeraar of hij een restitutiepolis aanbiedt. Dat geeft keuzemogelijkheid aan verzekeraars. Zo nodig kan de keuze voor restitutie weer worden teruggedraaid. Dit betekent dat er geen redenen zijn om de zogenoemde zware voorhangprocedure in de wet op te nemen. Bovendien werkt die procedure zeer vertragend.

Wanneer de Kamer vasthoudt aan een voorhangprocedure, dan zal ik uiteraard de wens daartoe honoreren en de invloed en rol van de Kamer op die manier waarborgen. Maar er is dan nog steeds geen reden om de voorgestelde zware procedure – ten minste een vijfde van het aantal leden van een der kamers kunnen vragen om regeling bij wet – in de wet op te nemen. Ik zou dan liever de «normale» vorm van voorhang willen invoeren. Dat is de voorhangprocedure met 4 weken inzage.

Amendement van het lid Tonkens (28 994, nr 11)

Dit amendement beoogt het volgende:

- restitutie aan de verzekerde
- voor zorg in eerste en tweede compartiment (Zfw en AWBZ)
- waarvoor geen contracteerplicht geldt
- de hoogte van de vergoeding wordt bij AMvB geregeld; gelden er CTG-tarieven, dan zijn die tarieven het uitgangspunt.

Ik vind de reikwijdte van dit amendement te ver gaan, want het wil niet alleen restitutie in de cure maar ook in de AWBZ invoeren. In de cure leidt het amendement tot problemen in de eerste lijn vanwege het abonnementstarief voor de huisarts en de inschrijving op naam (huisarts, apotheek en tandarts). Voor de huidige uitvoeringsstructuur AWBZ zou het een administratieve revolutie betekenen. Een verzekerde kan niet bij een zorgkantoor declareren omdat het zorgkantoor niet over financiële middelen beschikt. In de AWBZ bestaat reeds het PGB en dat maakt dit amendement onnodig.

Wel wil ik toezeggen dat ik de invoering van een restitutiemogelijkheid in de AWBZ laat meenemen bij het voorgenomen IBO-onderzoek over de doelmatige uitvoering van de toekomstige AWBZ.

Amendement van het lid Tonkens (28 994, nr. 10)

Met dit amendement wordt in de wet opgenomen dat bij AMvB de maximale afstand in kilometers (van zorgvoorzieningen tot woonadres verzekerde) wordt opgenomen, want als de contracteerplicht verdwijnt, moet de verzekerde dichtbij huis voor zijn zorg terecht kunnen. Ook wil het een maximale wachttijd invoeren.

Verzekeraars hebben zorgplicht; zij moeten voor voldoende contracten zorgen. Het is een ongewenst voorstel en in strijd met het wetsvoorstel; dat legt immers de verantwoordelijkheid voor het sluiten van overeenkomsten bij de verzekeraars (zorgplicht). Het amendement betekent dat per zorgvorm, hoog gespecialiseerd of meer generiek, moet worden onderzocht en aangegeven wat de maximale afstand en wachttijd voor een verzekerde mag zijn. Dat is omslachtig, betekent een vergaande detaillering, is ingewikkeld en onuitvoerbaar. Zorgaanbieders waarvoor geen WTG-tarieven meer gelden komen daardoor in een machtspositie ten opzichte van de ziekenfondsen en zorgkantoren wat leidt tot kostenstijgingen in de zorg. Het amendement staat haaks op het andere amendement Tonkens, waarmee wordt geregeld dat iedereen overal zijn zorg kan betrekken.

Gezien het voorgaande ontraad ik dit amendement.

Amendement van het lid Tonkens (28 994, nr. 12)

Dit amendement beoogt om de Kamer bij wijzigingen van het Besluit zorgaanspraken het recht op inzage vooraf te laten behouden en de huidige voorhangprocedure door de «zware» voorhangprocedure te vervangen.

Ik heb voorgesteld om de bestaande voorhangprocedure te schrappen, want het is een overbodige bepaling. Het werkt vertragend. Het was oorspronkelijk bedoeld om het parlement invloed te geven op de wijze waarop verstrekkingen uit het tweede compartiment naar de AWBZ zouden worden gebracht; dat voornemen is inmiddels verlaten. Verder wil ik opmerken dat er nooit maatregelen inzake AWBZ-aanspraken worden genomen waarover niet eerst met de Kamer is overlegd. Het amendement handhaaft niet de huidige voorhang in de AWBZ, maar verzwaaert de procedure ook nog eens dusdanig dat wijziging bij AMvB feitelijk onmogelijk wordt. Ik wil dit amendement dan ook ontraden.

Amendement van het lid Van der Vlies (28 994, nr. 13)

Dit amendement beoogt dat de verzekeraar die op het moment van aanvang van de zorgverlening een contract had met de zorgaanbieder, voortgezette zorg bij die zorgverlener blijft vergoeden, ook al besluit hij om geen nieuw contract meer met hem (de aanbieder) aan te gaan. Ik wil dit amendement ontraden, aangezien dit amendement indruist tegen de overeenkomstensystematiek van de Ziekenfondswet en de AWBZ. De verzekerde zou te maken kunnen krijgen met verschillende verzekeraars wanneer hij van verzekeraar wisselt. Daardoor wordt de verzekerde eigenlijk verhinderd om van verzekeraar te wisselen. Het voorstel geeft problemen bij de verevening tussen verzekeraars. Het amendement is ook overbodig. De verzekeraar kan namelijk toestemming voor voortzetting van de behandeling verlenen en is daartoe verplicht wanneer daarvoor een medische noodzaak bestaat. Overigens geldt voor dbc's het moment van opening als bepalend voor het antwoord op de vraag naar wie de dbc-rekening moet worden gestuurd.

3. Tweede Nota van wijziging

Bijgaand treft u een tweede nota van wijziging aan op het wetsvoorstel. Het betreft een wijziging in de bepalingen van het toezicht op de ziekenfondsen. Voor een toelichting daarop moge ik u verwijzen naar de betreffende nota.

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