

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 ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)

29 379¹

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

M

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 3 maart 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² heeft op 1 februari 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de ontwerp-AMvB ex het voorgestelde nieuwe artikel 11 van de Ziekenfondswet (28 994/29 379, letter J)**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van Leeuwen

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Janssen

¹ De vorige stukken met betrekking tot dit wetsvoorstel zijn gedrukt onder letter A t/m J (vergaderjaar 2003–2004).

² Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (voorzitter), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD) (plv. voorzitter), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL).

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De **voorzitter** opent de vergadering, heet de minister welkom en geeft vervolgens het woord aan de commissieleden.

De heer **Werner** (CDA) stelt met nadruk dat de vrijheid van artskeuze een grondbeginsel is waaraan het stelsel van de gezondheidszorg dient te voldoen. Het is van buitengewoon groot belang dat mensen zélf hun behandelaar kunnen kiezen, van behandelaar kunnen veranderen wanneer zij niet tevreden zijn en niet voor verrassingen komen te staan als het om de betaling gaat. Hij is het dan ook niet eens met de formulering in artikel 1 dat verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze. Vrije artskeuze moet vooropstaan! De regelgeving mag daarin niet belemmerend werken. Als iemand zich verzekerd heeft, moet hij achteraf niet met allerlei rekeningen geconfronteerd worden als hij voor een bepaald ziekenhuis kiest. Hetzelfde geldt voor de keuze van huisartsen. De heer Werner vraagt of een verzekeraar verplicht is om aan de polis een bijlage te voegen van door hem gecontracteerde instellingen, zodat iemand vóórdat hij een verzekeraar kiest zich ervan kan vergewissen of zijn voorkeurbehandelaars al dan niet gecontracteerd zijn. Hij meent dat dit hoort bij de transparantie-eisen. Het moet mogelijk zijn om een verzekeraar te verlaten en te kiezen voor een verzekeraar die wél de behandelaars waaraan iemand de voorkeur geeft, heeft gecontracteerd.

De heer **Hamel** (PvdA) onderschrijft dat er voor iedereen sprake dient te zijn van vrijheid van artskeuze. De formulering van artikel 1 is dan ook erg mager. Moet de verzekeraar uitmaken wat al dan niet een wezenlijke belemmering is?

Bij het aangaan van een verzekering is niet bekend welke ziekte iemand kan krijgen. Er kan een jaar overheen gaan voordat duidelijk is of een verzekering juist die behandelaar heeft gecontracteerd die de verzekerde wenst. Er zijn immers grote kwalitatieve verschillen in behandeling. Iedereen heeft het recht op een vrije keuze.

Er moet duidelijk worden aangegeven wat onder «wezenlijke belemmering» wordt verstaan.

De heer Hamel is ook van mening dat er een relatie moet zijn tussen wat iemand moet betalen en zijn inkomen. Als inderdaad alleen het laagste tarief wordt vergoed en de rest moet worden bijbetaald, kunnen zich grote verschillen in tarieven voordoen en zal het bedrag dat moet worden bijbetaald erg hoog kunnen zijn. Één patiënt kan met verschillende DBC's (diagnosebehandelcombinaties) te maken krijgen. Wordt een eventuele bijbetaling dan per DBC geteld, per jaar of per ziekenhuis?

De verzekerde moet zélf kunnen uitmaken of een behandeling al dan niet gecontracteerd is. Dat lost dus het restitutieprobleem niet op. Kiest een verzekeraar voor een bepaalde aanbieder of maakt de verzekeraar uit wat hij een reële keuze vindt en wat hij al dan niet wil vergoeden?

Natuurlijk heeft het ziekenfonds de plicht om voldoende zorg in natura te contracteren. Het is echter de vraag of een en ander strookt met het kwaliteitsbesef van de verzekerde. Een verzekerde zal bij een kwaliteitsbeoordeling andere criteria hanteren dan de verzekeraar. Bovendien kan men zich afvragen of verzekeraars beschikken over alle kwaliteitsindicatoren waarop een patiënt zijn keuze maakt.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is gezegd dat er voor behandeling in het buitenland nooit méér wordt vergoed dan de in Nederland geldende tarieven. Om welke tarieven gaat het dan? Deze zouden misschien gebruikt kunnen worden voor de vaststelling van een reële restitutie.

Tot slot wijst de heer Hamel erop dat met deze AMvB een eerste voorschot op de hoogte van de vergoedingen wordt genomen.

De heer **Schouw** (D66) sluit zich aan bij gemaakte opmerkingen over het niet wezenlijk worden belemmerd en de vrijheid van artsenuitvoering. Hij wijst erop dat de formulering van deze AMvB alle kanten op kan gaan, ook ongewenste kanten.

De heer **Van den Berg** (SGP) sluit zich ook aan bij deze opmerkingen.

Mevrouw **Swenker** (VVD) onderschrijft de gemaakte opmerkingen. Zij is van mening dat particulier verzekerden die alles gerestitueerd krijgen er wat hun keuzevrijheid betreft in feite op achteruitgaan.

Acute zorg komt in aanmerking voor 100% restitutie. Er zijn echter veel zaken met quasi spoed. Wie maakt uit of er sprake is van echte of quasi spoed?

De AMvB maakt 100% restitutie mogelijk als er geen contracteerplicht is en als er geen tarieven zijn vastgesteld. Mevrouw Swenker verwacht dat het nog lang duurt voordat alle tarieven verdwenen zijn. Er wordt dus niet voldaan aan die voorwaarde voor 100% restitutie. Men kan zich ook afvragen of in situaties waarin sprake is van marktfalen ooit prijzen komen zonder tarief.

De verzekering mag geen differentiatie maken in premie voor de verzekerden. Geldt dat ook voor de restitutie? Mag de verzekeraar aan een miljonair een lagere restitutie geven dan aan een bijstandsmoeder of geldt hier ook een verbod op differentiatie? Als dat inderdaad het geval is, moet worden uitgegaan van restitutie van de minst draagkrachtigen.

Een verzekerde moet een verzekeraar kunnen verzoeken een behandelaar alsnog te contracteren, tenzij de verzekeraar kan aantonen dat deze niet deugt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP) vraagt zich af wiens vrijheid er nu het meest op vooruit gaat. Voor zorgverleners kan het gunstig zijn om helemaal te kiezen voor restitutie, terwijl met het aanbieden van zorg in natura de kwaliteit in de gaten gehouden kan worden.

Mevrouw Slagter acht de voordelen van restitutie niet erg groot en verwacht dat dit tot veel administratieve lasten zal leiden, bovendien is er dan sprake van minder marktwerking.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks) is van mening dat alle fundamentele punten aan de orde zijn geweest en sluit zich aan bij de gemaakte opmerkingen.

Het antwoord van de minister

De **minister** wijst erop dat de fundamenten van deze complexe materie bij de behandeling van het wetsvoorstel besproken zijn. In de komende Zorgverzekeringswet wordt een duidelijke keuze gemaakt tussen zorg in natura of restitutie van de voor zorg gemaakte kosten. Een verzekeraar kan dan kiezen wat hij aanbiedt: een naturapolis of een restitutiepolis en de verzekerde is vrij in zijn keuze. De naturapolis geldt ook in de huidige Ziekenfondswet. De minister verwacht dat ook het nieuwe systeem gedomineerd zal blijven door naturapolissen. De meeste verzekeraars zijn aan het naturastelsel gewend, zij hebben daar goede ervaringen mee. Zij sluiten contracten waarbij rekening gehouden wordt met de kwaliteit. Bovendien is het een enorme besparing van administratieve lasten omdat er direct uitbetaald wordt aan de zorgaanbieder. Men kan kiezen voor restitutie, maar de verwachting is dat de huidige praktijk in hoge mate wordt gecontinueerd.

De voorgestelde AMvB geldt alleen voor het overgangsjaar 2005 en komt in een andere vorm terug in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Ook in dit overgangsjaar zal de naturaverstrekking dominant zijn. Het verschil met 2004 is zeer gering, want ook in de huidige systematiek was er voor

hulpmiddelen, zittend ziekenvervoer, professionals als huisartsen geen contracteerplicht. Er was slechts sprake van natura en dat leverde in de praktijk nooit problemen op. De zorgverzekeraar had immers een zorgplicht en moest voldoende aanbod genereren voor zijn cliënten. Het feit dat er geen contracteerplicht was, heeft misschien hier en daar de keuzemogelijkheden iets meer ingedikt. Het heeft wel ertoe geleid dat op het gebied van zittend ziekenvervoer en incontinentiemateriaal de zorgverzekeraars aan het werk zijn gegaan om zuiniger, meer concurrerend en voor hun patiënten goedkoper in te kopen. Dat heeft tot een enorme prijsdaling geleid. Agis heeft het zittend ziekenvervoer zeer scherp gecontracteerd en kan dit vervoer nu aan al zijn patiënten aanbieden. De achtergrond van het wetsvoorstel is dat verzekeraars voor een beperkt deel electieve zorg selectief kunnen inkopen in de verwachting dat er méér kwaliteit kan worden afgedwongen bij de ziekenhuizen. Natuurlijk is alles nog niet volmaakt, maar zij krijgen wel een extra instrument in handen om dat doel te bereiken. De essentie van het Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) was opheffing van de contracteerplicht voor dat beperkte deel. Het oorspronkelijke wetsvoorstel bood de mogelijkheden tot het heffen van AMvB's voor restitutie. Op verzoek van de Tweede Kamer komt er nu AMvB, zodat een patiënt die zich niet wil houden aan de gecontracteerde zorgaanbieders kan gaan en staan waar hij wil. De Tweede Kamer heeft wel erkend dat het voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk moet blijven om selectief te contracteren. Als hij alles moet gaan vergoeden, kan hij net zo goed alles contracteren. Hij is dan zijn geld immers toch kwijt en er is geen incentive meer om het goedkoop te houden. Als Agis gedwongen was om elke taxiondernemer te vergoeden voor zittend ziekenvervoer, zou hij volstrekt machteloos geweest zijn, met als gevolg dat het voor iedereen duurder was geworden.

De minister acht de AMvB niet nodig vanuit het oogpunt van voldoende zorgaanbod. Hij verwacht namelijk niet dat er op het B-segment grote problemen zullen ontstaan. De contractering is zeer ruim geschied. CZ bijvoorbeeld heeft 21 van de 24 ziekenhuizen in zijn regio gecontracteerd. Er is dus absoluut geen sprake van verschraling van het zorgaanbod. Een verzekeraar moet kenbaar maken wie hij heeft gecontracteerd. De verzekerde heeft drie maanden de tijd om van verzekeraar te wisselen. De vrijheid van keuze was ook in het verleden niet 100%, maar dat gaf in de praktijk geen problemen. Deze vrijheid is nu misschien iets beperkt, maar blijkt in de praktijk geen problemen te geven. Men heeft nog altijd de mogelijkheid om van verzekeraar te veranderen.

Als een zorgverzekeraar zijn cliënten kwalitatief goede zorg kan aanbieden, is hij gerechtigd om een verzekerde een bijbetaling te vragen als die besluit iets anders te nemen. Er zijn indicaties dat verzekeraars hiermee in de praktijk coulant omgaan en niet alleen de laagste prijs vergoeden, ook ter vermijding van administratieve kosten. De minister verwacht dat er zich in de praktijk geen wezenlijke belemmeringen zullen voordoen.

Het gaat alleen om bijbetaling op de electieve B-DBC's, plus eventueel zittend ziekenvervoer, fysiotherapie en hulpmiddelen. Verzekerden kunnen daarvoor precies hetzelfde krijgen als verleden jaar, als zij zich tot het natura-aanbod beperken. De verzekeraars hebben niet achterovergeleund en zijn niet opgehouden met het contracteren van al die diensten.

Als een verzekeraar maar één ziekenhuis contracteert voor het verrichten van heupoperaties, handelt hij duidelijk in strijd met de strekking van deze AMvB. Een verzekeraar moet voldoende ruime keuze aanbieden zonder dat mensen moeten bijbetalen. Alle verzekeraars hebben hun best gedaan om goed te onderhandelen. De minister meent dat zij dan niet verplicht kunnen worden om alles lukraak te gaan vergoeden.

Voor de particuliere verzekerden blijft het systeem van volledige restitutie bestaan.

Er is sprake van een wezenlijke belemmering als een patiënt niet zonder een heel zware bijbetaling een bepaalde operatie kan ondergaan. Onder het Nederlandse gezondheidsstelsel ligt echter een zodanige kwaliteitsbodem dat men ervan uit kan gaan dat elk gecontracteerd ziekenhuis aan een bepaalde basiskwaliteit voldoet en iedereen geholpen kan worden zonder bijbetaling. De minister wil wel een poging doen om het wat nauwkeuriger op te schrijven. De kern is echter dat er een voldoende aanbod van medische dienstverlening is, zodat patiënten een reële keuze kunnen maken zonder dat zij hoeven bij te betalen.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Hamel** (PvdA) spreekt met kracht tegen dat de kwaliteit overal gelijk is. Bovendien kan de relatie met een arts voor een patiënt buitengewoon belangrijk zijn. Hij vreest dat in de toekomst het keuzeprobleem steeds groter wordt omdat in toenemende mate niet meer alles gecontracteerd zal zijn. Als er geen helder antwoord komt, is hij huiverig voor de stappen die hierna worden gezet.

De heer **Werner** (CDA) meent dat de toelichting moet beginnen met: Aangezien de vrije artskeuze een beginsel is wat aan de gezondheidszorg ten grondslag behoort te liggen, kom ik met een regeling die vermijdt dat het stelsel zodanig gaat werken dat die keuzevrijheid er onvoldoende is. Dat is een geheel andere insteek. Als iemand ziek is, gaat hij niet naar zijn zorgverzekeraar maar naar zijn behandelaar. Mensen hebben vaak een grote voorkeur voor een bepaald iemand. Een vertrouwensrelatie is zeer belangrijk. Er is op dit moment al veel te weinig keuzevrijheid en die wordt nu nog verder ingeperkt! Hij hecht aan een beginselverklaring van het kabinet dat het de vrijheid van artskeuze in het stelsel van de gezondheidszorg volledig tot haar recht wil laten komen. Vervolgens moet bekeken worden of het restitutiebesluit daaraan voldoende tegemoetkomt.

Als er inderdaad zowel een restitutie- als een naturapolis komt, hoe vertaalt zich dat naar de zorgtoeslagen? Welke normpremie vormt de grondslag van die zorgtoeslag? Is dat de naturaverstrekking of de restitutie?

Ook moet niet worden onderschat dat er in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg tal van overdrachten van patiënten plaatsvinden van de ene behandelaar naar de andere omdat een ziekenhuis niet beschikt over een bepaalde faciliteit of anderszins.

Tot slot vraagt hij wat er onder acute zorg wordt verstaan? Een verzekerde moet weten waar hij aan toe is. Dat moet helder geformuleerd zijn.

Mevrouw **Swenker** (VVD) verwacht dat bij de nieuwe Zorgverzekeringswet exact dezelfde vragen gesteld zullen worden als bij deze AMvB. Is er dan een regeling waarbij dezelfde criteria gelden? Is er sprake van een precedentwerking?

De **voorzitter** wijst erop dat bij een marktconforme benadering de restitutiepolissen duurder zullen zijn dan de naturapolissen en dat de mensen met een smalle beurs geen keuzemogelijkheden hebben. Dat is het probleem.

De heer **Schouw** (D66) steunt de suggestie om de zaak wat ruimhartiger te bekijken. Het zou de commissie helpen als de formulering van de AMvB in die zin wordt aangepast. Dat geldt ook voor de formulering «wezenlijke belemmering».

De **minister** merkt op dat het hier slechts gaat om 10% vrije DBC's, om puur planbare electieve zorg. Er wordt geen nieuw principe geïntrodu-

ceerd. Het is een logisch uitvloeisel van de HOZ. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet voldoende aanbod in natura leveren zonder bijbetaling. De minister heeft de indruk dat daaraan in ruime mate wordt voldaan. Mensen kunnen bijvoorbeeld zonder bijbetaling een heupoperatie ondergaan in een ziekenhuis in hun omgeving. Hij is ervan overtuigd dat een en ander in de praktijk niet of nauwelijks tot problemen zal leiden.

De minister zegt toe, zijn uiterste best te zullen doen om in de memorie van toelichting het principe van de vrije artsenkeuze en de formulering niet wezenlijk wordt belemmerd te verduidelijken.

Selectieve contractering is inderdaad een van kernprincipes van de nieuwe wet. Dat heeft natuurlijk wel consequenties. Die kunnen bij de wetsbehandeling besproken worden.

Ten slotte wijst de minister erop dat er zonder deze AMvB ook geen restitutie is en dat de Tweede Kamer deze AMvB wel heeft goedgekeurd.

De **voorzitter** sluit de vergadering.