

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 383

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 maart 2012

Bij de begrotingsbehandeling op 9 november (Handelingen II 2011/12, nr. 21, item 7, blz. 22-78) vorig jaar is vanuit de Tweede Kamer voorgesteld om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aan te passen. Reden daarvoor is de belemmering die artikel 13 van de Zvw voor verzekeraars opwerpt om selectief zorg te contracteren. Artikel 13 voorziet op dit moment weliswaar voor in natura verzekerde zorg in de mogelijkheid dat verzekeraars een lagere vergoeding dan 100% geven als hun verzekerden naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan, maar in de toelichting bij het artikel wordt gesteld dat die vergoeding niet zo laag mag zijn dat het voor de verzekerden een «hinderpaal» is om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Op 10 november (noot bij de Handelingen II 2011/12, nr. 22, item 16, blz. 118-135) heb ik in de schriftelijke reactie op de begrotingsbehandeling laten weten sympathie te hebben voor het gedane voorstel. Kern van de gedachte achter de naturazorgverzekering is immers, dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven indien zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracteren met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteitsverhouding kunnen leveren en hun verzekerden kunnen stimuleren om naar die zorgaanbieders te gaan. Nu de transparantie van de kwaliteit van zorg toeneemt, kunnen verzekeraars daadwerkelijk steeds selectiever contracteren. Daarnaast is de risicodragendheid van zorgverzekeraars toegenomen, zodat zij er een groter belang bij hebben gekregen dat hun naturaverzekerden zoveel mogelijk naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Verzekerden die sterk hechten aan keuzevrijheid, kunnen kiezen voor een verzekering op basis van restitutie, waarvoor dan echter mogelijk wel een hogere premie moet worden betaald.

Omdat de «hinderpaal» gebaseerd is op een Europeesrechtelijk arrest (Müller-Fauré/Van Riet (HvJ 13 mei 2003, C-385/99) heb ik enige tijd gevraagd om te bezien hoe dit zou kunnen worden opgelost en heb ik de Kamer toegezegd hierover met een brief te komen. Op 19 januari jl.

(Kamerstuk 29 689, nr. 378) is deze kwestie in het Algemeen Overleg Zvw opnieuw aan de orde geweest en ik heb de Kamer toen toegezegd de beloofde brief spoedig te sturen. Met deze brief kom ik die toezegging na.

De hoofdboodschap van deze brief is dat ik een aanpassing van artikel 13 van de Zvw in voorbereiding heb die tegemoet komt aan de hierboven beschreven wens vanuit de Kamer¹. Het «hinderpaal»-criterium dat bij de uitleg van artikel 13 Zvw een rol speelde wordt weggenomen zodat verzekeraars, voor in natura verzekerde zorg, in volledige vrijheid de hoogte van de vergoeding vast kunnen stellen indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan. Expliciet wordt nu geregeld dat een verzekeraar zelfs mag bepalen dat hij in dat geval geen vergoeding geeft.

Deze wetsaanpassing is mogelijk dankzij de nieuwe EU-Richtlijn Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg². Daar waar uit het arrest Müller-Fauré voortvloeide dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland niet zo laag mag zijn, dat deze voor verzekerden een feitelijke hinderpaal vormt voor het betrekken van dergelijke zorg, bepaalt artikel 7 van die richtlijn dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg in het buitenland gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die daarvoor in Nederland zou worden gegeven.³ Dat opent de weg om het bepalen van de hoogte van de vergoeding zowel in Nederland als in het buitenland geheel aan de naturazorgverzekeraar over te laten.

Ingevolge de nieuwe tekst van het wetsartikel is de verzekeraar dan ook vrij in zijn modelzorgverzekeringsovereenkomst (en daarmee automatisch ook in de individuele zorgpolis) te bepalen of hij in zijn polis voor in natura verzekerde zorg een vergoeding geeft als een verzekerde zorg inroept die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, en zo ja hoe hoog deze vergoeding is.

Uiteraard zal de verzekeraar bekend moeten maken op welke wijze de vergoeding wordt bepaald (het huidige art. 13, tweede en derde lid, Zvw) en zal die berekeningswijze zo dienen te zijn, dat verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg nodig hebben, een gelijke vergoeding krijgen (het huidige art. 13, vierde lid, Zvw).

Andere bepalingen ter bescherming van de consument zijn dat de (natura)zorgverzekeraar een volledige vergoeding moet betalen indien de zorg niet van een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden betrokken omdat de zorg acuut nodig was, de verzekeraar te weinig zorgaanbieders had gecontracteerd om aan zijn zorgplicht te voldoen of een zorginkoopcontract met een zorgaanbieder eindigde op het moment waarop de verzekerde reeds bij die aanbieder in behandeling was. Het laatste geval is al geregeld in het huidige artikel 13, vijfde lid, Zvw, de andere twee vloeien al voort uit het systeem van de wet maar worden in het nieuwe artikel 13 Zvw expliciet geregeld.

Een laatste belangrijke voorwaarde die wordt gesteld aan de vrijheid die (natura)verzekeraars krijgen om zelf de hoogte van de vergoeding vast te stellen bij afwijking van de gecontracteerde zorg, is dat het voor de verzekerde, op het moment waarop hij zijn zorgverzekering sluit of verlengt, duidelijk is welke zorgaanbieders zijn verzekeraar heeft gecontracteerd. Alleen dan weet hij immers waar hij het komende jaar met zijn nieuwe polis aan toe is. Daarmee voldoet de wetsaanpassing ook aan de

¹ Het nieuwe artikel 13 Zvw is opgenomen in het wetsvoorstel waarin verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt verboden. Dat wetsvoorstel is onlangs voor advies naar de Afdeling advisering van de Raad van State gezonden.

² Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, PbEU 2011, L 88/45.

³ Extra steun voor deze zienswijze geeft préambule 4 bij de richtlijn, waarin staat dat patiënten niet mogen worden aangemoedigd om buiten hun lidstaat een behandeling te ondergaan; daarvan zou sprake zijn indien de vergoedingen in het buitenland hoger zouden moeten liggen dan in Nederland.

transparantievoorwaarde van de Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg¹.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

¹ Artikel 7, zesde lid van de richtlijn bepaalt dat de lid-staten moeten beschikken «over een transparant mechanisme voor de te vergoeden kosten bij grensoverschrijdende zorg en dat dit mechanisme berust op objectieve, niet-discriminerende en vooraf bekende criteria die worden toegepast op het relevante bestuurlijke niveau (lokaal, regionaal of nationaal)».