

---

# Regeling uitkeringen aan verzekerden van ziekenfondsen voor specialistische hulp

---

VWS

«Ziekenfondswet»

13 februari 1995/nr. VMP/O,  
943297

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
Gelet op artikel 11 van de  
Ziekenfondswet;  
Gezien de adviezen van de  
Ziekenfondsraad (adviezen van 28  
april 1994, JA/12221/94 en van 18  
oktober 1994, JA/34273/94);

Besluit:

## Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan  
onder:

a. specialist: een arts die is  
ingeschreven in het  
specialistenregister van de  
Koninklijke Maatschappij tot  
Bevordering der Geneeskunst;  
b. medisch-specialistische hulp:  
genees-, heel- en verloskundige  
hulp te verlenen door een  
specialist, zoals naar aard, inhoud  
en omvang en vorm als  
verstrekking is geregeld bij of  
krachtens het Verstrekkingenbesluit  
ziekenfondsverzekering.

## Artikel 2

1. De verzekerden van alle  
ziekenfondsen hebben, in plaats  
van aanspraak op  
medisch-specialistische hulp als  
zelfstandige verstrekking en/of als  
onderdeel van een andere  
verstrekking, jegens hun  
ziekenfonds aanspraak op een  
uitkering in geld wegens gemaakte  
kosten voor deze hulp, mits deze  
hulp is verleend overeenkomstig  
het bepaalde bij of krachtens het  
Verstrekkingenbesluit  
ziekenfondsverzekering.  
2. De aanspraak op een uitkering in  
geld bestaat niet indien de hulp is  
verleend door een specialist die  
terzake met het ziekenfonds een  
overeenkomst heeft gesloten, of  
door een specialist die werkzaam is  
in een instelling die met het

ziekenfonds een overeenkomst  
heeft gesloten, die mede de  
medisch-specialistische hulp in  
volle omvang omvat.

3. De aanspraak op een uitkering  
vervalt indien de verzekerde,  
desverlangd, weigert de medisch  
adviseur van het ziekenfonds te  
machtigen bij de betrokken  
specialist of instelling de  
noodzakelijke inlichtingen over de  
verleende hulp in te winnen.

## Artikel 3

De hoogte van de uitkering is gelijk  
aan het ingevolge de Wet tarieven  
gezondheidszorg terzake  
goedgekeurde of vastgestelde  
tarief.

## Artikel 4

De uitkering wordt binnen twaalf  
maanden aangevraagd bij het  
ziekenfonds waarbij de verzekerde  
is ingeschreven. De verzekerde legt  
daarbij de originele bewijsstukken  
over, waaruit de naam van de  
specialist, het tijdstip, de aard, de  
inhoud en de omvang van de  
verleende hulp alsmede de kosten  
daarvan blijken. Hij vermeldt daarbij  
zijn geboortedatum en  
inschrijf-nummer alsmede het bank-  
of postrekeningnummer waarop de  
uitkering kan worden overgemaakt.

## Artikel 5

De Regeling vergoeding  
specialistische hulp door  
ziekenfondsen aan hun  
verzekerden (artikel 11  
Ziekenfondswet) wordt ingetrokken.

## Artikel 6

Deze regeling treedt in werking met  
ingang van 1 april 1995.

## Artikel 7

Deze regeling wordt aangehaald  
als: Regeling uitkeringen aan  
verzekerden van ziekenfondsen  
voor specialistische hulp.

Deze regeling zal met de toelichting  
in de Staatscourant worden

geplaatst.

*De Minister voornoemd,  
E. Borst-Eilers.*

## Toelichting

Bij de goedkeuring op 12 juli 1993  
van de modelovereenkomst voor  
medisch specialisten is de  
Ziekenfondsraad verzocht na te  
gaan of er voldoende individuele  
overeenkomsten op basis van het  
nieuwe model (1993) tot stand  
zouden komen. De  
Ziekenfondsraad heeft naar  
aanleiding daarvan medio  
december 1993 een enquête  
ingesteld bij de ziekenfondsen. De  
uitkomst van deze enquête was dat  
de ziekenfondsen in de  
onmogelijkheid verkeerden op voor  
hen aanvaardbare voorwaarden  
een genoegzaam aantal  
overeenkomsten te sluiten.  
De Raad adviseerde naar  
aanleiding van de enquête een  
restitutiebesluit te treffen. Het  
advies van de Raad is op dat  
moment vanwege de  
ontwikkelingen in het kader van de  
Commissie Biesheuvel niet  
gevolgd. Besloten werd partijen nog  
een termijn te gunnen, te weten tot  
1 augustus 1994. De Raad is in dit  
kader verzocht per 1 augustus  
opnieuw te adviseren over de  
noodzaak van het al dan niet  
treffen van een restitutiebesluit. De  
Ziekenfondsraad heeft daartoe  
opnieuw geënquêteerd. De uitslag  
van de enquête gaf geen  
aanleiding het uitgebrachte advies  
te herzien. Op basis van deze  
reactie van de Raad is besloten tot  
onderhavige restitutieregeling.  
Zonder overeenkomsten is - gelet  
op het wettelijk  
overeenkomstenstelsel -, ingevolge  
de Ziekenfondswet/  
Algemene Wet Bijzondere Ziekte-  
kosten feitelijk geen hulp  
beschikbaar. Met onderhavig  
restitutiebesluit krijgen verzekerden  
een aanspraak op vergoeding van  
de door hen aangezochte hulp.  
In tegenstelling tot het

restitutiebesluit zoals dat geldt sedert de wijziging van 13 juli 1990 richt de regeling zich niet slechts tot een beperkt aantal specialisten, werkzaam binnen een bepaalde regio, maar voorziet de regeling in vergoeding van hulp verleend in Nederland door alle categorieën van medisch-specialisten, voor zover het hulp betreft ingevolge de Ziekenfondswet. Immers, een groot deel van de psychiaters is inmiddels overeenkomsten aangegaan en gelet op het aantal revalidatie-artsen dat voor eigen rekening werkt, is er geen reden het besluit uit te breiden met deze categorie van medisch specialisten. Ten aanzien van deze groep specialisten kan niet gesteld worden dat de aanspraken van verzekerden in gevaar dreigen te komen door het onvoldoende contracteren van deze specialisten. Het restitutiebesluit geldt slechts voor die hulp die zonder onderliggende medewerkersovereenkomst is verleend. Deze medewerkersovereenkomst dient gebaseerd te zijn op ofwel een modelovereenkomst voor medisch-specialisten danwel een goedgekeurde uitkomst van overleg. De experimenten blijven daarmee gevrijwaard van de consequenties van het restitutiebesluit. Immers, één van de voorwaarden van het subsidiebesluit van de Raad stelt dat er bij aanvang van het experiment contracten gesloten moeten zijn. De Ziekenfondsraad is op dit punt zeer alert en heeft betrokkenen hierover nadrukkelijk geïnformeerd. Ten aanzien van de lokale initiatieven geldt eveneens de voorwaarde dat men tot medewerkersovereenkomsten gekomen dient te zijn, wil men niet met het restitutiebesluit geconfronteerd worden. Het restitutiebesluit kan daarmee als stimulans fungeren voor partijen om het alsnog eens te worden. Met het treffen van onderhavig restitutiebesluit doet artikel 17f van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) zich gelden. Deze bepaling voorziet in de instelling door betrokken representatieve organisaties van een commissie die

voor de hulp zonder onderliggende overeenkomst, het in rekening te brengen tarief vaststelt. De gedachte bij deze bepaling was dat de sociale ziektekostenverzekering uitgaat van individuele overeenkomsten waarin ondermeer afspraken over kwaliteit en doelmatigheid van de hulp worden vastgelegd in relatie tot het in rekening te brengen tarief. In de situatie waarin een restitutiebesluit is getroffen, zijn er geen of onvoldoende overeenkomsten die deze waarborgen bieden, terwijl anderzijds wel de mogelijkheid bestaat het door het COTG goedgekeurde of vastgestelde maximumtarief aan de verzekerde in rekening te brengen. Dit nu werd een ongewenste gang van zaken geacht. Na veel discussie is tot de geschetste procedure besloten. Ingevolge artikel 17f Wtg kan het in deze situatie in rekening te brengen restitutietarief niet hoger zijn dan door het COTG vastgestelde maximumtarief. De regeling als zodanig beoogt als stimulans voor partijen te fungeren om alsnog een contract met elkaar aan te gaan. Of de regeling daadwerkelijk als stimulans zal werken, zal in hoge mate afhangen of de commissie van de mogelijkheid gebruik maakt het restitutietarief op een lager niveau vast te stellen dan het vigerende maximumtarief. Ter toelichting op artikel 3 merk ik het volgende op. Ten aanzien van de hoogte van de uitkering aan de verzekerde wordt aangesloten bij het tarief dat de verzekerde door de specialist voor de desbetreffende hulp in rekening is gebracht. Indien een restitutiebesluit van kracht is, geldt voor het in rekening te brengen tarief voor hulp zonder onderliggende medewerkersovereenkomst de bijzondere procedure onder Titel 4b van de Wet tarieven gezondheidszorg. Deze procedure houdt in dat een commissie, in te stellen door representatieve partijen, een uitspraak doet over de hoogte van het tarief dat voor deze hulp in rekening kan worden gebracht. De hoogte van de uitkering aan de verzekerde is gelijk aan het tarief dat door deze commissie wordt vastgesteld.

Tot het tijdstip waarop de Minister het besluit van voormelde commissie bekend maakt in de Staatscourant, is de uitkering aan de verzekerde gelijk aan het tarief dat voor de desbetreffende prestatie door het Cotg is goedgekeurd of vastgesteld.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers.*