
213

Besluit van 18 april 2005, houdende vaststelling van de wijze waarop de hoogte van de restitutie, bedoeld in artikel 11 van de Ziekenfondswet, wordt vastgesteld (Vergoedingsbesluit Ziekenfondswet)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 maart 2005, kenmerk MC/MO-2567248;

Gelet op artikel 11, eerste lid van de Ziekenfondswet;

De Raad van State gehoord (advies van 29 maart 2005, nr. W13.05.0069/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 april 2005, kenmerk MC/MO-2576269;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

1. Onverminderd de artikelen 25 en 30 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, wordt de hoogte van de vergoeding, bedoeld in artikel 11 van de Ziekenfondswet, vastgesteld door het ziekenfonds waarbij de verzekerde is ingeschreven.

2. 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 een vergoeding kan krijgen.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag waarop artikel I, onderdeel L, van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg in werking treedt.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als Vergoedingsbesluit Ziekenfondswet.

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid j° vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

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

's-Gravenhage, 18 april 2005

Beatrix

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

Uitgegeven de *achtentwintigste* april 2005

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

NOTA VAN TOELICHTING

1. Inleiding

Op grond van artikel 11 van de Ziekenfondswet (Zfw) hebben ziekenfondsverzekerden 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 de wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Wet Hoz, Stb. 2005, 27) in de Zfw opgenomen. De opheffing van de contracteerplicht voor bepaalde diagnose behandeling combinaties (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 Zfw 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 (omgekeerde) 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 door de inwerkingtreding van het Besluit tot het opheffen van de – omgekeerde – contracteerplicht medisch-specialistische zorg (Stb. 2005, 43) en de daarop gebaseerde Regeling vrij onderhandelbare dbc's (Stcrt. 2005, 21) restitutie van kosten mogelijk wordt voor zogenoemde «vrije» dbc's («segment-B» dbc's). Vanaf de datum van inwerkingtreding van het nieuwe artikel 11 in de Ziekenfondswet (1 mei 2005) wordt ook restitutie van kosten van hulpmiddelen en zittend ziekenvervoer mogelijk. Voor hulpmiddelen geldt al geen contracteerplicht meer sinds 1992 en voor zittend ziekenvervoer heeft nooit contracteerplicht bestaan. Voor deze vormen van zorg gelden ook geen tariefregimes volgens de Wtg. Vanaf 1 februari 2005 worden bij wijze van experiment voor fysiotherapie geen Wtg-tarieven meer vastgesteld. Ten aanzien van fysiotherapeuten geldt sinds begin jaren '80 al geen contracteerplicht meer. Daarom zal ook voor die zorg gedurende het experiment restitutie van kosten mogelijk worden wanneer het nieuwe artikel 11 van de Ziekenfondswet in werking treedt.

2. Hoogte van de vergoeding

Op grond van het nieuwe artikel 11, eerste lid, Ziekenfondswet, worden bij algemene maatregel van bestuur (amvb) regels gesteld over de wijze waarop de hoogte van de restitutie wordt vastgesteld. Voorliggende amvb bevat die regels. Bepaald wordt dat de hoogte van de vergoeding door het ziekenfonds wordt vastgesteld, en wel zodanig, dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze tussen zorg van door zijn ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieders (zorg in natura) en zorg van niet door zijn ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieders (zorg waarvoor de vergoeding geldt). Het ziekenfonds is dus niet gehouden een verzekerde die voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gekozen, de rekening geheel te vergoeden.

De amvb is voorgehangen bij de beide kamers van de Staten-Generaal. Diverse leden van de Eerste Kamer vroegen zich in dat verband af, of het feit dat ziekenfondsen bevoegd zullen zijn slechts een gedeelte van de zorgrekening te vergoeden, niet leidt tot een belemmering van de vrije artskeuze van de ziekenfondsverzekerde patiënt.

Juridisch bezien is dit niet het geval. Het doorgaans van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek) afgeleide beginsel van vrije artskeuze houdt namelijk in, dat een patiënt kan kiezen door welke arts hij zich laat behandelen¹. Een arts mag een patiënt dan ook – tenzij sprake is van uitzonderingsgevallen zoals een agressieve patiënt – niet weigeren. Het beginsel van vrije artskeuze zegt echter niets over de financiering van de door de verkozen arts geleverde zorg. Het impliceert dus niet, dat een verzekeraar verzekerde zorg altijd, dus ongeacht de arts die deze levert, volledig moet vergoeden. Aangezien voorliggende amvb niet méér regelt, dan dat de vergoeding van ziekenfondszorg niet volledig hoeft te zijn indien de zorg van een niet gecontracteerde arts is betrokken, belemmert de amvb de vrije artskeuze juridisch gezien niet.

Ook in de praktijk zal onder de Ziekenfondswet nauwelijks een beperking van de keuzemogelijkheid optreden. Dat komt doordat de Ziekenfondswet uitgaat van een verzekering in natura, met een zorgplicht van de ziekenfondsen. Deze houdt in dat de ziekenfondsen te allen tijde voldoende zorg voor hun verzekerden dienen te contracteren, en wel op redelijke afstand van de woonplaats van die verzekerden. Daardoor heeft de ziekenfondsverzekerde doorgaans al een flinke keuzemogelijkheid tussen gecontracteerde zorgaanbieders. Het afschaffen van de contracteerplicht doet niets af aan de zorgplicht van de ziekenfondsen. Ook voor verstrekkingen waarvoor geen contracteerplicht geldt, dient het ziekenfonds dus voldoende zorg te contracteren. Van problemen op het vlak van vermindering van keuzemogelijkheden voor de verzekerde was dan ook geen sprake nadat in 1991 voor de individuele beroepsbeoefenaren (zoals huisartsen en tandartsen) de contracteerplicht werd afgeschaft.

Ook al zal de zorgplicht ertoe leiden dat de ziekenfondsverzekerden voor vormen van zorg waarvoor de contracteerplicht is afgeschaft nog een ruime keuze tussen (gecontracteerde) zorgaanbieders houden, de wetgever heeft het toch wenselijk geacht om hen voor bepaalde vormen van die zorg (te weten de zorg waarvoor bovendien geen Wtg-tarieven gelden) de mogelijkheid te geven naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan².

Het zou echter onlogisch zijn, om verzekerden het recht op volledige restitutie te geven. Het overeenkomstenstelsel onder de Ziekenfondswet strekt er immers toe dat ziekenfondsen prikkels hebben voor een doelmatige zorginkoop, en dat zij de daarmee behaalde voordelen zichtbaar kunnen maken in de nominale premie die zij hun verzekerden in rekening brengen. Het afschaffen van de contracteerplicht in combinatie met de Wtg-tarieven voor het B-segment van de dbc's, zittend ziekenvervoer, hulpmiddelen en fysiotherapie, past in het kabinetsbeleid om ziekenfondsen meer instrumenten te geven om de doelmatigheid op de desbetreffende zorgdeelmarkt te vergroten, door hen de gelegenheid te geven scherpe prijzen af te spreken en met sommige aanbieders niet te contracteren. Zou een verzekerde het recht hebben onder volledige vergoeding van zijn kosten naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, dan zou iedere de prikkel voor de ziekenfondsen én voor de leveranciers van deze zorg om met elkaar te contracteren, wegvallen en dreigt kostenexplosie. Volledige vergoeding zou immers tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder kan vragen wat hij wil. Aldus zal een systeem resulteren dat eerder minder dan meer doelmatigheid tot gevolg heeft.

¹ Zie bijvoorbeeld artikel 2 van de Modelregeling arts-patiënt van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) van 1998: «De patiënt heeft, met inachtneming van wettelijke en organisatorische beperkingen, het recht van vrije artskeuze. Dit betekent dat het als regel niet zo kan zijn dat de patiënt de facto slechts de keuze heeft uit één arts.» Deze definitie geeft reeds aan dat de vrije artskeuze geen absoluut begrip is. Zo zal men indien men in een ziekenhuis een specialist moet bezoeken, veelal een specialist toegewezen krijgen. Wel kan men dan vragen om hulp van een andere specialist in dat ziekenhuis, maar dat kan dan om organisatorische redenen bijvoorbeeld wel betekenen dat men wat langer op een consult moet wachten.

² Voor het zittend ziekenvervoer, de hulpmiddelen en de fysiotherapie, waarvoor de contracteerplicht al voor 1 mei 2005 was afgeschaft, is de mogelijkheid van restitutie dan ook eerder als een vergroting van de keuzemogelijkheid dan als een beperking van de keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders te zien.

Er bestaat dus een spanning tussen enerzijds de wens van de wetgever om ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid te geven om te kiezen voor andere dan gecontracteerde zorgaanbieders, en anderzijds het blijvende belang van een doelmatige zorginkoop door ziekenfondsen. Gegeven deze spanning kan noch van volledige vergoeding van restitatiekosten, noch van volledige vrijheid van het ziekenfonds bij het vaststellen van de hoogte van de restitutie sprake zijn. Daarom is in onderhavige amvb bepaald dat de ziekenfondsen de vergoeding niet zo laag mogen vaststellen, dat de keuze tussen zorgaanbieders in feite wordt belemmerd.

Verschillende mogelijkheden staan de verzekeraar daarbij ter beschikking. Daarbij kan hij of een relatie met zijn contracteerbeleid leggen, dan wel een procentuele vergoeding vast stellen. In het eerste geval is een redelijke ondergrens een vergoeding op het niveau van de laagste contractsprijs voor de desbetreffende zorg, eventueel onder aftrek van een percentage in verband met de transactiekosten die verzekeraars nu eenmaal hebben bij restitutie.

Een ziekenfonds kan uit concurrentieoverwegingen – een verzekerde die niet tevreden is met de vergoedingsregeling van zijn ziekenfonds kan immers besluiten naar een ander ziekenfonds over te stappen – echter ook een andere keuze maken. De keuze die de verzekeraar maakt, kan uiteraard 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. Overigens is het niet zo dat een ziekenfonds-verzekerde nóóit aanspraak kan hebben op een volledige vergoeding.

De vormen van zorg waarvoor de restitutiemogelijkheid als bedoeld in artikel 11 Zfw zal gelden, zijn alle vormen van electieve, dat wil zeggen niet-spoedeisende zorg. Indien desalniettemin één van die vormen van zorg – bijvoorbeeld een vrije dbc – in een uitzonderingsgeval toch met spoed moest worden verleend, en dat is gebeurd door een niet door het ziekenfonds van de patiënt gecontracteerde zorgaanbieder, geldt dat de rekening volledig wordt vergoed. Dat volgt uit artikel 10 Zfw en de artikelen 25 en 30 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering alsmede de invulling daarvan in het CVZ-besluit «Aanspraak op verstrekkingen onder buitengewone omstandigheden». Om expliciet aan te geven dat deze besluiten in een spoedgeval voorrang hebben, is in voorliggend besluit opgenomen, dat dit geldt «onverminderd de artikelen 25 en 30 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering».

Voor de volledigheid moet worden opgemerkt dat een verzekerde zich ook met toestemming van het ziekenfonds kan laten behandelen door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten komen dan volledig voor rekening van het ziekenfonds. Het moet daarbij gaan om een medisch-specifiek noodzakelijke behandeling, die alleen door een bepaalde niet-gecontracteerde aanbieder gegeven kan worden. De beoordeling daarvan ligt in eerste instantie bij de medisch adviseur van het ziekenfonds. Indien het ziekenfonds de toestemming verleent, wordt 100% van de kosten vergoed.

Daarnaast is het als gevolg van het amendement Van der Vlies (Kamerstuk 2003/04, 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. Er komen dan dus geen kosten voor rekening van de verzekerde (zie de nieuwe artikelen 42, de leden 3 en 4, van de Zfw 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.

De leden van de Eerste Kamer vroegen ook hoe een en ander in de Zorgverzekeringswet is geregeld. Als bekend vormt de Zorgverzekeringswet een belangrijk element van de stelselherziening in de zorg, die beoogt partijen bij de zorg – burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders – prikkels te geven om zelf de totstandkoming van een doelmatiger en een meer op de wensen van de burger gericht zorgstelsel te bevorderen. Daartoe dienen deze partijen wel meer vrijheid te krijgen dan onder de Ziekenfondswet het geval is. Anders komt de beoogde marktwerking niet tot stand.

Anders dan de Ziekenfondswet, gaat de Zorgverzekeringswet dan ook niet uit van een natuerverzekering. Met het oog op zowel de keuzemogelijkheid voor de verzekerden als voor de verzekeraars, is geregeld dat de verzekeraar polissen mag aanbieden krachtens welke de verzekerde slechts naar gecontracteerde zorgaanbieders mag (natura), dan wel polissen mag aanbieden op grond waarvan de verzekerde naar alle zorgaanbieders (van voldoende kwaliteit) mag, tegen vergoeding van de volledige zorgrekening, voor zover deze althans niet meer bedraagt dan een marktconform bedrag (vrije restitutie). Ook mengvormen van natura- en restitutiepolissen zijn mogelijk.

Anders dan in de Ziekenfondswet, kan de verzekerde dus vooraf – en niet pas op het moment waarop hij zorg nodig heeft – voor vrije restitutie kiezen. Kiest hij daar niet voor, dan kiest hij er in beginsel ook voor om van een gedeelte van zijn keuzevrijheid ten aanzien van het zorgaanbod afstand te doen.

Overigens geldt ook in de Zorgverzekeringswet een zorgplicht die bij een naturacontract met zich brengt dat de zorgverzekeraar voldoende en kwalitatief goed zorgaanbod moet contracteren. Wil de verzekerde ondanks zijn keuze voor een naturapolis op het moment dat hij zorg nodig heeft toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan kan hij dat doen. In die situatie is de zorgverzekeraar, net als in de voorliggende amvb is geregeld, echter wel bevoegd om slechts een gedeelte van de rekening te betalen. De zorgverzekeraar moet de wijze waarop hij deze vergoeding berekent in zijn modelovereenkomsten opnemen, zodat de verzekeringsplichtige weet wat op dit punt voor hem geldt, indien hij voor het desbetreffende model kiest. Overigens zal de verzekeraar ook vooraf duidelijkheid moeten kunnen verschaffen over de door hem gecontracteerde zorgaanbieders.

3. Restitutie in verband met hulpmiddelen onder de Zfw

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 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.

4. 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