

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)

Nr. 23

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 19 november 2004

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 oktober 2004 inzake de ontwerp restitutie-amvb HOZ (ex nieuw artikel 11 Ziekenfondswet) (28 994, nr. 22).

De op 12 november 2004 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 19 november 2004 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Voorzitter, Smits (PvdA) Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), van Heteren (PvdA), Smilde (CDA) Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer-Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Vacature (algemeen), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), de Ruiter (SP), Ormel (CDA), van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Bakker (D66).

Vragen CDA-fractie

1

Waarom is gekozen voor vaststelling van de vergoeding op basis van het criterium dat de verzekerde niet wezenlijk belemmerd mag worden bij zijn keuze in plaats van een vergoeding van de gemiddelde kosten van geprefereerde aanbieders van het ziekenfonds zoals voorgesteld in het amendement van de leden Schippers en Lambrechts (28 994, nr. 19)?

Ik wil graag toelichten waarom ik niet heb gekozen voor een vergoeding op basis van de gemiddelde kosten van geprefereerde aanbieders zoals voorgesteld in het oorspronkelijke amendement van de Tweede Kamerleden Schippers en Lambrechts. Ik wijs op de volgende nadelen.

- De verzekeraar zal gedwongen zijn bedragen te vergoeden die hoger zijn dan de laagste door hem, via contractering, overeengekomen prijzen.
- Het is ingewikkeld. Vragen die zich aandienen zijn: gaat het om gewoon gemiddelde of gewogen gemiddelde? En gemiddelde waarvan? Per verzekeraar *of landelijk*?
- Indien «gemiddelde kosten» als uitgangspunt wordt genomen, vereist dat (publieke) bekendmaking via polisvoorwaarden; dat zijn concurrentiegevoelige gegevens.
- Administratieve lasten; nadere detaillering in de regelgeving betekent dat verzekeraars veel extra informatie aan de toezichthouder moeten overleggen, en extra controle door die toezichthouder. Dit verhoudt zich slecht tot het streven van het kabinet de administratieve lasten te verminderen.

Alles bijeengenomen zijn deze nadelen inherent aan wat ik zou willen noemen een rekenkundige benadering van de vergoeding. Te prefereren is een «kwalitatieve» benadering zoals neergelegd in de ontwerp-amvb. Waar het mij ook om gaat is dat het restitutieprincipe aan verzekeraars een extra mogelijkheid biedt om zich van elkaar te onderscheiden. Hierbij kunnen de verzekerden verzekeraars aanjagen tot een adequaat contracteer- en restitutiebeleid. Wat naar mijn mening moet worden vermeden is de zaak dichtregelen, zodanig dat:

- a. hoge administratieve lasten het gevolg zijn en
- b. de beleidsruimte van verzekeraars dusdanig wordt ingeperkt dat daardoor de sturende invloed van de verzekerde geen effect kan sorteren.

2

Is een zorgaanbieder verplicht een cliënt te accepteren die via geld (restitutie) zorg bij hem wil inkopen en met wiens zorgverzekeraar de zorgaanbieder geen contract heeft? Zo ja, zo vroegen de leden, mag hij daarbij afwijkende voorwaarden stellen bijvoorbeeld ten aanzien van inkoopprijs en wachttijd?

Een zorgaanbieder is niet altijd verplicht om een geneeskundige behandelingsovereenkomst met een cliënt te sluiten, wanneer hij geen overeenkomst met diens zorgverzekeraar heeft gesloten. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer zijn praktijk «vol» is. De KNMG bijvoorbeeld heeft daar gedragsregels voor op gesteld. Een zorgaanbieder kan ook om redenen van gewetensbezwaren afzien van een behandeling. Ook kan hij van behandeling afzien wanneer hij niet over een bepaalde deskundigheid beschikt.

3

Op welke wijze wordt besloten of patiënten op basis van de hardheidsclausule in aanmerking kunnen komen voor restitutie in verband met

zittend ziekenvervoer en op welke basis zal de vergoeding worden berekend?

Indien een ziekenfonds met toepassing van de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer heeft toegekend aan een verzekerde en daarbij de passende vorm van vervoer heeft bepaald, heeft de verzekerde zelf de vrijheid te kiezen tussen zorg in natura en restitutie. Het ziekenfonds stelt zelf de hoogte van de vergoeding vast.

4

Kan de toegezegde harmonisering van vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen plaatsvinden voordat wordt overgegaan tot het toestaan van restitutie? Zo neen, waarom niet?

Nee, het is niet mogelijk om de toegezegde harmonisering eerder te laten plaatsvinden. Momenteel loopt nog een onderzoek naar mogelijkheden van herschikking van de verschillende vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen. Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik de Kamer toegezegd medio 2005 met voorstellen te komen.

5

Is het restitutiebedrag altijd een vast bedrag of kan het variëren per verzekerde? Wordt bijvoorbeeld bij verlening van zorg in het buitenland het restitutiebedrag geïndexeerd?

De ontwerp-amvb laat de vaststelling van de vergoeding aan de verzekerde over. Het restitutiebedrag zou een vast bedrag kunnen zijn maar ook een percentage van de kosten. Het is binnen het systeem van de Ziekenfondswet (Zfw) niet denkbaar dat de vergoeding varieert per verzekerde. Onderscheid naar leeftijd of een ander onderscheidend criterium mag in dit opzicht niet plaatsvinden.

Voor extramurale zorg in brede zin kan een verzekerde krachtens jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie zich tot een buitenlandse zorgaanbieder wenden. Op grond van artikel I, Onderdeel K, artikel 9, vierde lid, van de HOZ zal een specifieke vergoedingsregeling worden getroffen voor hulp in het buitenland, waarbij het uitgangspunt is dat nooit meer wordt vergoed dan de in Nederland geldende tarieven.

6

Kan bij toekenning van het restitutiebedrag worden uitgegaan van de noodzaak van behandeling of moet een verzekeraar ook controleren of de zorg ook daadwerkelijk verleend is en wat daarvan de kosten zijn (bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer)?

Indien de verzekerde kiest voor vergoeding van kosten, gelden voor de zorg waarvoor deze vergoeding van kosten wordt gevraagd dezelfde indicatievereisten en overige voorwaarden als voor zorg in natura. Dit is geregeld in het voorgestelde artikel 11, tweede lid, Zfw. Zo zal bij zittend ziekenvervoer het ziekenfonds vooraf moeten vaststellen of het ziekenvervoer voldoet aan de voorwaarden die daarvoor in de Regeling ziekenvervoer Zfw zijn geregeld en welke vorm van vervoer passend is, ongeacht of het zorg in natura betreft of zorg waarvoor de verzekerde restitutie vraagt.

In geval van restitutie dient de verzekerde de rekening voor de verleende zorg bij zijn ziekenfonds in. Aan de hand van deze rekening ziet het ziekenfonds dat de zorg daadwerkelijk is verleend en wat de kosten daarvan zijn. Dit wijkt niet af van de praktijk van de particuliere ziektekostenverzekeraars.

In het kader van de fraudeaanpak zullen ziekenfondsen ook moeten bepalen op welke wijze zij de in het kader van restitutie ingediende reke-

ningen gaan controleren, bijvoorbeeld of de hoogte van de in rekening gebrachte kosten redelijk is.

7

Wordt bij restitutie onderscheid gemaakt waar de zorgaanbieder is gevestigd of waar de hulpmiddelen en dergelijke worden gekocht (Nederland, Europese Unie of overige landen)? Zo ja, welk onderscheid en waarom?

Neen. Het ziekenfonds zal de hoogte van de vergoeding zodanig moeten vaststellen dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze. Dit geldt ook voor zorg in het buitenland.

8

Wordt bij belastingaftrek rekening gehouden met het feit dat een patiënt extra zorgkosten heeft doordat er verschil is tussen het restitutiebedrag en de werkelijke kosten?

Indien het restitutiebedrag van het ziekenfonds lager is dan de werkelijke zorgkosten kunnen de extra zorgkosten bij de buitengewone uitgavenaftrek in het kader van de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001), onder de in die wet geldende voorwaarden worden betrokken.

Vragen PvdA-fractie

9

Hoe verloopt een eventuele geschillenprocedure indien een verzekerde van mening is dat de vergoeding niet hoog genoeg is?

In dat geval zijn de bezwaar- en beroepsprocedures op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) van toepassing. De verzekerde kan bezwaar maken tegen het besluit van zijn ziekenfonds. Indien de verzekerde het niet eens is met de beslissing op dat bezwaar, kan hij in beroep gaan bij de sector bestuursrecht van de rechtbank.

10

Bestaat de mogelijkheid dat een verzekerde zonder het te weten bij een niet-gecontracteerde aanbieder terecht komt, en achteraf pas ontdekt dat hierdoor een deel van de kosten voor eigen rekening komen? Zo ja, wat kunt u doen om te voorkomen dat dit gebeurt? Hoe verloopt een geschillenprocedure in een dergelijk geval?

De verzekerde zal moeten nagaan of de zorgaanbieder tot wie hij zich wendt een overeenkomst met zijn ziekenfonds heeft, zodat hij zorg in natura kan krijgen. In geval van twijfel kan hij bij zijn ziekenfonds navragen of het een overeenkomst heeft gesloten met die zorgaanbieder. Het is de taak van de ziekenfondsen om hun verzekerden hierover te informeren en hen te wijzen op de gevolgen indien zij zich voor de in artikel 11, eerste lid, van de Zfw bedoelde zorg wenden tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder.

Ingeval van een geschil met zijn ziekenfonds kan een verzekerde bezwaar maken tegen het besluit van zijn ziekenfonds. Daarbij is de Awb van toepassing (zie ook antwoord vraag 9).

11

In hoeverre zullen extra uitgaven als gevolg van het genieten van niet-gecontracteerde zorg meetellen bij fiscale compensatieregelingen zoals de zorgtoeslag, en de regeling Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu)?

De extra uitgaven van een verzekerde als gevolg van het genieten van niet-gecontracteerde zorg kunnen net als bij de buitengewone uitgavenaftrek in het kader van de Wet IB 2001 in aanmerking worden genomen bij de regeling Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu). De zorgtoeslag is uitsluitend een tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering ingevolge de in 2006 in te voeren Zorgverzekeringswet. De ten laste van een verzekerde komende extra uitgaven ingeval de vergoeding van het ziekenfonds minder bedraagt dan de werkelijke zorgkosten, spelen daarbij geen rol.

12

De nota van toelichting geeft aan dat nauwelijks is te voorzien in welke mate gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheid tot restitutie. Desondanks, wat is de inschatting van de omvang van de markt voor niet-gecontracteerde zorg?

Mijn inschatting, gevoed door geluiden van de kant van verzekeraars, is dat er ongewijzigd veel zal worden gecontracteerd; en dat bijgevolg de «markt voor niet-gecontracteerde zorg» zeker de eerstkomende tijd van marginale omvang zal zijn.

13

Bent u van plan eventueel een maximum te stellen, of de maatregel terug te draaien indien het betrekken van niet-gecontracteerde zorg de inkoopmacht van ziekenfondsen uitholt? Op welke wijze en wanneer wordt de mogelijke invloed op de inkoopmacht geëvalueerd?

Wanneer er op een schaal van enige omvang gebruik zal worden gemaakt van de restitutiemogelijkheid, ben ik niet van plan om daar maatregelen aan te verbinden, zoals het terugdraaien van de restitutiemogelijkheid. De Tweede Kamer heeft de mogelijkheid bij amendement voorgesteld en wanneer daaraan in de praktijk een grote behoefte bestaat, zie ik geen reden voor een wetswijziging. Ik ga er van uit dat de ziekenfondsen het belang blijven inzien van inkoop van zorg en de daarmee te behalen resultaten op gebied van prijs en kwaliteit.

Zoals ik nog in antwoord op vragen van zowel de leden van de PvdA-fractie als van de GL-fractie over de verhouding van onderhavige amvb tot het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet (Zvw) zal opmerken, wordt onder de Zvw een ander (restitutie)systeem gehanteerd, dat overigens wel aansluit bij deze amvb in die zin dat de verzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt.

14

Hoe wordt voorkomen dat een verzekerde door de vaststelling van de hoogte van de vergoeding van de restitutie wordt gedwongen om zorg te betrekken van de door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder?

Zoals gezegd, de verzekeraar bepaalt de vergoedingssystematiek en moet daarmee voorkomen dat de verzekerde wordt belemmerd in de keuze tussen zorg in natura en vergoeding van kosten.

Wanneer een verzekerde zich gedwongen voelt om zorg te betrekken van een door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder en hij is het daar niet mee eens dan staat er voor hem krachtens de Awb na bezwaar beroep open bij de sector bestuursrecht van de rechtbank.

15

Op welke wijze wordt gewaarborgd dat de door een verzekeraar gecontracteerde zorg in natura voldoet aan de basiseisen van kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid?

Het contracteren van zorg door zorginkoop houdt meer in dan enkel het afspreken van een prijs. Bij gecontracteerde zorg hebben ziekenfondsen door de zorginkoop een directe rol bij de kwaliteit van die zorg. Zo zal een ziekenfonds zich er in ieder geval van vergewissen dat de zorg die het contracteert in principe kwalitatief goede zorg is.

Ook zijn ziekenfondsen via het contracteren betrokken bij andere aspecten van die zorg zoals bereikbaarheid, toegankelijkheid en tijdigheid. Over deze aspecten kunnen ziekenfondsen in hun overeenkomsten met zorgaanbieders afspraken maken. Ziekenfondsen zien erop toe dat de gecontracteerde zorgaanbieders zich aan de gemaakte afspraken houden. Indien aanbieders zich daar niet aan houden zullen de ziekenfondsen met hen in overleg moeten treden hoe daar alsnog aan voldaan kan worden.

16

Welke inschatting wordt gemaakt van het aantal verzekerden dat zal wisselen van verzekeraar omdat zij niet tevreden zijn met de vergoedingsregeling in geval van restitutie, gezien het verkeer van verzekerden tussen de verschillende ziekenfondsen in de afgelopen jaren en de redenen waarom verzekerden zijn gewisseld van verzekeraar?

Mogelijk zullen er kritische verzekerden zijn die vergoedingsregelingen meewegen bij de vraag of zij al dan niet van verzekeraar zullen veranderen. Maar of dit ook zal leiden tot daadwerkelijk wisselen van verzekeraar is mede afhankelijk van het contracteerbeleid van de verzekeraar. Naarmate een verzekeraar meer aanbieders contracteert is de mogelijkheid van restitutie voor de verzekerde minder interessant, en andersom. Gezien de in het antwoord op vraag 12 verwoorde inschatting over het contracteerbeleid (brede contractering) ga ik er voorshands vanuit dat de vergoedingsregelingen althans voor de eerstkomende tijd een slechts beperkt effect zullen hebben op de verzekerdenmobiliteit.

17

Met één van de vormen van zorg waarvoor restitutie mogelijk wordt, fysiotherapie, zal een experiment worden gestart, waarna de restitutie-mogelijkheid structureel kan worden. Hoe is dit in overeenstemming te brengen met het feit dat 50% van de fysiotherapeuten geen doeltreffende uitkomst verwachten van marktwerking en niet bereid zijn aan dit experiment deel te nemen?

Er is mij veel aan gelegen om de vrijstelling van de tarieven fysiotherapie te bewerkstelligen. Daarom wordt met zowel de beroepsvereniging als ZN frequent en langdurig gecommuniceerd. Mede gelet op de reacties die de fysiotherapeuten hebben afgegeven en de belangstelling tijdens het recente KNGF-congres over dit thema, heb ik het vertrouwen dat de condities inmiddels voldoende op orde zijn om per 1 januari 2005 te starten.

18

Hoe is de mogelijkheid van een verzekeraar, om eventueel te bepalen dat verzekerden slechts vergoeding van kosten van hulpmiddelen kunnen krijgen bij aanschaf bij leveranciers van hulpmiddelen die aan vooraf kenbaar gemaakt deskundigheidseisen voldoen, te rijmen met de keuzevrijheid van verzekerden? Hoe kan worden voorkomen dat eventuele bepalingen van verzekeraars niet berusten op alleen financiële overwegingen? Hoe kunnen deskundigheidseisen bij leveranciers van hulpmiddelen worden vastgesteld?

Ziekenfondsen kunnen, wanneer een verzekerde gebruik wil maken van de mogelijkheid van restitutie, hun verzekerden adviseren een hulpmiddel aan te schaffen bij een leverancier die voldoet aan bepaalde

deskundigheidsvereisten. Zij kunnen dit echter niet verplichten. Zo blijft de keuzevrijheid in stand en spelen financiële overwegingen geen rol. Deskundigheidsvereisten kunnen worden vastgesteld wanneer een leverancier voldoet aan bepaalde opleidingseisen voor een beroepsgroep (bijvoorbeeld audicien of orthopedisch instrumentmaker) of valt onder een erkenningsregeling van zijn branchegenoten.

19

Waarom is niet aan te geven hoe groot de toename in het declaratieverkeer wordt geschat, terwijl de mate van gebruik van restitutie toch afhankelijk wordt van de omvang en kwaliteit van door verzekeraars gecontracteerde zorg en verzekeraars daar toch enig inzicht in zullen hebben, gezien de invoeringsdatum? Kan worden aangegeven tussen welke grenzen de (kosten van) administratieve lastentoeename zich bevindt?

De toename van het declaratieverkeer bestaat uit twee componenten. Ten eerste de te verrichten handelingen die uitgevoerd moeten worden om met een systeem van kostenvergoedingen (restitutie) te werken. Deze zijn bij de verzekeraars, onder meer vanuit de zogenaamde aanvullende verzekeringen, bekend.

Ten tweede wordt de toename van het declaratieverkeer bepaald door het te verwachten gebruik van de mogelijkheid van restitutie.

Met verwijzing naar het antwoord op vraag 12 is mijn verwachting dat in 2005 nog nauwelijks van de mogelijkheid van restitutie gebruik zal worden gemaakt. Het effect op het declaratieverkeer is navenant gering.

Vragen VVD-fractie

20

Het amendement van de leden Schippers en Lambrechts (28 994, nr. 19) is ingediend om te bereiken dat enerzijds patiënten keuzevrijheid behouden en dus in staat moeten zijn om daadwerkelijk voor een andere aanbieder te kiezen dan door de verzekeraar is gecontracteerd. Anderzijds moet de zorgverzekeraar wel geprikkeld blijven om scherp in te kopen en moet de zorgaanbieder geprikkeld blijven om te onderhandelen over onder andere de prijs. Dit betekent dat er verschil moet zijn tussen de restitutievergoeding en de vergoeding in natura, maar dat dit verschil een daadwerkelijke keuze voor een andere aanbieder in alle redelijkheid niet mag blokkeren. Complicerend daarbij is dat de prijs van de verschillende zorgvormen dusdanig uiteenlopend is dat een generieke bepaling al snel ongewenst uitwerkt: ofwel het prijsverschil is dusdanig klein dat de verzekeraar en de aanbieder niet meer gemotiveerd zijn om te onderhandelen over de prijs, men haalt de patiënten immers toch wel via restitutie binnen. Ofwel het verschil is dusdanig groot dat er in de praktijk geen sprake is van een daadwerkelijke keuze. Deze overweging maakt dat één vast percentage van de prijs in natura als vergoeding afvalt. Bij de invulling van het bovengenoemde amendement is gekozen om de hoogte van de restitutievergoeding over te laten aan de zorgverzekeraar. De hoogte van de vergoeding mag een verzekerde niet wezenlijk belemmeren in zijn keuze tussen zorg in natura en de restitutie. Wie beoordeelt, als er sprake is van een meningsverschil, of er sprake is van een wezenlijke belemmering? Welke criteria worden daarbij gehanteerd?

Zoals ik al in antwoord op soortgelijke vragen van de leden van de PvdA-fractie heb geantwoord (9 en 14), kan de verzekerde een meningsverschil over de vergoedingsregeling, na bezwaar, voorleggen aan de rechtbank, sector bestuursrecht.

Vergoeding van de laagst onderhandelde prijs behoudt de prikkel tot onderhandelen bij verzekeraar en aanbieder, maar draagt het risico in zich dat verzekeraars worden gestimuleerd om schijncontracten af te sluiten, die geheel zijn bedoeld om de vergoeding laag te houden, maar verder geen betekenis hebben in de levering van zorg in natura. Is het werkbaar om, ter voorkoming van bovenstaande, hieraan de voorwaarde te koppelen dat het zorgaanbod ook daadwerkelijk moet worden geconsumeerd?

Ik constateer dat de leden van de VVD-fractie een nieuwe vergoedingsvariant in discussie brengen, namelijk een vergoeding ter hoogte van de laagst onderhandelde prijs. De gedachte achter deze variant spreekt mij aan, temeer omdat tevens een suggestie wordt gedaan om het effect van schijncontracten te voorkomen.

Ik versta die suggestie zo, dat van de zorg die voor de laagste prijs is gecontracteerd, ook daadwerkelijk *een deel* wordt geconsumeerd. Koppeling met de daadwerkelijke zorgconsumptie is mogelijk, maar is wel iets dat pas achteraf kan worden vastgesteld.

Op basis van deze redenering kunnen verzekeraars, met het oog op een ondergrens voor de vergoeding, uitgaan van de laagst onderhandelde prijs, mits de desbetreffende 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, zonder nadere voorziening, sprake zijn van belemmering van keuzevrijheid.

Ik geef er echter de voorkeur aan bedoelde voorwaarden niet in een amvb-artikel vast te leggen, aangezien dit tot een aanmerkelijke verzwaring van administratieve lasten zal leiden (zie antwoord op vraag 1).

Wel zal deze benadering als aanknopingspunt voor de rechter kunnen dienen, indien hij tot uitspraken zou moeten komen op grond van de voorliggende amvb. Hiermee kan deze benadering een basis bieden voor jurisprudentie.

Wat betekent de invulling van het amendement van de leden Schippers en Lambrechts (28 994, nr. 19) in de richting van vergoeding van de laagste contracteerprijs voor zorgverzekeraars die éénzelfde contract afsluiten met alle aanbieders in de regio? De dominante zorgverzekeraar in een regio zal in de praktijk trachten met bijvoorbeeld een beroepsgroep éénzelfde contract af te sluiten. In dat contract staan afspraken over prijs, maar ook over kwaliteit, service en misschien wel extra's. Betekent dit dat de zorgverzekeraar dezelfde prijs moet restitueren, zonder dat hij de overige contractafspraken kan afdwingen? Graag een toelichting.

Wanneer de laagste overeengekomen prijs in de regio in de ontwerp-amvb als uitgangspunt voor de vergoeding zou zijn genomen en wanneer die prijs in een bepaalde regio het gevolg is van onderhandelingen door een dominante verzekeraar met alle aanbieders in de regio, zal het inderdaad zo zijn dat die vergoeding dan ook door alle andere verzekeraars zou moeten worden betaald, ongeacht de overige voorwaarden die mogelijk deel uitmaken van de overeenkomst tussen de dominante verzekeraar en de aanbieders. Een andere zorgverzekeraar kan dan niet ook de andere contractafspraken tussen de dominante verzekeraar en de aanbieders afdwingen.

Overigens ligt een «laagste-prijs» vergoeding gerelateerd aan de laagst gecontracteerde prijs van een betreffende verzekeraar mijns inziens meer voor de hand.

Vragen SP-fractie

23

Deelt u de mening dat het gebruik van een vergoedingsregeling welke leidt tot restitutie mede afhankelijk is van het inkomen van mensen? Zo ja, hoe gaat voorkomen worden dat mensen vanwege hun financiële situatie afzien van een dergelijke vergoedingsregeling. Zo neen, waarom niet?

Nee. De vergoeding mag door een verzekeraar niet zodanig worden vastgesteld dat het gebruik er van afhankelijk wordt van het inkomen van mensen. Dat wil niet zeggen dat altijd alle kosten die een zorgaanbieder in rekening brengt door de regeling moeten worden vergoed. Tegenover keuzevrijheid mag naar mijn mening een financiële bijdrage staan, zolang de verzekerden naast de mogelijkheid van restitutie ook een ruime keuze hebben uit het gecontracteerde aanbod van hun verzekeraar.

24

Is de keuzevrijheid, en de daarbij behorende keuzemogelijkheden in de zorg volgens de minister een gelijkwaardig recht? Zo ja, hoe gaat voorkomen worden dat bij het maken van een keuze financiën een rol spelen? Zo neen, wat zijn dan gronden waarop iemand meer keuzevrijheid en/of keuzemogelijkheden zou kunnen hebben dan een ander?

De Tweede Kamer heeft met het amendement Schippers/Lambrechts (28 994, nr. 19), op grond waarvan de onderhavige ontwerp-amvb is getroffen, bedoeld om ziekenfondsverzekerden keuzevrijheid te geven tussen zorg in natura en vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Dat heeft zij als een gelijkwaardig recht voor alle ziekenfondsverzekerden bedoeld. Ik stem in met dat uitgangspunt. Overigens vind ik wel dat contracteren door een verzekeraar meerwaarde heeft, althans wanneer hij zich daarbij inspant om in het belang van zijn verzekerden goede voorwaarden met de aanbieder(s) af te spreken. Voorwaarden in de zin van prijs, kwaliteit en service. Daardoor zal minder behoefte bestaan aan restitutie en daarbij hebben alle partijen in de ziekenfondsverzekering belang. De verzekeraar, omdat zijn inspanningen worden beloond en er gebruik wordt gemaakt van goede contracten, en de verzekerden, omdat zij er van op aan kunnen dat de verzekeraar namens hen doelmatige zorg heeft ingekocht.

25

Wie bepaalt of de keuze van de verzekerde om een beroep te doen op zorg van een niet gecontracteerde zorgaanbieder redelijk is of niet?

Voor de zorgvormen bedoeld in het amendement Schippers/Lambrechts is die beoordeling niet aan de orde. Het nieuwe artikel 11 in de Zfw dat een gevolg is van voornoemd amendement, bepaalt dat restitutie voor de daar bedoelde zorgvormen een wettelijk recht is. Er is dan geen ruimte meer voor een redelijkheidsbeoordeling.

26

Erkent u dat het overstapgedrag van verzekerden mede afhankelijk zal zijn van het al dan niet willen behouden van een aanvullende verzekering omdat een beroep wordt gedaan op de vormen van zorg die overgeheveld zijn naar het aanvullende pakket? Zo ja, hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks iets zullen merken van het stemmen met de voeten, omdat verzekerden niet zullen veranderen van verzekeraar

vanwege de aanvullende verzekering, en daarmee de beoogde concurrentie prikkel niet aanwezig zal zijn?

Naar de opvatting van de regering is de gekozen verhouding tussen de aanspraken Zfw en een eventuele aanvullende verzekering zodanig dat zich geen overwegende problemen voordoen, omdat de kosten van zorg die niet krachtens de Zfw worden vergoed, normaal gesproken door de betrokkene zelf gedragen kunnen worden.

Ook onder de Zvw zal het niet anders zijn dan de huidige situatie onder de Zfw. In de huidige situatie, die de uitgangssituatie in de Zvw zal zijn, is sprake van een zeer beperkt kostenaandeel van de aanvullende verzekering. Zoals in de Nota naar aanleiding van het verslag van de Zvw is aangegeven bedroegen de kosten voor de aanvullende verzekering voor ziekenfondsverzekerden (in 2003) slechts 5,7% van de totale kosten. Overigens zal de toezichthouder, de Zorgautoriteit, eventuele problemen betreffende aanvullende verzekeringen monitoren.

27

Welke stijging van administratieve lasten is acceptabel?

Met de aanvaarding van het desbetreffende amendement zijn in zekere zin ook de daaruit voortvloeiende administratieve lasten geaccepteerd. Dit neemt echter niet weg dat een en ander van invloed zal zijn op de zogenaamde lastenbalans. Als er aan de ene kant administratieve lasten bijkomen dienen elders op het VWS-terrein administratieve lasten te worden gereduceerd. Dit is tegelijkertijd een van de redenen voor het niet nader detailleren van de voorliggende ontwerp-amvb.

Vragen GroenLinks-fractie

28

Bent u van mening dat met deze Algemene Maatregel van Bestuur tegemoet wordt gekomen aan de toezegging dat vaststelling van de vergoedingen zorgvuldig moet gebeuren?

Ja. Ik heb er vertrouwen in dat een verzekeraar met deze amvb met toelichting in staat is een zorgvuldige vergoedingsregeling te treffen. Mij hebben ook signalen bereikt dat verzekeraars er mee uit de voeten kunnen. Ze spannen zich in om naar letter en geest van het amendement Schippers/Lambrechts en de toelichting op de concept amvb uitvoering aan de regeling te geven. In verband met de beoogde inwerkingtredingsdatum van de HOZ moeten verzekeraars nu al voorbereidingen kunnen treffen voor de invoering ervan. Uiteraard moet de Eerste Kamer eerst nog met het wetsvoorstel instemmen, wil de HOZ en de restitutie-amvb ook daadwerkelijk in werking kunnen treden.

29

Waarom is het een probleem om de vergoeding te baseren op de gemiddelde kosten van verzekeraars?

Zie het antwoord op vraag 1.

Vragen SGP-fractie

30

Betekent «niet wezenlijk belemmerd» dat bij restitutie altijd ten minste een vergelijkbaar bedrag moet worden betaald als de ziektekostenverzekeraar kwijt is aan zorg in natura? Zo neen, bent u dan bereid om een bepaling op te nemen die dit regelt, om de keuzevrijheid op die manier ook werkelijk te waarborgen?

In antwoord zou ik de leden van de SGP-fractie eerst de volgende casus willen voorleggen.

Stel dat een bepaalde zorgprestatie zonder contractering door de bank genomen zo'n € 100,= kost, en gesteld ook dat een bepaalde verzekeraar door contractering voor die zorgprestatie een prijs van € 80,= weet te bewerkstelligen. Is het dan reëel om als een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde aanbieder en daarmee voor restitutie, het volle pond van € 100,= te vergoeden? Ik vind van niet. Het zou bovendien de verzekeraar de prikkel tot (scherp) contracteren ontnemen, en de aanbieders zouden er überhaupt geen enkel belang meer bij hebben om contracten te sluiten. Elke prijs zou moeten worden betaald, met onbetaalbaarheid als gevolg.

Reëel is om voor de vergoeding aansluiting te zoeken bij de prijs die bij contractering wordt gerekend. In zoverre ben ik het eens met de leden van de SGP-fractie. Wel zou naar mijn mening nog verdiscontering moeten plaatsvinden van de transactiekosten waarmee een verzekeraar bij restitutie wordt geconfronteerd. Voor het overige verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 21.

Gelijkluidende vragen PvdA-fractie en GroenLinks-fractie

31

Hoe verhoudt deze Algemene Maatregel van Bestuur zich met het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet? Hoe is de aansluiting op de voorstellen in de Zorgverzekeringswet, en is er sprake van overlap?

De Zfw gaat uit van zorg in natura. Dat wil zeggen: een verzekerde die zorg nodig heeft wendt zich tot een door zijn ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieder, welke de zorg in diens naam en voor diens rekening verstrekt. Door middel van het amendement Schippers/Lambrechts wordt daar in die zin een uitzondering op gemaakt, dat een verzekerde er voor bepaalde vormen van zorg voor kan kiezen om niet naar een door zijn ziekenfonds gecontracteerde aanbieder te gaan, maar naar een andere zorgaanbieder, waarna hij recht heeft op een door zijn ziekenfonds bepaalde vergoeding. Die vergoeding mag door zijn ziekenfonds niet zo laag worden vastgesteld, dat zijn keuzerecht tussen een gecontracteerde en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wezenlijk wordt belemmerd. De Zvw (Kamerstukken II, 2003/04, 29 763, nrs. 1–3) gaat uit van een vrije keuze, voor de zorgverzekeraar, tussen polissen krachtens welk de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders moet (naturapolissen of restitutiepolissen die toch vergen dat de verzekerde naar gecontracteerde zorgverleners gaan) dan wel polissen krachtens welke de verzekerde vrij is een zorgaanbieder te zoeken (zuivere restitutiepolissen). De zorgverzekeraar mag meerdere polissen aanbieden, en mag ook voor bepaalde vormen van zorg uitgaan van gecontracteerde aanbieders en voor andere van zuivere restitutie. Vervolgens heeft de verzekeringsplichtige de vrijheid uit alle varianten van de zorgverzekering te kiezen, die de zorgverzekeraars in zijn woonprovincie aanbieden. Kiest hij een variant die voor alle of bepaalde vormen van zorg van restitutie uitgaat, dan heeft hij voor die vormen recht op volledige vergoeding van de rekening van de zorgaanbieder, voor zover althans de rekening niet hoger is dan hetgeen marktconform is.

Het kan ook zijn dat de verzekerde heeft gekozen voor een naturavariant of een restitutievariant krachtens welke hij voor een of meer vormen van zorg naar gecontracteerde zorgaanbieders moet.

Heeft hij zo'n vorm van zorg nodig, dan heeft hij op grond van artikel 13 van de Zvw desondanks nog de mogelijkheid om naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. In dat geval krijgt hij echter een door zijn zorgverzekeraar vooraf bepaalde vergoeding, die lager kan zijn dan de volledige vergoeding. Dat is ook logisch. Hij koos

immers voor een verzekeringsvariant krachtens welke hij naar gecontracteerde aanbieders moet, en zijn verzekeraar zal daar bij de omvang van zijn contracten rekening mee hebben gehouden. Nu hij alsnog kiest voor een niet-gecontracteerde aanbieder, kan dat voor zijn zorgverzekeraar tot extra kosten leiden. Daarom kan van zo'n verzekerde worden verwacht dat hij een deel van de kosten voor zijn rekening neemt. Bovendien heeft dit preventieve werking in die zin, dat het mensen die voor een zorgverzekering kozen krachtens welke zij naar gecontracteerde zorgaanbieders moeten (waartegen doorgaans een lagere premie zal staan dan bij een zuivere restitutiepolis), niet op al te grote schaal toch naar andere aanbieders zullen gaan.

De nu in de Zfw te introduceren restitutiemogelijkheid kent geen overlap met de Zvw. Zodra de Zorgverzekeringswet in werking treedt zal de Ziekenfondswet immers komen te vervallen. Wel kan gezegd worden dat de restitutiemogelijkheid al enigszins op de mogelijkheden van de Zvw vooruitloopt in die zin, dat het voor ziekenfondsen nu onder de Zfw al mogelijk wordt om voor bepaalde vormen van zorg zelf de hoogte van de vergoeding te bepalen.

32

Hoe kan concreet worden gecontroleerd of de vergoedingsregeling van een ziekenfonds tot een zodanige restitutie van kosten leidt dat de verzekerde daardoor niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuzevrijheid? Wat betekent het woord «wezenlijk» in dit verband? Op grond van welke criteria vindt de beoordeling plaats of de vergoedingsregeling wel voldoende tegemoet komt aan de keuzevrijheid van de verzekerde? Is het mogelijk het criterium «zodat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze» te preciseren? Wanneer is daar in ieder geval sprake van?

Het is niet mogelijk het criterium «zodat de verzekerde niet wezenlijk in zijn keuzemogelijkheden wordt belemmerd» te preciseren. De hoogte van de vergoeding zal namelijk niet alleen afhankelijk zijn van de vorm van zorg die de verzekerde nodig heeft en van de prijs die het ziekenfonds normaliter voor die zorg betaald indien die gecontracteerd wordt, maar ook van de hoeveelheid keuzemogelijkheden die de verzekerde heeft tussen wél door zijn ziekenfonds gecontracteerde aanbieders van de desbetreffende vorm van zorg (hoe meer keuzemogelijkheid, hoe lager de vergoeding mag zijn). Komt het tot een geschil, dan zal per individueel geval bezien moeten worden of sprake was van een wezenlijke belemmering.