

10.2.e, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de **Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

nota
(ter beslissing)

Kamervragen Slob (CU) over contant betalen bij de apotheek

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Zorginkoop

Ontworpen door

T 070 340

Datum
31 januari 2013

Kenmerk
105244-100869-Z

Zaaknummer
100869

Bijlagen
1

Afschrift aan

Secr.
MT-Z
(GMT)

Uw kenmerk
2013Z00311

1 Aanleiding voor deze nota

Er zijn kamervragen gesteld door kamerlid Slob (CU) over het feit dat verzekerden contant hun medicijnen moeten betalen vanwege het ontbreken van een contract tussen zorgverzekeraar DSW en BENU apotheken. Bijgaand treft u een reactie op de Kamervragen aan.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Gaat u akkoord met de reactie op de Kamervragen?
- Zoja, dan kunt u de reactie aan de TK sturen.

3 Samenvatting en conclusies

Er ligt inmiddels een contract tussen DSW en BENU apotheken (door beide partijen bevestigd) waardoor verzekerden van DSW per 11 januari niet meer contant hoeven af te rekenen. Ondanks deze constatering is in de reactie op de Kamervragen ingegaan op het feit dat u het van belang vindt dat verzekeraars hun verzekerden voor het polisjaar voldoende informeren over welke zorgaanbieders wel en niet zijn gecontracteerd, zodat verzekerden een goede afweging voor een zorgverzekering kunnen maken. Dit geldt voor in principe alle verzekeraars, maar is extra belangrijk voor zorgverzekeraars die een naturapolis aanbieden en bij niet-gecontracteerde zorg een beperkte vergoeding verstrekken. DSW biedt een restitutiepolis aan en voor niet-gecontracteerde zorg door apotheken vergoeden zij altijd 100% van de kosten tot het marktconforme tarief. In de reactie op de Kamervragen is het karakter van de restitutiepolis nogmaals geschetst. U geeft daarnaast aan welke stappen u onderneemt om verzekeraars te prikkelen duidelijkheid te verschaffen over hun contracteerbeleid (via de wijziging van art 13 Zvw die momenteel in de TK ligt) en om het contracteerbeleid te versnellen (via afspraken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord). Tevens wijst u op het toezicht van de NZa op de informatieverplichting die de zorgverzekeraars hebben.

4 Draagvlak politiek

De versnelling van de contracteercyclus en de duidelijke informatie die verzekeraars aan hun verzekerden moeten geven over de contractering van

zorgaanbieders staat in de politieke belangstelling. U heeft in de reactie op de Kamervragen dan ook duidelijk geschetst op welke wijze u hierin verbetering aanbrengt.

**Directie
Zorgverzekeringen**

Kenmerk
105244-100869-Z

5 Draagvlak maatschappelijk
N.v.t.

6 Financiële en personele gevolgen
N.v.t.

7 Juridische haalbaarheid
N.v.t.

8 Interne afstemming
De reactie op de Kamervragen zijn afgestemd met directie GMT en met de NZa. Ook is informatie ingewonnen bij BENU apotheken en DSW.

9 Gevolgen administratieve lasten
N.v.t.

10.2.e, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Ordening en
bekostiging van zorg

Ontworpen door

Senior Jurist

T 070-340

@minvws.nl

nota

(ter beslissing)

wetsvoorstel verbod verticale integratie/art. 13 Zvw

Paraaf directeur

DGCZ

Directeur MC

Directeur Z

Datum

19 maart 2013

Kenmerk

Zaaknummer

Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

Afschrift aan

1 Aanleiding voor deze nota

- a. Het verslag van de Tweede Kamer op het wetsvoorstel 'verbod verticale integratie/wijziging art. 13 Zvw' is op 18 februari 2013 vastgesteld.
- b. Er is een concept amendement van de SGP en de CU ontvangen om de in artikel 13 Zvw voorgestelde wijzigingen terug te draaien.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- a. De hoeveelheid vragen is zo groot, dat de nota naar aanleiding van het verslag alleen al om die reden niet voor 18 maart 2013 (d.w.z. vier weken na vaststelling van het verslag) naar de Tweede Kamer kon worden verzonden. Daarom verzoek ik u bijgaande uitstelbrief te tekenen. Daarnaast zijn de vragen over de wijziging van art. 13 Zvw zodanig, dat zij ook inhoudelijk niet gemakkelijk te beantwoorden zijn. Wij zullen u daarover nog een nadere nota sturen (zie ook alvast hieronder). Om beide redenen wordt voorgesteld de Tweede Kamer te melden dat de nota naar aanleiding van het verslag in mei naar die Kamer zal worden verzonden.
- b. Gevraagd is om technische bijstand bij de opstelling van het amendement. Zonder tegenbericht ga ik ervan uit dat u daarmee akkoord bent.

3 Samenvatting en conclusies

Zowel over het verbod op verticale integratie als over de wijziging van art. 13 Zvw zijn vele vragen gesteld.

Met name over de wijziging van artikel 13 Zvw, die inhoudt dat naturazorg-verzekeraars de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg op nihil vast mogen stellen, zijn de vragen erg kritisch. Voorts geven diverse partijen in dit verband al aan bezwaar te hebben tegen de in het Regeerakkoord aangekondigde afschaffing van de restitutiepolis. De belangrijkste twee (politieke) pijlen die op het afschaffen van de restitutiepolis worden gericht zijn het ver-

dwingen van de keuzevrijheid en het eenzijdig benadelen van de kleine verzekeraars.

Omdat de politieke steun voor de wijziging van art 13 mede verband houdt met de in het verdere verschiet liggende voornemen om de restitutie uit de Zvw te schrappen, 10.2.g en 11.1

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Ordening en
bekostiging van zorg

Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

4 Draagvlak politiek

	Zetels EK	Zetels TK	Verbod Vert. Integr.	Wijziging Art 13	Afschaffen Restitutie
VVD	16	41	10.2 g en 11.1		
PvdA	14	38			
PVV	10	15			
SP	8	15			
CDA	11	13			
D66	5	12			
CU	2	5			
GL	5	4			
SGP	1	3			
PvD	1	2			
50 plus	1	2			
OSF	1	-			
Meerderheid TK					
Meerderheid EK					

In bovenstaande tabel is geprobeerd het politieke krachtenveld weer te geven op de drie met elkaar verbonden onderwerpen .

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Ordening en
bekostiging van zorg

Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

5 Draagvlak verzekeraars en zorgaanbieders

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Uit "de agenda voor de zorg" waarin alle koepelorganisaties van zorgaanbieders hun visie geven op het zorgstelsel, blijkt dat zij tegen een verbod op verticale integratie zijn.

6 Draagvlak maatschappelijk

De NPCF en de Consumentenbond hebben eerder aangegeven voorstander van het verbod te zijn.

7 Financiële en personele gevolgen

geen

8 Juridische haalbaarheid

geen

9 Interne afstemming

met MC en Z.

10 Gevolgen administratieve lasten

geen

Senior Jurist



Ringbaan West 236
Postbus 90152
5000 LD TILBURG
www.cz.nl

Uw kenmerk :
Ons kenmerk : ZO1. B13.03.18
Behandeld door : Raad van Bestuur
Telefoonnummer : [redacted]
E-mailadres : [redacted]@cz.nl
Relatienummer :

Ministerie van VWS
t.a.v. [redacted]
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Onderwerp: Restitutiepercentage GGZ

Tilburg, 18 maart 2013

Geachte [redacted],

CZ ziet zich genooddaakt u langs deze weg te informeren over onze zorgen omtrent de houdbaarheid van onze regierol als zorgverzekeraar. Aanleiding hiervoor is de recente uitspraak van de rechtbank te Breda van 14 maart 2013. U treft deze als bijlage aan. Het betreft een kort geding van een 2^e lijns GGZ-aanbieder die geen overeenkomst met CZ wenst te sluiten en zich derhalve tot de kortgedingrechter wendde om de in de polisvoorwaarden vastgelegde restitutie-beperking van tafel te krijgen.

In de uitspraak van afgelopen week heeft de rechter CZ veroordeeld om hetzelfde restitutiepercentage voor haar natura polishouders te hanteren in 2013 als in 2012 voor 2^e lijns GGZ. De jaarlijks zeer sterk stijgende kosten in dit zorgsegment brachten CZ er nu juist toe om het percentage voor 2013 te verlagen van 75% naar 50%.

Dit is om een aantal redenen voor zowel CZ als de overheid een onverkwikkelijk gerechtelijk oordeel. De afgelopen jaren zijn de kosten bij CZ voor 2^e lijns GGZ door niet-gecontracteerden opgelopen van € 5,8 mln in 2009 naar, naar verwachting, € 23,6 mln in 2012 en zijn daarmee primair verantwoordelijk voor de overschrijdingen in de GGZ. In het "*Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014*" hebben zorgverzekeraars er zich tot het maximum van hun mogelijkheden aan gecommitteerd om de zorgkosten in de GGZ te beheersen. Als verzekeraar met een oververtegenwoordiging van natura polishouders is het voeren van een binnen redelijke grenzen laag restitutiepercentage een elementair instrument om deze afspraak waar te kunnen maken. Voor CZ is op dit moment onduidelijk of dit mogelijk is, aangezien veel aanbieders met wie onderhandelingen nog niet zijn afgerond, met deze uitspraak van een zorgovereenkomst afzien. Zij ontlopen daarmee naast het kwaliteitstoezicht op de zorgverlening binnen een overeenkomst, het omzetplafond dat wij met hen overeen willen komen. Naar verwachting bedragen de meerkosten enkel voor CZ hierdoor in 2013 minimaal € 5 mln. Deze tegenvaller zal ook gevolgen hebben voor de afspraken die wij in eerste aanleg met gebudgetteerde instellingen hebben gemaakt. Er zal geen ruimte zijn om deze op te hogen, waardoor de discussie over de door CZ gehanteerde (ex ante) nominale nullijn zal blijven voortduren. Het zal in ieder geval voor de korte termijn de relatie tussen aanbieders en zorgverzekeraars in het Bestuurlijk Akkoord nog verder onder druk zetten. CZ ondervindt tenslotte concurrentienadeel als gevolg van deze uitspraak. Andere zorgverzekeraars mogen hun veelal lager restitutiepercentage dan waarin de rechter nu voorzien heeft blijven hanteren.

Datum : 18 maart 2013

Uit bovenstaand kunt u concluderen dat de overwegingen van de Rechtbank Breda voor CZ voldoende grond vormen om spoedappel aan te vragen of, voor zover dat wordt afgewezen, Hoger Beroep in te stellen. CZ is van mening dat zij met de aanpassing van haar polisvoorwaarden niet in strijd met de Zorgverzekeringswet heeft gehandeld, maar ziet dat juridische overwegingen dit niet bevestigen. Wij verzoeken u met ons na te denken hoe we op korte termijn onze verantwoordelijkheid in de beheersing van de zorgkosten, met in het bijzonder daar waar Bestuurlijke Akkoorden zijn gesloten, kunnen waarmaken tegen de achtergrond van de uitspraak van de Rechtbank te Breda.

Graag zouden wij binnenkort bestuurlijk met u over deze kwestie overleggen. Wij zullen het initiatief daartoe nemen.

A large rectangular area of the document has been redacted with a solid grey box, obscuring the signature and any text that might have been present.

voorzitter Raad van Bestuur

LJN: BZ4071, Rechtbank Breda , C/02/259832 / KG ZA 13-79

Datum 14-03-2013

uitspraak:

Datum 14-03-2013

publicatie:

Rechtsgebied: Civiel overig

Soort procedure: Voorlopige voorziening

Inhoudsindicatie: CZ vergoedt met ingang van 2013 aan haar verzekerden voor specialistische GGZ-zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders 50% van het marktconforme tarief, dwz 50% van het gemiddelde tarief dat CZ afsprekt met wel gecontracteerde zorgaanbieders. In 2012 was dit 75%. Op grond van de parlementaire geschiedenis van het huidige art 13 Zvw , alsmede de parlementaire stukken aangaande het aanhangige wetsontwerp tot wijziging er van, behelst dit artikel naar huidig recht het (niet expliciet opgenomen) criterium dat de hoogte van de vergoeding van de niet gecontracteerde zorg geen hinderpaal mag vormen voor het inroepen van die zorg. Zolang dit wetsontwerp niet is aanvaard dient de polis van CZ te voldoen aan dit hinderpaal-criterium. Algemeen aanvaarde praktijknorm is dat de vergoeding voor die niet gecontracteerde zorg niet lager mag zijn dan 75 a 80 % van de gecontracteerde zorg. CZ wordt bevolen Momentum te behandelen conform het tarief van 2012.

Vindplaats(en): Rechtspraak.nl

Uitspraak

vonnis

RECHTBANK ZEELAND-WEST-BRABANT

Handelsrecht

Breda

zaaknummer / rolnummer: C/02/259832 / KG ZA 13-79

Vonnis in kort geding van 14 maart 2013

in de zaak van

de stichting

STICHTING MOMENTUM GGZ DIAGNOSTIEK EN BEHANDELCENTRUM,

gevestigd te Veldhoven,

elseries,

advocaat mr. K. Mous te Nijmegen,

tegen

de onderlinge waarborgmaatschappij

ONDERLINGE WAARBORGMAATSCHAPPIJ CENTRALE ZORGVERZEKERAARSGROEP, zorgverzekeraar

u.a.,

gevestigd te Tilburg,

gedaagde,

advocaat mr. A.J.H.W.M. Versteeg te Amsterdam.

Partijen zullen hierna Momentum en CZ genoemd worden.

1. De procedure

1.1. Het verloop van de procedure blijkt uit:

- de dagvaarding
- de mondelinge behandeling
- de pleitnota van Momentum

- de pleitnota van CZ.

1.2. Ten slotte is vonnis bepaald.

2. Het geschil

2.1. Momentum vordert samengevat – dat de voorzieningenrechter CZ gebiedt om aan Momentum dan wel CZ-verzekerden die behandeld worden door CZ tenminste 75% (in geval van naturapolissen) te vergoeden van alle declaraties van Momentum voor de behandeling van CZ-verzekerden die gebaseerd zijn op de NZa-tarieven die in de betreffende tariefbeschikking zijn vermeld, op straffe van een dwangsom van EURO 10.000,--. voor iedere dag of gedeelte van een dag dat gedaagde in gebreke is of zal blijven om aan dit vonnis te voldoen; met veroordeling van CZ in de (na) kosten van dit geding.

2.2. CZ voert verweer.

2.3. Op de stellingen van partijen wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

3. De feiten

3.1. Op grond van de niet of onvoldoende weersproken stellingen en de overgelegde producties wordt uitgegaan van de navolgende feiten:

- a. Momentum exploiteert sinds 2010 een instelling voor medisch specialistische zorg op basis van een toelating die zij ingevolge de Wet Toelating Zorginstellingen van de overheid heeft verkregen.
- b. Momentum brengt haar behandelingen in rekening bij de zorgverzekeraars van haar cliënten. Daartoe cederen cliënten in het algemeen hun vordering op de zorgverzekeraar aan Momentum en komt het ook voor dat cliënten een verklaring afgeven op basis waarvan zorgverzekeraars bevrijdend kunnen betalen aan Momentum.
- c. Momentum geldt voor CZ-verzekerden als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als bedoeld in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.
- d. Momentum werkt sinds haar oprichting nauw samen met de stichting Addictioncare: een Nederlandse onderneming die intensieve behandeltrajecten aanbiedt op het gebied van verslavingszorg, welke behandelingen plaats vinden in Zuid-Afrika.
- e. CZ heeft eind 2011 aan Addictioncare medegedeeld dat zij, in afwijking van het tot dan geldende beleid, nog maar ongeveer 20% zou gaan vergoeden van de door Addictioncare in rekening gebrachte behandelingen.
- f. Bij vonnissen van 23 november 2011 en 1 februari 2012 heeft de voorzieningenrechter van deze rechtbank CZ – kort samengevat – bevolen om Addictioncare op de gebruikelijke voet te blijven vergoeden. In geval van een restitutiepolis betekende dit dat CZ 100% en in geval van een naturapolis 75% van het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarief voor de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg.
- g. CZ is in hoger beroep gegaan van het vonnis van 1 februari 2012. Bij arrest van 19 juni 2012 heeft het Hof te 's-Hertogenbosch CZ in het ongelijk gesteld en het vonnis van de voorzieningenrechter van deze rechtbank bekrachtigd.
- h. CZ heeft de vergoeding voor een verzekerde die een naturaverzekering heeft afgesloten en zich wendt tot een door CZ niet gecontracteerde aanbieder voor specialistische GGZ-zorg voor 2013 aldus aangepast dat zij niet langer 75% vergoedt, zoals tot dan toe gebruikelijk, maar 50% van het marktconforme tarief, dat gedefinieerd is als het gemiddelde bedrag dat CZ voor soortgelijke behandelingen betaalt aan wel gecontracteerde zorgaanbieders. Daarbij houdt CZ de indeling aan die de NZa in de tariefbeschikking voor de behandelingen heeft gegeven.
- i. CZ heeft overeenkomstig artikel 25, derde lid van de Zorgverzekeringswet de wijzigingen in het model voor de zorgverzekeringen die zij voor 2013 aanbiedt, voorgelegd aan de NZa.
- j. CZ heeft haar verzekerden in november 2012 per brief in kennis gesteld van de veranderingen in de verzekeringsvoorwaarden 2013 en daarbij een folder gevoegd waarin op de eerste pagina onder het kopje 'marktconforme tarieven' haar vergoedingsbeleid als volgt kenbaar gemaakt:

"(...)

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener en hebt u de CZ Zorg-op-maatpolis? Dan krijgt u

een gedeelte van het marktconforme tarief vergoed. Voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg krijgt u vanaf 1 januari 2013 50% van het marktconforme tarief. Bij alle overige zorgverleners is dit 75% van het marktconforme tarief."

4. De beoordeling

4.1. Momentum grondt haar vordering op de stelling dat CZ in strijd met artikel 13

Zorgverzekeringswet handelt door de vergoeding voor niet-gecontracteerde tweede lijns GGZ zorg te beperken tot 50 % van het marktconforme tarief. Deze vergoeding zou zodanig laag zijn dat voor een verzekerde een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het inroepen van deze zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder.

4.2. CZ stelt zich op het standpunt dat de maatstaf van de "feitelijke hinderpaal" geen geldend recht meer is. Hiertoe verwijst CZ naar de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp tot wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet van 2012, waarin de regering zich op het standpunt stelt dat het arrest Müller-Fauré (HvJ EG 13 mei 2003, C-385/99) achterhaald is door de EU-richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (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, Pb L 88 van 4 april 2011, pagina 45). Daardoor zou het CZ vrijstaan om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in volkomen vrijheid vast te stellen.

4.3. Dit standpunt van CZ is naar oordeel van de voorzieningenrechter onjuist.

Uit de Memorie van Toelichting bij het aanhangige wetsontwerp tot wijziging van de Zorgverzekeringswet blijkt duidelijk dat de regering van oordeel is dat de genoemde richtlijn het Europeesrechtelijk mogelijk maakt om door middel van deze wetswijziging de grens van de "feitelijke hinderpaal" los te laten. Uitgangspunt is dus dat, ook al staat het hinderpaal-criterium niet zelf in de wet, dit toch onderdeel uitmaakt van artikel 13 van deze wet, op grond van de parlementaire geschiedenis daarvan (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 33362, nr. 3, p. 36). Dit uitgangspunt wordt bevestigd door het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede kamer der Staten Generaal (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33362, nr. 5). Daaruit blijkt dat het hinderpaal-criterium door alle politieke partijen wordt aangemerkt als onderdeel van geldend recht, en dat het loslaten ervan van principiële betekenis wordt geoordeeld wegens het feitelijk verlies van de keuzevrijheid van patiënten voor zorgaanbieders.

4.4. In dit kort geding is daarom uitgangspunt dat dit criterium van de "feitelijke hinderpaal" geldend recht is zolang de wetswijziging niet heeft plaatsgevonden.

Of de genoemde EU richtlijn, zoals CZ in het voetspoor van de regering stelt, haar Europeesrechtelijke aanleiding heeft verloren heeft in dit kort geding geen betekenis.

De nationale regeling van artikel 13 Zorgverzekeringswet is geldend recht.

Onverbindendheid van deze nationale wet wegens enige strijdigheid met Europees recht is niet gesteld of gebleken.

4.5. CZ heeft niet betwist dat de verzekerde een vrije artsenkeuze heeft, maar aangevoerd dat de verzekerde met die de keuze heeft gemaakt voor een naturaverzekering met die keuze al heeft geaccepteerd dat zijn vrijheid beperkt is tot de kring van de door zijn verzekeraar gecontracteerde aanbieders. Als die verzekerde dan toch kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dient hij de consequenties van die keuze te dragen.

4.6. Dit standpunt miskent dat de zorgverzekeraars gebonden zijn, nog steeds, aan het criterium van de "feitelijke hinderpaal". De zorgverzekeraars mogen de vergoeding niet zodanig laag maken voor niet gecontracteerde zorg dat de verzekerde daarin een feitelijke hinderpaal vindt om zich tot niet gecontracteerde zorg te wenden.

4.7. Momentum stelt dat CZ, door de vergoeding te bepalen op 50% van het marktconforme tarief deze hinderpaal opwerpt.

4.8. Vaststaat dat CZ in het polisjaar 2012 de vergoeding voor deze zorgcategorie stelde op 75% van het marktconforme tarief, dat wil zeggen niet van het wettelijke maximumtarief, maar van het lagere tarief dat CZ gemiddeld genomen voor het bewuste type zorg dient te betalen aan een gecontracteerde zorgaanbieder. Generiek, zonder onderscheid of staffel naar hoogte van kosten van

zorg.

4.9. Vaststaat ook dat in 2012 een vergoeding, generiek, van 75 % tot 80% van het genoemde marktconforme tarief gold als een breed gedragen praktijknorm voor hoe laag de vergoeding mag zijn wil deze geen hinderpaal zijn.

4.10. Eveneens staat onbetwist tussen partijen vast dat het bij ambulante tweedelijns GGZ zorg kan gaan om dure behandeltrajecten van maximaal EURO 62.334,00 per behandeltraject. Ook staat vast dat Momentum in 2012 een gemiddeld tarief van EURO 982,00 bij CZ in rekening bracht, maar dat zij in 2013 ook intensieve en veel kostbaarder behandeltrajecten in het buitenland zal gaan aanbieden.

4.11. Onbetwist staat ook vast dat de patiënten die zijn aangewezen op deze zorg, ongeacht de prijs, veelal weinig financiële armslag hebben.

4.12. Onder al deze genoemde feitelijke omstandigheden is het uiterst aannemelijk dat de verlaging van 75% naar 50% van de vergoeding aan verzekerden een feitelijke hinderpaal zal zijn voor verzekerden om niet gecontracteerde zorg in te roepen en hen feitelijk zal dwingen om zich te wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders.

4.13. CZ heeft op geen enkele wijze dit aannemelijke beeld weggenomen. Zij beroept zich niet op enig onderzoek. Zij stelt slechts dat de 75% vergoeding onvoldoende prikkel was voor verzekerden om zich tot alleen de gecontracteerde zorgaanbieders te wenden en verwijst naar de grote omvang van de betrokken zorgkosten. Dit alles bevrijdt CZ echter niet van de plicht om naar huidig recht te voldoen aan het hinderpaal-criterium.

4.14. Bij het type verzekerden waar het hier om gaat is zelfs bij een behandelprijs van EURO 1.000,-- aannemelijk dat de door CZ geboden vergoeding een belemmering oproept tot inroepen van niet-gecontracteerde zorg. Het criterium laat ruimte om onderscheid te maken naar gelang de kosten van zorg, maar CZ doet dat niet. Zonneklaar is dat bij de dure, langdurige behandeltrajecten nog sterker wordt afgeweken van de geldende norm.

4.15. CZ stelt dat zij overeenkomstig artikel 25 van de Zorgverzekeringswet de wijziging heeft voorgelegd aan de NZa en dat dit niet heeft geleid tot blokkering van deze wijziging door de NZa wegens strijdigheid met de wet. In kort geding zou er daarom voorshands van uit dienen te worden gegaan dat er geen sprake is van strijd met het wettelijk stelsel.

4.16. Vanzelfsprekend is het oordeel van de NZa van betekenis voor de rechter in een geval als het onderhavige. Het is immers de taak van de NZa om de aangeboden polissen te toetsen op overeenstemming met de Zorgverzekeringswet. Dit is de aangewezen weg om algemeen beleid van zorgverzekeraars te toetsen en daardoor te bevorderen dat niet achteraf in individuele gevallen rechterlijke toetsing plaatsvindt aan de wet, met het risico van uiteenlopende rechterlijke beslissingen. De onderhavige wijziging in de polis is majeur, en van grote betekenis op de vrijheid van artsenkeuze. CZ heeft niet gesteld dat zij de NZa uitdrukkelijk om deze reden heeft verzocht om de toetsing gemotiveerd te verrichten. Uit niets blijkt van een dergelijke concrete toetsing. CZ legt op dit punt niets aan documentatie over. In dit geval, waar de schending van het hinderpaal-/- criterium zo evident is doet het er echter zelfs niet toe of de NZa al dan niet heeft getoetst. De toetsing in dit kort geding behoort in beide gevallen toch tot een afwijkend resultaat te leiden.

4.17. Anders dan CZ aanvoert is niet van belang wat de andere zorgverzekeraars in hun polissen opnemen. Van belang is slechts of het feitelijk niveau van vergoeding een belemmering vormt voor het inroepen van niet gecontracteerde zorg door de relevante categorie van verzekerden.

4.18. De conclusie luidt dat CZ door de huidige vergoeding van de onderhavige zorg een onrechtmatig beleid voert jegens Momentum en dat een voorziening op zijn plaats is die inhoudt dat CZ dit onrechtmatig beleid dient te wijzigen in rechtmatig beleid. Andere grondslagen behoeven geen bespreking.

4.19. CZ heeft geen gedachten ontvouwd hoe de vergoeding in overeenstemming zou kunnen worden gebracht met het genoemde criterium. Passend is daarom om CZ bij wege van voorlopige voorziening

te laten terugkeren naar haar eigen vergoedingenniveau van 2012.

4.20. CZ zal worden veroordeeld om jegens Momentum het vergoedingenniveau van de polis 2012 te hanteren. Dwangsommen zullen hieraan vooralsnog niet verbonden worden, omdat de voorzieningenrechter ervan uitgaat dat CZ de veroordeling vrijwillig zal nakomen.

4.21. CZ zal als de in het ongelijk gestelde partij in de proceskosten worden veroordeeld. De kosten aan de zijde van Momentum worden begroot op:

- dagvaarding EURO 76,71
- griffierecht 589,00
- salaris advocaat 816,00
- Totaal EURO 1.481,71

5. De beslissing

De voorzieningenrechter

5.1. veroordeelt CZ om Momentum ter zake de litigieuze zorg te behandelen conform het vergoedingenniveau dat CZ in 2012 hanteerde;

5.2. veroordeelt CZ in de proceskosten, aan de zijde van Momentum tot op heden begroot op EURO 1.481,71, en voor het geval voldoening niet binnen veertien dagen na dagtekening van dit vonnis plaatsvindt, te vermeerderen met de wettelijke rente over de proceskostenveroordeling vanaf 14 dagen na dagtekening van het vonnis tot aan de dag van de algehele voldoening en met veroordeling van CZ in de nakosten van EURO 131,-- dan wel, indien betekening plaatsvindt, van EURO 199,-- te vermeerderen met de eventuele verdere executiekosten;

5.3. verklaart dit vonnis tot zover uitvoerbaar bij voorraad,

5.4. wijst het meer of anders gevorderde af.

Dit vonnis is gewezen door mr. Leijten en in het openbaar uitgesproken op 14 maart 2013 in aanwezigheid van mr. Van de Kreeke-Schütz.

Doc. 09



Postbus 90152 5000 LD Tilburg

20 MAART 2013

DBV

TNT Post
Port betaald
Port Payé
Pays-Bas

Geachte lezer

Wij kunnen niet altijd voorkomen dat u op één dag meerdere enveloppen van ons ontvangt.

Hoewel wij ons bewust zijn van de extra portokosten, brengt het samenvoegen van voor u bestemde post hogere kosten met zich mee.

H08FFP 2500DE-1350

IS DE GEADRESSEERDE NIET WOONACHTIG OP HET VERMELDE ADRES?

Dan verzoeken wij u aan de voorzijde 'retour afzender' te vermelden en deze envelop te retourneren.
Hartelijk dank voor uw medewerking.

Reden verkeerd adres:

☐ verhuizing, nieuw adres van de geadresseerde:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/ Woonplaats: _____

☐ overige _____

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister
Staatssecretaris

Directie IZ

Ontworpen door

Datum

25 maart 2013

Kenmerk

Zaaknummer

Bijlage(n)

1. Bijdrage van VWS aan de
interdepartementale
werkgroep subsidiariteit

nota

(ter beslissing)

Inventarisatie EU-wetgeving

Paraaf directeur IZ

Paraaf WJZ

Paraaf pSG

In afschrift aan:

DGV

DGLZ

DGCZ

DGRIVM

1 Aanleiding voor deze nota

In het regeerakkoord is besloten dat Nederland voorstellen zal doen aan de Europese Commissie welke EU beleidsterreinen – op basis van subsidiariteit – kunnen worden overgedragen aan nationale overheden. Ter uitwerking hiervan is onder leiding van Buitenlandse Zaken een interdepartementale werkgroep opgezet (de werkgroep subsidiariteit). De ministerraad is akkoord gegaan met het plan van aanpak voor een inventarisatie binnen alle departementen.

2 Besispunten, advies en mogelijk alternatief

De bijdrage van VWS is op 22 maart besproken in de BR. Afgesproken is om de bijdrage 29 maart bij Buitenlandse Zaken aan te leveren, om deze reden ontvangen wij graag een reactie voor 29 maart op het volgende:

- Gaarne uw akkoord op de bijdrage van VWS aan de interdepartementale werkgroep subsidiariteit (zie bijlage 1);
- Gaarne uw akkoord met het advies van de BR om alsnog (een beperkt aantal belangrijke) externe partijen te raadplegen.

3 Samenvatting en conclusies

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

1. valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie IZ

Kenmerk

2. valt buiten de reikwijdte van het verzoek

3. valt buiten de reikwijdte van het verzoek

10.2 g en 11.1

10.2.g en 11.1

Directie IZ

Kenmerk

10.2.g en 11.1

Voor zover bekend heeft de inventarisatie bij de departementen die van oudsher veel EU-regelgeving kennen (Financiën, I&M etc) een aantal voorbeelden opgeleverd. Informeel is vernomen dat de inventarisatie bij OC&W, Defensie en SZW waarschijnlijk weinig concrete voorbeelden zal opleveren.

VWS heeft door de inkorting van de termijn halverwege het proces ervoor gekozen om 10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

Nationaal:

De aanleiding voor de inventarisatie komt voort uit het regeerakkoord. Maar ook onder de oppositiepartijen leeft dit onderwerp. Zo gaf fractievoorzitter Buma van het CDA in de Volkskrant nog een aantal voorbeelden van onderwerpen dat naar zijn mening niet bij de EU thuis hoort. De Tweede Kamer heeft verzocht de inventarisatie voor de zomer af te ronden zodat er

een debat over de uitkomsten kan zijn voor het zomerreces.

Directie IZ

Kenmerk

Europees:

In januari is door BZ gesproken met de Europese Commissie. 10.2.g en 11.1

Naast Nederland maken ook het VK en Duitsland soortgelijke inventarisaties. Overigens is de inventarisatie van het VK breder van opzet en wil het VK de fundamentele discussie aangaan over verdragsrechtelijke bevoegdheidsverdeling. Dui en VK volgen de Nederlandse inventarisatie nauwlettend en geven op ambtelijk niveau aan dat hun inventarisatie tot nu toe weinig tot concrete voorstellen heeft opgeleverd. valt buiten de

reikwijdte van
het verzoek

5 Draagvlak maatschappelijk

Er is een trend waar te nemen in het maatschappelijke debat in Nederland, maar ook breder in Europa dat men steeds kritischer is over de EU.

6 Financiële en personele gevolgen

Nvt

7 Juridische haalbaarheid

In Nederland worden sinds de jaren '90 nieuwe voorstellen van de Europese Commissie beoordeeld door de (interdepartementale) commissie Beoordeling Nieuwe Commissie voorstellen (BNC). In de BNC wordt elk voorstel beoordeeld op subsidiariteit en proportionaliteit. Het subsidiariteitsbeginsel moet garanderen dat besluiten op een zo laag mogelijk niveau (zo dicht mogelijk bij de burger) worden genomen.

Door deze inventarisatie worden voorstellen/beleidsterreinen die op nationaal en/of Europees niveau als subsidiair beoordeeld zijn (al dan niet door meerderheidsbesluit van de Lidstaten) (opnieuw) ter discussie te gesteld. 10.2.g en 11.1

8 Afstemming

Binnen het VWS:

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Interdepartementaal:

De inventarisaties van de departementen zijn nog niet met elkaar afgestemd. Uit een tussentijdse bijeenkomst van SG's en DG's van de verschillende departementen – waar vanuit VWS DGV bij is geweest – is wel gebleken dat er weinig concrete beleidsterreinen, EU-wet en regelgeving naar boven komen in de inventarisatie.

Directie IZ

Kenmerk

valt buiten de reikwijdte van het verzoek



9 Gevolgen administratieve lasten
n.v.t

 en 

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGCZ

DGCZ
Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal
www.rijksoverheid.nl

Ontworpen door

Senior Beleidsmedewerker

T 070 340

@minvws.nl

nota

(ter beslissing)

Invoeren toestemmingsvereiste voor electieve
intramurale zorg in het buitenland

Paraaf dir Z	MTlidAB	WJZ	IZ
CZ	FEZ	MC	

Datum

25 april 2013

Kenmerk

114616-103164-Z

Afschrift aan

DZ

MT-lid AB

medewerkers Cluster

internationaal

secre. Cluster internationaal

DIZ,

DCZ

DFEZ

DMC

H:\artikel 13\11.Nota DGCZ
buitenlandse intramurale
zorg.doc

1 Aanleiding voor deze nota

Binnen dit departement wordt onderzoek verricht naar de aard en omvang van grensoverschrijdende zorg, de redenen waarom de kosten van zorg in het buitenland harder stijgen dan verwacht en naar de mogelijkheden om hier iets aan te doen.

Tijdens een overleg van de clustercoördinatoren van de Directie Zorgverzekeringen dat door u werd bijgewoond, heeft het Cluster Internationaal aangegeven dat er binnen de Zvw een mogelijkheid is om de thans bestaande grenzenloze mogelijkheden voor verzekerden om zorg in het buitenland in te roepen, in te perken. Dat kan vorm krijgen binnen de kaders van de EU-Richtlijn grensoverschrijdend patiëntenverkeer (hierna: de Richtlijn).

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

1. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Kenmerk
114616-103164-Z

Voordat we daartoe overgaan, vragen we of u deze actie

a. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

b. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

2. 10.2.g en 11.1

3 Toelichting

Ad beslispunt 1: 10.2.g en 11.1

Onderzoek naar kosten buitenland

Een interdepartementale werkgroep gaat, waarschijnlijk in het kader van een IBO, onderzoek doen naar de aard en omvang van zorg voor Nederlandse verzekerden in het buitenland en buitenlandse verzekerden in Nederland, en zal tevens mogelijke oorzaken in kaart brengen van het gegeven dat de kosten voor zorg in het buitenland meer dan verwacht toenemen¹. Het onderzoek zal verschillende beleidsvarianten in kaart brengen.

Op dit moment bedragen die kosten in de orde van grootte van 1% van het Curatieve BKZ.

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

¹ Van 184 mln. in 2007 tot 324 mln. in 2011. Voor 2012 raamde het CVZ de kosten grensoverschrijdende zorg binnen het mpb op ca. 342 mln. De maart actualisatie tbv jaarverslag 2012 laat voor 2012 een overschrijding met ruim 160 mln. zien.

10.2.g en 11.1

Kenmerk
114616-103164-Z

10.2.g en 11.1

Schadelijk als dit
openbaar wordt?

10.2.g en 11.1

Rekening moet worden gehouden met de in het Europese recht geldende regels betreffende grensoverschrijdende zorg, waaraan Nederland zich niet kan onttrekken. Deze zijn ontwikkeld door het Europese Hof van Justitie en gecodificeerd in de Richtlijn.

In deze Richtlijn wordt onderscheid gemaakt in vergoedingsmodaliteiten voor extra- en intramurale zorg. In de Richtlijn is bepaald dat aan planningseisen onderworpen intramurale zorg in beginsel aan voorafgaande toestemming mag worden gebonden, evenals aan planningseisen gebonden vormen van *extramurale* zorg. Het invoeren van extramurale zorg binnen Europa is verder in beginsel vrij. Die zorg moet worden vergoed tot maximaal het in Nederland gangbare tarief. Zorg op basis van de Richtlijn betreft zorg die op grond van de nationale wetgeving (voor Nederland de Zvw-basisverzekering) is geregeld. 10.2.g en 11.1

Daarnaast biedt de Europese sociale zekerheidsverordening de mogelijkheid om electieve zorg voor zover verzekerd in het Nederlandse aansprakenpakket, binnen de EU, de EER en Zwitserland in te roepen, met toestemming van de verzekeraar. Het verschil is dat de zorg wordt verleend in de omvang en volgens voorwaarden (bijvoorbeeld tarieven, eigen betalingen) van de wettelijke verzekering van het land waar de zorg wordt ingeroepen. De Nederlandse verzekeraar betaalt de volledige in rekening gebrachte kosten aan de verzekeringsinstelling van het zorgverlenende land.

10.2.g en 11.1

Voorstel is om 10.2.g en 11.1

Kenmerk
114616-103164-Z

Daarbij kan worden gedacht aan:

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

De Zvw regelt dat verzekerden kunnen kiezen voor een natura- of voor een restitutiepolis. Het huidige artikel 13 bepaalt dat verzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor verzekerden met een naturapolis zelf mogen vaststellen, waarbij volgens de memorie van toelichting de vergoeding niet zodanig laag mag worden vastgesteld dat deze een feitelijke hinderpaal vormt voor het invoeren van zorg over de grens. In het wetsvoorstel 'Verbod verticale integratie' wordt dit artikel aangeschept: naturaverzekeraars mogen in hun polissen bepalen dat niet-gecontracteerde zorg niet of nauwelijks wordt vergoed, maar mogen de vergoeding ook op 100% vaststellen.

10.2.g en 11.1

Ad beslispunt 2: 10.2.g en 11.1

De Directie Z is bezig met het Wetsvoorstel beperking werelddekking Zvw, waarmee zorg buiten de EU, de EER en Zwitserland (hierna: Europa) niet langer vergoed zal worden. Uitzondering geldt voor gevallen waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is.

Zoals u bekend is loopt het wetsvoorstel en de daarmee samenhangende noodzakelijke aanpassing van de bilaterale verdragen mee in een gezamenlijk project van SZW en VWS. Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Kenmerk
114616-103164-Z

10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

5 Draagvlak maatschappelijk

10.2.g en 11.1

6 Financiële en personele gevolgen

Dit zal worden onderzocht in het kader van het eerder genoemde onderzoek naar de stijging van zorguitgaven in het buitenland.

Op dit moment lijkt de omvang beperkt (ca 1% van het curatieve BKZ). De

10.2.g en 11.1

7 Juridische haalbaarheid

10.2.g en 11.1

10.2g en 11.1

[Redacted text block]

Kenmerk
114616-103164-Z

8 Interne afstemming

De nota is afgestemd met de partijen uit de werkgroep (CZ, FEZ, IZ en MC) en daarnaast met WJZ.

[Redacted signature]

Senior Beleidsmedewerker



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Dirkzwager
Advocaten & notarissen
T.a.v. [redacted]
Postbus 55
6500 AB NIJMEGEN

**Directie
Zorgverzekeringen**
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Beleidsadviseur

T 070 340 [redacted]

M 06 [redacted]

[redacted]@minvws.nl

Kenmerk
136418-107669-Z

Uw brief
[redacted] 5032563

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum **26 SEP. 2013**

Betreft Artikel 13 Zvw

Geachte heer/mevrouw,

In uw brief van 8 juli j.l. vraagt u mij namens uw cliënt CrisisCare een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar aanleiding van de uitspraak van het Hof te 's-Hertogenbosch op 9 juli j.l. in de zaak Zorgverzekeraar CZ vs Momentum-GGZ.

De gevraagde aanwijzing zou ertoe moeten leiden dat de NZa onderdeel 3.4.3 van het "Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars" aanpast.

Daarin staat dat een zorgverzekeraar in zijn polis zelf de hoogte van de vergoeding mag bepalen voor zorg die een verzekerde inroept buiten de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg, mits deze vergoeding meer dan 0 euro bedraagt.

In plaats daarvan verlangt u dat de NZa de in de polissen opgenomen hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg toetst aan het hinderpaalcriterium uit de Memorie van toelichting bij de Zvw.

In de toelichting bij mijn voorstel tot aanpassing van artikel 13 van de Zvw, dat in behandeling is bij de Tweede Kamer, heb ik aangegeven dat met de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg het hinderpaalcriterium kan worden losgelaten. Het Toezichtskader zorgplicht van de NZa is daarmee in lijn.

Dit gevoegd bij het feit dat de jurisprudentie over de toepassing van artikel 13 niet is uitgekristalliseerd — met name nu bekend is geworden dat CZ in cassatie is gegaan tegen de uitspraak van het Gerechtshof van 's-Hertogenbosch in de zaak CZ vs Momentum-GGZ — maakt dat ik geen reden zie er bij de NZa op aan te dringen het Toetsingskader zorgplicht zorgverzekeraars aan te passen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

[redacted]
[redacted]
mw. drs. E.I. Schippers
[redacted]

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door

Beleidsmedewerker

T 070-340

@minvws.nl

Datum

15 augustus 2013

Kenmerk

143250-108832-Z

Zaaknummer

Bijlagen

3

H:\artikel 13\20.Nota bij
aanbieding Marktscan
Zorgverzekeringsmarkt
2013 aan Parlement.docx

nota

(ter informatie)

Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013

Paraaf directeur

DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

De ontvangst van de NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013.

2 Samenvatting en conclusies

- Bijgaand treft u ter ondertekening de brief aan waarmee u de Eerste en Tweede Kamer de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013 toezendt.
- Uw brief bevat de politieke hoofdboodschap dat de zorgverzekeringsmarkt bevredigend werkt en dat de zorgverzekeraars steeds meer hun rol van kritische zorginkopers oppakken zoals in de Zvw is bedoeld.
- Aan het slot wordt uw brief gebruikt om te melden dat u ervan uitgaat dat de ingediende wijziging van artikel 13 Zvw deze ontwikkeling bestendigt en dat daarmee het RA voornemen om de restitutieverzekering uit de Zvw te schrappen, kan komen te vervallen. 10.2.g en 11.1
- En passant wordt in de brief ook teruggekomen op enkele toezeggingen (Aanbevelingen Cie Don en toezegging in de tweede termijn van het debat over winst zorgverzekeraars).

3 Belangrijkste punten van informatie

De Marktscan is rijk aan informatie over de vele aspecten van de Zorgverzekeringsmarkt. Dit jaar is risicoselectie het thema waar extra aandacht aan is besteed.

De Marktscan zelf is voornamelijk registrerend van aard. De beleidsmatige conclusies die de NZa aan de gesignaleerde ontwikkelingen verbindt staan in de Beleidsbrief.

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

143250-108832-Z

De belangrijkste aandachtspunten die de NZa in de beleidsbrief benoemt zijn:

- Een spoedige wijziging van artikel 13 is cruciaal voor de doorontwikkeling van selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. (De NZa predikt in zijn beleidsregel Zorgplicht de vrijheid die zorgverzekeraars hebben bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding als verzekerden gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, maar de gerechtelijke uitspraken in de zaak CZ – Momentum wijzen deze interpretatie af).
- Zorgverzekeraars moeten bij de zorginkoop (nog) meer inzetten op kwaliteit en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Vanwege het belang van dit onderwerp voert de NZa in 2013 een verdiepende monitor zorginkoop uit.
- Bij een versterking van de selectieve zorginkoop hoort een goede informatieverstrekking door zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan verzekerden, met name in de overstapperiode. De NZa gaat hier extra aandacht besteden en benadrukt dat ook voor dit aspect een spoedig gewijzigd artikel 13 gewenst is.
- Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Beleidsmedewerker

10.2.e Wob, tenzij
anders is
aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 070-340 [redacted]
[redacted]@minvws.nl

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	Overleg zorgverzekeraar CZ
Vergaderdatum en tijd	24 september 2013

Datum
19 september 2013

Kenmerk
152130-110431-Z

Afschrift aan
Archief

Bijlagen
3

H:\artikel 13\27.Nota
Minister tbv overleg met CZ
24-09-13.docx

Paraaf directeur Z	Paraaf MT-lid Z	DGCZ
--------------------	-----------------	------

1 Aanleiding en doel overleg

U heeft op 24 september 2013 een overleg met zorgverzekeraar CZ.

2 Deelnemers overleg

Uzelf, dhr. [redacted] van CZ.

3 Te bespreken punten

In de relatie met verzekeraars spelen onder andere de volgende onderwerpen.

• Onderhandelaarsresultaten 2014 -2017, MSZ, GGZ en Huisartsen

De nieuwe onderhandelaarsresultaten kunnen aanleiding geven de volgende zaken aan de orde te stellen:

- Zorginkoop (art. 13 Zvw, restitutiepolis versnelling inkoop)

Het wetsvoorstel verticale integratie, waarin de wijziging van art 13 Zvw is opgenomen is momenteel in behandeling bij de Tweede Kamer. Er wordt binnenkort mogelijk een ronde tafel georganiseerd op verzoek van de Tweede Kamer.

In dit verband is het interessant om te weten hoe zorgverzekeraar CZ zijn kansen inschat nu onlangs is besloten alsnog in cassatie te gaan tegen de beslissing van het gerechtshof van afgelopen juli. Het gerechtshof stelde toen de rechtbank in het gelijk, die op 14 maart besliste dat CZ gehouden is om aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten minste 75 procent van het NZa-tarief voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg te vergoeden. CZ wilde die vergoeding beperken tot 50 procent.

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
152130-110431-Z

In het onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat de restitutiepolis blijft bestaan (10.2.9 en 11.1). Met de aanpassing van artikel 13 wordt een extra impuls gegeven om kritischer en selectiever in te kopen. Ervan uitgaande dat hierdoor de in natura verzekerde zorg als hoofdstroom binnen de zorgverzekering wordt bestendigd, kan de uitvoering van het Regeerakkoord voornemen om de restitutiepolis te schrappen, achterwege blijven.

Daarnaast kan aan bod komen de wijze waarop de zorginkoop zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld, hoe het contracteerproces voor 2014 loopt, in welke mate er volgend jaar verder versneld kan worden.

- Inzichtelijk maken zorgkosten/declaraties voor verzekerden
 - Inzicht kosten zorg achteraf door uitbreiding informatie op de declaratie
 - Inzicht kosten vooraf aan een behandeling
 - Klachtenafhandeling en het belonen van verzekerden voor melden onjuiste declaraties

Er is een plan van aanpak door partijen opgesteld (VWS, ZN, NVZ, NFU, OMS, ZKN), die wordt vandaag 24-9 in het BO HLA MSZ vastgesteld. De declaratie zal worden uitgebreid met o.a. de zorgactiviteiten en de mijnomgeving van zorgverzekeraars zal zodanig worden aangepast dat verzekerden voor zorg vanaf 2014 meer inzicht hebben in de verrichte activiteiten en kosten. In de komende periode zal er samen met partijen ook gekeken worden hoe klachten en vragen (o.a. nav de meer uitgebreide declaratie) op een goede manier kunnen worden afgehandeld zonder dat de patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Deze activiteiten vragen veel inzet van zorgverzekeraars. Ook wordt gekeken welke mogelijkheden er zijn om verzekerden vooraf aan een behandeling te kunnen informeren over kosten.

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Valt buiten de

reikwijdte van het

verzoek

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[redacted] Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted].

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
152130-110431-Z

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het
verzoek [redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]
[redacted].

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek [redacted]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
152130-110431-Z

Valt buiten de
reikwijdte van het
verzoek

[Redacted text block]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

[Redacted text block]

Senior Beleidsmedewerker

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Ordening en
bekostiging van zorg

Ontworpen door

Senior Jurist

T 070-

@minvws.nl

nota

(ter informatie)

amendementen op ww. verbod verticale integratie/art.
13 Zvw

Paraaf directeur

DGCZ

Directeur Z

Datum

19 september 2013

Kenmerk

152426-110490-WJZ

Zaaknummer

Afschrift aan

H:\artikel

13\28.amendementen op ww.
verbod verticale integratie en
art. 13 Zvw.docx**1 Aanleiding voor deze nota**

Deze nota stelt u op de hoogte van drie amendementen die zijn of waarschijnlijk nog zullen worden ingediend op het wetsvoorstel waarin het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het nieuwe artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geregeld (Kamerstukken 33 362).

2 Samenvatting en conclusies

Gevraagd is om technische bijstand bij de formulering van de amendementen. Die heeft WJZ inmiddels geleverd. Voorts is in overleg met de directie Z ook onderstaand inhoudelijk commentaar geleverd.

Het wetsvoorstel is nog niet geagendeerd voor plenaire behandeling. Op dit moment werken we namelijk nog aan het beantwoorden van de (vele) vragen in het nader verslag. Uiteraard zult u ook op de hoogte worden gesteld van nieuwe amendementen die de komende tijd op het wetsvoorstel worden ingediend.

3 Belangrijkste punten van informatie

De amendementen gaan alle drie over het in het wetsvoorstel opgenomen artikel 13 Zvw. Hierbij de inhoud van de amendementen en in cursief onze reactie daarop.

1. een amendement (bijgevoegd) van de SGP en de CU om het feitelijke-hinderpaalcriterium expliciet in artikel 13 Zvw op te nemen: de door een naturaverzekeraar vast te stellen vergoeding van zorg van niet gecontracteerde aanbieders mag niet zo laag zijn, dat deze voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal op zou leveren om

naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

10.2.g en 11.1

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Ordening en
bekostiging van zorg

Kenmerk
152426-110490-WJZ

2. een concept-amendement van de PvdA om te regelen dat de zorgverzekeraars zes weken voor het nieuwe kalenderjaar niet alleen hun gecontracteerde zorgaanbieders bekend maken (dat staat al in het wetsvoorstel) maar ook de verschillen in dat aanbod ten opzichte van het aanbod in het lopende kalenderjaar.

10.2.g en 11.1

3. een concept-amendement van de PvdA om te regelen dat de zorgverzekeraars niet uiterlijk zes weken voor het nieuwe kalenderjaar (dat is uiterlijk 19 november) maar uiterlijk 1 november van het jaar voor het nieuwe kalenderjaar hun lijst met voor het volgende kalenderjaar gecontracteerde aanbieders bekend maken.

10.2.g en 11.1

Senior Jurist

bijlage: amendement SGP-CU

VolksGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT
15 OKT. 2013
SCANPLAZA

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. minister E. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Longfonds
(voorheen Astma Fonds)
Postbus 627
3800 AP Amersfoort
t (033) 43 41 212
info@longfonds.nl
longfonds.nl

ING 55055
K.v.K. Gooi en Eemland nr. 40506839

Betreft: Transparantie inkoop longzorg door
zorgverzekeraars
Amersfoort, 14 oktober 2013

Geachte mevrouw Schippers,

Het Longfonds heeft over de jaren 2011 en 2012 onderzocht in hoeverre verzekerden/ patiënten zelf kunnen achterhalen welke COPD zorg de zorgverzekeraars voor hen gecontracteerd hebben. Het onderzoek is bijgevoegd. Er is gekeken naar openbare informatie die verzekerden kunnen vinden op de websites van de diverse zorgverzekeraars.

Resultaten onderzoek: transparantie laat te wensen over

Bij geen van de verzekeraars is duidelijk of de ingekochte zorg voldoet aan de zorgstandaard COPD en welke zorgverleners er precies zijn gecontracteerd. Ook is niet duidelijk hoe verzekeraars de kwaliteit controleren en welke sancties er staan op het niet nakomen van contractafspraken. Zorgverzekeraars geven als reactie dat er wel meer gedetailleerde informatie beschikbaar is, maar dat deze niet voor verzekerden toegankelijk is. De informatie die wel beschikbaar is, is moeilijk te vergelijken zowel tussen zorgverzekeraars als bij dezelfde zorgverzekeraar over de verschillende jaren.

Informatie over daadwerkelijke inkoop van zorg niet openbaar

Op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg, art. 40) zijn verzekeraars verplicht informatie voor verzekerden openbaar te maken ten aanzien van de eigenschappen van de door hen aangeboden producten en diensten. We stellen vast dat de geboden informatie vanuit het perspectief van de COPD patiënt (zwaar) onvoldoende is. Het Longfonds ging er daarnaast vanuit dat de 'Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' 2012 van de NZa, zorgverzekeraars verplicht tot het openbaar maken van contracten op de website zodra die zijn afgesloten. Het gaat hier echter, naar later is gebleken, om contracten tussen de zorgverzekeraar en verzekerde en niet om de contracten die verzekeraars met zorgverleners afsluiten.

Verzoek tot onderzoek en transparantie

Het akkoord medisch specialistische zorg 2014-2017 - waarbij niet alleen contracten op zorggroep niveau maar ook op populatieniveau kunnen worden afgesloten - maken de noodzaak van transparantie alleen maar groter. In de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2014 (p.16) staat verder:

"De zorgpolis wordt transparant: voor de verzekerde wordt tijdig duidelijk welke zorgaanbieder wél en welke niet is gecontracteerd, evenals hoeveel een verzekerde vergoed krijgt als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (aanscherping artikel 13 Zorgverzekeringswet). Tegelijkertijd maakt de zorgverzekeraar het inkoopproces inzichtelijk, zodat de zorgaanbieder weet waar hij aan toe is."

Hoewel dit zeker stappen in de goede richting zijn wordt hiermee voor de patiënt nog steeds niet duidelijk op grond van welke kwaliteitscriteria een zorgverlener wordt gecontracteerd en hoe dit wordt gecontroleerd.

In dat licht vraagt het Longfonds de Minister om de NZa opdracht te geven om, in lijn met de transparantiegedachte die aan de Wmg en de Beleidsregel ten grondslag ligt, onderzoek te doen naar de transparantie van de zorginkoop COPD en astma door zorgverzekeraars, zorggroepen (of eventuele andere juridische entiteiten) en waar nodig de 'Beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' zodanig aan te passen dat ook verzekerden in het publieke domein op eenvoudige wijze kunnen achterhalen:

- welk kwaliteitsbeleid en kwaliteitscriteria door verzekeraars bij het contracteren van de verschillende zorgsoorten gehanteerd wordt,
- hoe dit wordt gecontroleerd en welke consequenties aan het niet nakomen van de afspraken door zorgverleners worden verbonden;

Zo nodig aanpassing regelgeving

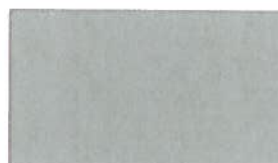
Indien een dergelijk onderzoek en/of de mogelijkheid om aan verzekerden de gewenste duidelijkheid te bieden niet mogelijk is binnen de huidige juridische kaders, dan verzoeken wij u ons dat te laten weten. Graag zouden wij dan met u en andere relevante partijen zoals de NZa, in overleg treden op welke wijze dit kan worden opgelost. Art. 40 Wmg en op basis daarvan de 'Beleidsregel informatieverstrekking zorgverzekeraars en volmachten', bieden dan immers onvoldoende garantie om de benodigde transparantie te realiseren. Dat is ook de reden waarom wij deze brief in kopie aan de NZa en Zorgverzekeraars Nederland sturen. Dit temeer nu wij in de Begroting van VWS 2014 (blz. 13) wederom hebben kunnen lezen dat alle partijen in de zorg, en ook patiënten, behoefte hebben aan en belang hebben bij accurate (financiële) informatievoorziening in de zorg.

Uiteraard zijn wij beschikbaar voor een nadere toelichting op deze brief en het onderzoek en voor verder overleg met u en andere partijen tenelnde de transparantie van informatie over inkoop van COPD- en astmazorg voor longpatiënten te verbeteren. Hiervoor kunt u contact opnemen met [redacted]@longfonds.nl, tel. [redacted].

Met vriendelijke groet,



[redacted]
Bestuurder/ algemeen directeur



[redacted]
Directeur Patiëntenvereniging

cc. NZa
Zorgverzekeraars Nederland

Gezonde longen, van levensbelang

10.2.e tenzij anders
is aangegeven.

Doc. 34

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGCZ

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	Overleg met CZ
Vergaderdatum en tijd	22 oktober 2013 16.00 tot 17.00 uur

Datum
18 oktober 2013
Kenmerk
162545-112158-Z
Zaak nummer
H:\artikel 13\34.Algemeen
2013-10-21 09_33_42Z.doc

Paraaf MT-lid Paraaf directeur

1 Aanleiding en doel overleg

Op 22 oktober heeft u op uw initiatief een gesprek met zorgverzekeraar CZ.

2 Deelnemers overleg

Namens CZ zullen [redacted], [redacted] en [redacted]
aanwezig zijn.

3 Te bespreken punten

CZ heeft aangegeven geen specifieke punten te hebben voor het overleg en
niet specifiek de behoefte hebben aan een agenda. Er is daarom geen agenda
opgesteld.

**Op verzoek van directie CZ wordt u gevraagd in elk geval het
volgende punt aan de orde te stellen:**

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek [redacted]

Overige punten die u aan de orde kunt stellen:

- Onderhandelaarsresultaat: Verloop zorgcontractering
- **Valt buiten de reikwijdte van het verzoek** [redacted]
- Art 13 en de zaak CZ-Momentum
- **Valt buiten de reikwijdte van het verzoek** [redacted]
- **Valt buiten de reikwijdte van het verzoek** [redacted]

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
162545-112158-Z

4 Advies en toelichting

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Achtergrond: valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Uw inbreng:

- valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Overige punten die u aan de orde kunt stellen:

Onderhandelaarsresultaat: Verloop zorgcontractering

CZ heeft eerder (september) gemeld dat voor wat betreft de MSZ de contracten voor 2013 grotendeels rond zijn. Voor 2014 meldde zij dat het grootste deel van de offertes nog niet binnen was. 10.2.g en 11.1

Uw inbreng:

- U kunt vragen hoe de stand van zaken rondom de zorgcontractering is op dit moment.
- Ook kunt u vragen naar de transparantie rondom zorginkoop en welke stappen CZ daarin onderneemt.

10.2.g en 11.1

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Uw inbreng:

- U valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Kenmerk
162545-112158-Z

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

ng.

Art 13 en de zaak momentum

Het wetsvoorstel verticale integratie, waarin de wijziging van art 13 Zvw is opgenomen is momenteel in behandeling bij de Tweede Kamer.

Uw inbreng:

- In dit verband is het interessant om te weten hoe zorgverzekeraar CZ zijn kansen inschat nu onlangs is besloten alsnog in cassatie te gaan tegen de beslissing van het gerechtshof van afgelopen juli. Het gerechtshof stelde toen de rechtbank in het gelijk, die op 14 maart besliste dat CZ gehouden is om aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten minste 75 procent van het NZa-tarief voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg te vergoeden. CZ wilde die vergoeding beperken tot 50 procent.

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Valt buiten

de

reikwijdte

van het

verzoek

?

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Tot slot, mogelijk komen de volgende actualiteiten aan de orde.

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

an

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
162545-112158-Z

•Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Senior Beleidsmedewerker

de **Minister** van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

DGCZ

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door

T

nota
(ter beslissing)

Kamervragen van Leijten (SP) over het bericht dat logopedisten, fysio- en ergotherapeuten flink gekort worden op hun tarieven door verzekeraars

Datum

15 november 2013

Kenmerk

162848-112206-Z

Bijlagen

2

Afschrift aan

Uw kenmerk

2013Z20204

1 Aanleiding voor deze nota

Kamerlid Leijten (SP) heeft Kamervragen gesteld over het bericht dat logopedisten, fysio- en ergotherapeuten flink gekort worden op hun tarieven door verzekeraars. Bijgaand treft u een reactie op deze vragen aan.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

Indien u akkoord bent met de reactie wordt u gevraagd deze aan de Kamer te doen toekomen.

3 Samenvatting en conclusies

In de Volkskrant van 18 oktober heeft een bericht gestaan (bijlage) over het feit dat grote zorgverzekeraars per 2014 vrijgevestigde fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten flink korten op hun tarieven en dat zorgaanbieders niets anders kunnen dan "te tekenen bij het kruisje". In uw reactie geeft u aan dat er voor vrijgevestigde eerstelijns fysiotherapeuten en ergotherapeuten vrije tarieven gelden en voor logopedisten maximum tarieven. Dit betekent dat tussen zorgaanbieder en verzekeraar over het tarief onderhandeld kan worden en dat zorgverzekeraars indien er sprake is van een maximum tarief ook hieronder kunnen gaan zitten. Het is de rol van de zorgverzekeraar om doelmatig zorg in te kopen. Daarbij gaat het in het stelsel niet om de bescherming van de zorgaanbieder, maar om het feit dat er betaalbare zorg aan de verzekerde patiënt wordt geleverd tegen goede kwaliteit. In de antwoorden is ook verwezen naar de 'rondgang samenwerkingen', in deze bijeenkomsten kunnen partijen uit het veld rechtstreeks vertellen aan de NZa en ACM tegen welke belemmeringen zij aanlopen, terwijl de marktmeesters veldpartijen informeren over waar zij in hun toezicht op letten.

4 Draagvlak politiek

Steeds vaker zijn er geluiden dat kleine zorgaanbieders te lijden hebben onder de macht van de grote zorgverzekeraars. Ook in relatie tot de wijziging van art 13 Zvw zijn hier zorgen over (vanuit de SGP bijvoorbeeld), kleine

aanbieders zijn 'bang' geen contracten te krijgen en door de mogelijkheid van verzekeraars om geen of lage vergoeding vast te stellen voor niet-gecontracteerde zorg geen bestaansrecht meer te hebben. Zoals gezegd is het stelsel er niet op gericht de aanbieder te beschermen. Daarnaast zal een zorgverzekeraar doorgaans bereid zijn in te gaan op een kwalitatief onderscheidend aanbod dat aansluit op de vraag. Immers de zorgverzekeraar moet op zijn beurt weer rekening houden met de mogelijkheid dat verzekerden stemmen met de voeten.

**Directie
Zorgverzekeringen**

Kenmerk
162848-112206-Z

5 Draagvlak maatschappelijk
N.v.t.

6 Financiële en personele gevolgen
N.v.t.

7 Juridische haalbaarheid
N.v.t.

8 Interne afstemming
De reactie is afgestemd met directies CZ en MC.

9 Gevolgen administratieve lasten
N.v.t.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Ontworpen door

Senior Beleidsmedewerker

T 070-
@minvws.nl

Datum
18 november 2013

Kenmerk
174111-113763-Z

Zaaknummer
\\SSCDATA02.frd.shsdir.nl\LT
_27032\$\Downloads\Nota ter
info amendement
Bouwmeester art 13
Zvw.docx

nota

(ter informatie)

Paraaf directeur

Paraaf WJZ

Paraaf DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

Kamerlid Bouwmeester heeft aangekondigd op 19 november 2013 een amendement in te dienen op het wetsvoorstel waarin het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het nieuwe artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geregeld (Kamerstukken 33 362).

2 Samenvatting en conclusies

Het amendement (bijlage 1) van de PvdA regelt dat de zorgverzekeraars zes weken voor het nieuwe kalenderjaar niet alleen hun gecontracteerde zorgaanbieders bekend maken (dat staat al in het wetsvoorstel) maar ook de verschillen ten op zichte van het lopende kalenderjaar.

Er is eerder om technische bijstand bij de formulering van het amendement gevraagd en die heeft WJZ geleverd (hierover bent u in september per nota geïnformeerd, bijlage 2).

10.2.g en 11.1

Zorgverzekeraars zijn in feite reeds verplicht om informatie over wijzigingen in hun zorgverzekering en aanvullende verzekering aan hun verzekerden te verstrekken. Dit is door de NZa geregeld in het Richtsnoer informatieversteking van de NZa (bijlage 3), waarmee de NZa invulling geeft aan het toezicht op art 40 lid 1 tot en met 3 van de WMG (bijlage 4). Op die manier wordt dus al in feite invulling gegeven aan het voorstel van Kamerlid Bouwmeester. Met haar amendement wordt dit echter wettelijk verankerd in art. 13 van de Zorgverzekeringswet.

3 Belangrijkste punten van informatie

Kamerlid Bouwmeester is voornemens het amendement op 19 november in te dienen, vanwege de symbolische waarde van die datum.

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
174111-113763-Z

Het amendement van de PvdA regelt dat in de Zorgverzekeringswet wordt vastgelegd dat zorgverzekeraars zes weken voor het nieuwe kalenderjaar niet alleen hun gecontracteerde zorgaanbieders bekend maken (dat staat al in het wetsvoorstel) maar ook de verschillen ten op zichte van het lopende kalenderjaar.

Op dit moment is het nog niet bij wet (Zvw of WMG) verplicht dat zorgverzekeraars verschillen in hun polis ten opzichte van het vorige kalenderjaar inzichtelijk moeten maken.

Transparantie bepalingen in de WMG

Wel zijn er transparantie bepalingen in de WMG opgenomen. Zo is in art 40 lid 1 tot en met lid 3 van de WMG geregeld dat zorgverzekeraars informatie over de door hun aangeboden producten en diensten op zodanige wijze bekend moet maken dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten.

Het richtsnoer informatieverstrekking

De NZa geeft via het richtsnoer informatieverstrekking invulling aan art 40. Het richtsnoer geeft aan welke informatie zorgverzekeraars aan consumenten moeten verstrekken. Daarbij gaat het om aspecten zoals de premiehoogte en opzegmogelijkheden, maar ook over welk zorgaanbod is gecontracteerd en vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg.

Ook is in de richtsnoer (onderdeel 4) opgenomen dat zorgverzekeraars hun verzekerden moeten informeren over wijzigingen in de zorgverzekering en aanvullende verzekering (via de website of prolongatiebericht):

“Het is van belang dat de verzekerde tijdig op de hoogte wordt gebracht van de wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering (niet alleen bij prolongatie van de verzekering). Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden dienen geïnformeerd te zijn over alle wijzigingen in zowel de zorg- als aanvullende verzekering.”

Toezicht door de NZa

De NZa houdt toezicht op art 40 van de WMG en dus ook op de naleving van het Richtsnoer. Via een door de NZa opgestelde “self assessment” moeten zorgverzekeraars nagaan of ze voldoen aan het Richtsnoer. Verzekeraars zijn verplicht de self assessment bij de NZa aan te leveren en de NZa gebruikt het self assessment bij haar toezicht op art 40 lid 1 tot en met lid 3 WMG. De NZa beoordeelt de self assessments en kan steekproefsgewijze controles uitvoeren. De NZa kan handhavend optreden als blijkt dat verzekeraars het richtsnoer niet naleven (geven van een aanwijzing, opleggen last onder dwangsom, opleggen bestuurlijke boete, het ter openbare kennis brengen (naming and shaming)).

Voorstel voor woordvoeringslijn Minister

- 10.2.g en 11.1

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk
174111-113763-Z

Senior Beleidsmedewerker

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGCZ

DGCZ

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door

Projectleider

T 07C

M 06-

@minvws.nl

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	PO DGCZ-DZN donderdag 21 november 2013
Vergaderdatum en tijd	21 november 2013 : 8.30 - 9.30 uur
Vergaderplaats	VWS

Datum

19 november 2013

Kenmerk

175042-113864-Z

Bijlage(n)

3

Paraaf directeur Z

1 Aanleiding en doel overleg

Het betreft het periodiek overleg met de Directeur van ZN, Pieter Hasekamp.
Vorig overleg ging in verband met de begrotingsbehandeling niet door.

2 Deelnemers overleg

ZN: en

VWS: , en

3 Te bespreken punten

Vooroverleg over de geannoteerde agenda heeft afgelopen maandag plaatsgevonden. Ten opzichte van deze voorbespreking zijn twee punten gewijzigd:

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

4 Advies en toelichting

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
175042-113864-Z

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Wat betreft artikel 13: 10.2.g en 11.1

Advies:

10.2.g en 11.1

Agendapunt 9 valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
175042-113864-Z

Projectleider

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

memo

Aanleiding

Op 5 november jl. heeft Marianne Vaes, hoofd afdeling Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de permanente vertegenwoordiging aan de Europese Unie, tijdens een informele lunch met de heer Martin Seychell (plv. DG SANCO) het verzoek gekregen om een technisch overleg in te plannen. **Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.**

Bovendien heeft een lid van het Europees Parlement Ria Oomen (CDA) de Europese Commissie (hierna: SANCO) vragen gesteld die ingaan op de gevolgen van het vrij verkeer van patiënten door mogelijke wijzigingen van de Zvw (in het bijzonder de wijziging van artikel 13) (bijlage a). In het licht daarvan wil SANCO geïnformeerd worden over de redenen en redeneringen van Nederland over de voorgenomen wijzigingen, om de vragen van het Europees Parlement te kunnen beantwoorden.

Doel

Het doel van het technisch overleg is SANCO te informeren over de implementatie van de Patiëntenrichtlijn. Daarenboven zal SANCO ook worden geïnformeerd over de wijziging van artikel 13 Zvw en de onderbouwing dat deze wijziging Europeesrechtelijk houdbaar is.

Samenvatting

In het onderstaande wordt ingegaan op twee onderwerpen 1) de implementatie van de Patiëntenrichtlijn en 2) de wijziging van artikel 13 Zvw.

1. Implementatie van de Patiëntenrichtlijn

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

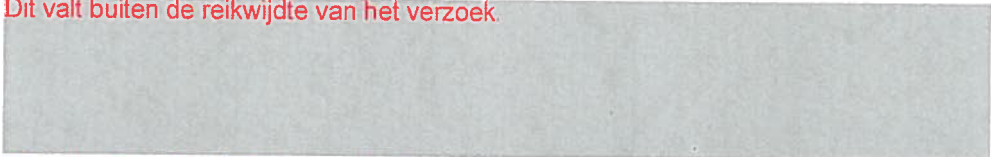
T 070-
@minvws.nl

Beleidsmedewerker

T 070-
M +31(
F 070-
@minvws.nl

Aantal pagina's
9

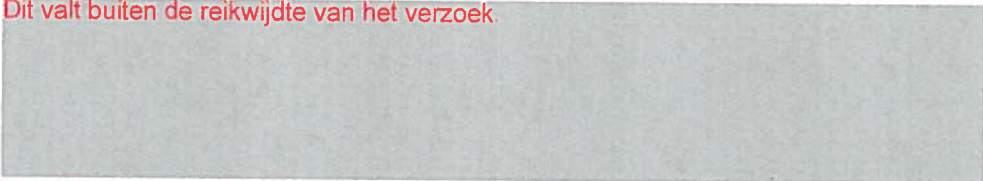
Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

A large rectangular area of the document is redacted with a solid grey block.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

A rectangular area of the document is redacted with a solid grey block.

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

A large rectangular area of the document is redacted with a solid grey block.

2. Wijziging Artikel 13 Zvw

Achtergrond:

De zorgverzekering of basisverzekering, die per 1-1-2006 van kracht is, is een verplichte ziektekostenverzekering voor ingezetenen van [Nederland](#). De zorgverzekering dekt noodzakelijke, op genezing gerichte, zorg. De overheid stelt het basispakket vast. Als model is gekozen voor een sturing door onderling concurrerende zorgverzekeraars, waarbij een aantal publieke randvoorwaarden van toepassing zijn:

- De acceptatieplicht: De verzekeraar is verplicht iedereen voor de basisverzekering te accepteren. De verzekerde kan elk jaar overstappen naar een andere verzekeraar.
- Er geldt een verbod op premiedifferentiatie, er mag niet op basis van persoonskenmerken (zoals geslacht, leeftijd) gedifferentieerd worden in de premie.
- Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die op verschillende manieren kan worden ingevuld: verzekeren in natura, verzekeren op basis van restitutie of verzekeren in een mengvorm van natura en restitutie.

Deze (gereguleerde) concurrentie komt het best tot stand als een zorgverzekeraar zorg inkoopt bij zorgaanbieders en in het kader daarvan met die aanbieders afspraken maakt over prijs en kwaliteit van de zorg, om vervolgens zijn verzekerden juist naar die zorg te kunnen sturen. Oftewel via een naturaverzekering kan de zorgverzekeraar het beste sturen op de betaalbaarheid van de zorg.

De keuzevrijheid van de verzekerde met een naturapolis is (oa) geborgd via het huidige art 13 Zvw. Het huidige artikel 13 Zvw maakt het voor zorgverzekeraars al mogelijk om zelf de vergoeding vast te stellen ingeval een verzekerde met een naturapolis ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Daarbij is wel – in de memorie van toelichting bij de Zvw – opgenomen dat de vergoeding niet zodanig laag mag worden vastgesteld dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, omdat dit zou kunnen leiden tot een belemmering van het vrij verkeer van diensten. Het hinderpaalcriterium vloeide voort uit het arrest Müller-Fauré/Van Riet. Aangezien de wetgever de Nederlandse zorgaanbieders niet wilde achterstellen bij buitenlandse, is in de memorie van toelichting op de Zvw aangegeven dat deze ondergrens voor de vergoeding ook voor zorg van in Nederland opererende zorgaanbieders diende te gelden.

Inmiddels is de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie op het terrein van grensoverschrijdende zorg gecodificeerd – en veralgemeniseerd – in de Patiëntenrichtlijn. In de Patiëntenrichtlijn is bepaald dat de vergoeding van zorg in het buitenland gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die daarvoor in Nederland zou worden gegeven. Dit heeft de mogelijkheid geopend om het hinderpaalcriterium los te laten.

Voorgestelde wijziging artikel 13

De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw is meegenomen in het wetsvoorstel betreffende het verbod op verticale integratie en wordt binnenkort geagendeerd voor plenaire behandeling in de Tweede Kamer. Deze wijziging expliciteert de

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

vrijheid aan zorgverzekeraars om, ingeval een verzekerde met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, de mate van vergoeding vast te stellen zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met het hinderpaalcriterium. Dit kan betekenen dat een zorgverzekeraar de vergoeding op nihil kan vaststellen.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

Met de wijziging van artikel 13 Zvw wordt de rol van de zorgverzekeraar als zorginkoper versterkt doordat deze als gevolg van de wijziging meer in kan zetten op de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Door de toenemende transparantie in de zorg kan ook selectiever worden ingekocht. Daarnaast is de risicodragendheid van zorgverzekeraars toegenomen, zodat zij er een groter belang bij hebben gekregen dat hun naturaverzekerden ook daadwerkelijk zoveel mogelijk naar door hen gecontracteerde zorgaanbieders gaan.

Het gaat erom de randvoorwaarden voor de werking van het concept van geregleerde concurrentie te optimaliseren. Zoals aangegeven komt deze (geregleerde) concurrentie het best tot stand als een zorgverzekeraar zorg inkoopt bij zorgaanbieders en in het kader daarvan met die aanbieders afspraken maakt over prijs en kwaliteit van de zorg, om vervolgens zijn verzekerden juist naar die zorg te kunnen sturen. Daarmee strookt niet dat een zorgverzekeraar vervolgens de volledige rekening van een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder moet vergoeden. Daardoor is de premie niet zo laag als hij kan zijn voor een volledige naturapolis. Het wegnemen van de onduidelijkheid over het hinderpaalcriterium is daar een onderdeel van.

Het gaat in eerste instantie om het optimaliseren van de prikkels in het gekozen sturingsconcept van geregleerde concurrentie, met de bedoeling dat dit concept niet alleen leidt tot kostenbeheersing maar ook tot verbetering van de product vernieuwing en klantgerichtheid evenals efficiënte en kwalitatief goede zorg en dienstverlening van de zorgaanbieder.

Met de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw worden de prikkels om te komen tot kwalitatief goede, vernieuwende, doelmatige en vraaggerichte zorg op drie punten versterkt:

- Allereerst wordt verzekeraars duidelijkheid geboden: ze zijn vrij om, ingeval de zorg in natura is verzekerd, wel of geen vergoeding in de polis op te nemen in het geval de verzekerde naar een aanbieder gaat die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd. Beter dan nu kunnen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders daarmee buiten de deur houden.
- Een tweede versterking van de prikkel is dat de naturaverzekeraars eerder duidelijk maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar. In het voorstel wordt geregeld dat zorgverzekeraars voor de zorg die in natura is verzekerd zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) moeten publiceren met welke aanbieders in het volgende verzekeringsjaar contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet, dan heeft een verzekerde die in dat jaar naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Op deze wijze kunnen verzekerden beter dan nu daadwerkelijk meesturen op basis van de (kwaliteit van de) gecontracteerde zorg. Als het gebodene ze niet bevalt, kunnen ze immers nog overstappen naar een andere verzekeraar.
- De derde prikkelversterking is ondersteunend aan de voorgaande twee. Met

het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Als de voorliggende wijziging wordt aangenomen kan alleen voor in natura verzekerde zorg minder dan het in Nederland gebruikelijke marktconforme tarief worden vergoed voor niet-gecontracteerde zorg. Er zijn op dit moment restitutieverzekeraars die "restitutie met gecontracteerde zorg" aanbieden, waaraan ze vervolgens een lagere vergoeding kunnen koppelen als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Die mogelijkheid verdwijnt in het wijzigingsvoorstel; als de zorg is verzekerd op basis van restitutie — binnen een polis kunnen natura en restitutie gewoon naast elkaar voorkomen — heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

Het wetsvoorstel voorziet in vier situaties waarin de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg niet mag worden beperkt:

- 1) het betrof acute zorg;
- 2) de zorgverzekeraar heeft te weinig zorgaanbieders gecontracteerd waardoor het niet aan de zorgplicht kon voldoen;
- 3) een zorgcontract eindigde op het moment waarop een naturaverzekerde bij die aanbieder in behandeling was;
- 4) als de verzekerde met een naturapolis zes weken voor 1 januari van het kalenderjaar waarin de zorg is afgenomen niet had kunnen weten dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd.

Europeesrechtelijke aspecten

De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw vormt een belemmering voor patiënten om zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (in binnen- of buitenland) in te roepen en kan een belemmering vormen voor buitenlandse zorgaanbieders om zorg aan te bieden aan Nederlandse verzekerden.

Voor SANCO 10.2.g en 11.1 :

- I. hoe het Nederlandse zorgstelsel op dit punt in elkaar zit (keuze uit verschillende polissen, ratio van de voorgenomen wijziging);
- II. in welke (beperkte) gevallen de situatie van een belemmering van het vrije verkeer zich daadwerkelijk kan voordoen;
- III. dat deze voorgestelde wijziging in overeenstemming is met de Patiëntenrichtlijn.

Hieronder wordt op deze elementen ingegaan.

I. Werking Nederlandse zorgstelsel

Allereerst is het belangrijk te benadrukken dat Nederland een keuzestelsel kent. Ieder jaar krijgen verzekeringsplichtigen de mogelijkheid om een keuze te maken voor een zorgverzekeraar en het soort polis. Zorgverzekeraars bieden natura- en restitutiepolissen aan of een combinatie van beiden. Zodra een verzekerde een keuze voor een polis heeft gemaakt, gaat deze een privaatrechtelijke overeenkomst voor één jaar aan met de zorgverzekeraar. Een verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg in natura. Een verzekerde met een restitutiepolis heeft recht op een vergoeding van zorg ter hoogte van het Nederlandse marktconforme bedrag, ongeacht of de zorg door zijn verzekeraar is gecontracteerd of niet.

Een verzekerde die voor een naturapolis kiest (en daarmee doorgaans voor een

lagere nominale premie omdat de verzekeraar heeft kunnen sturen op prijs en kwaliteit), committeert zich aan het gecontracteerde zorgaanbod zowel intra- als extramurale zorg) door de zorgverzekeraar. Met de keuze voor een naturapolis wordt het de verzekerde 'makkelijk' gemaakt omdat hij kan kiezen uit zorgaanbieders die door zijn zorgverzekeraar zijn gecontracteerd op basis van prijs en kwaliteit.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

Anders dan de verzekerde, beschikt de zorgverzekeraar over kwaliteits- en prijsgegevens van zorgaanbieders op basis waarvan deze kan bepalen of een contract wel of niet opportuun is. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg en hierdoor kan de naturaverzekeraar zijn premie doorgaans lager vaststellen dan een restitutieverzekeraar die niet op basis van kwaliteit en prijs contracteert. Bij de zorginkoop door de naturaverzekeraar wordt de zorgvraag van verzekerden in acht genomen, met daarbij altijd de kwaliteit (en prijs) van de zorg in het vizier. De verzekerde kan immers 'stemmen met de voeten' mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet bevallen. Zo wordt er bijvoorbeeld rekening gehouden met het feit dat verzekerden zorg in het buitenland willen en zijn er praktijkvoorbeelden waarbij Nederlandse zorgverzekeraars zorgaanbieders in andere Europese lidstaten contracteren. Met name met zorgaanbieders in de aangrenzende landen worden contractafspraken gemaakt, omdat het voor verzekerden die in de grensgebieden wonen vaak qua afstand dichterbij is om naar een zorgaanbieder in België en Duitsland te gaan dan in Nederland.

Ondanks de contractuele verbintenis bij een naturapolis dat gebruik dient te worden gemaakt van gecontracteerde zorg, blijft het voor een verzekerde op grond van de Zvw (art 13) altijd mogelijk om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Het is dan wel aan de zorgverzekeraar om te bepalen welk deel van de gemaakte kosten wordt vergoed. Er wordt immers inbreuk gemaakt op de private contractuele verplichting door naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Daarnaast heeft de verzekeraar geen afspraken kunnen maken over de prijs of kwaliteit van zorg, wat eerder zou kunnen leiden tot ondoelmatige en duurdere zorg.

De verzekeraar kan op grond van het gewijzigde artikel 13 Zvw zelf bepalen wat de vergoeding is voor niet-gecontracteerde zorg en ook bepalen dat hij geen vergoeding geeft voor niet-gecontracteerde zorg. Daarmee komt een einde aan de naar het oordeel van de Nederlandse regering onwenselijke situatie, waarbij men ervoor kan kiezen een (doorgaans goedkopere) naturaverzekering af te sluiten en vervolgens zonder aanmerkelijke consequenties toch gebruik kan maken van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt. Zorgverzekeraars kunnen op die manier ook, beter dan nu vergoeding van zorg door kwalitatief ondermaatse of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur houden.

II. Wanneer doet de situatie van een belemmering van het vrije verkeer zich voor

10.2.g en 11.1

De situatie van een belemmering van het vrij verkeer doet zich alleen voor indien, cumulatief, is voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. Een verzekerde heeft ervoor gekozen om een naturapolis af te sluiten;
2. Er ontstaat een zorgbehoefte en de verzekerde wil, ondanks zijn contract met de zorgverzekeraar en alle door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, toch gebruik maken van een zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat met wie zijn zorgverzekeraar geen overeenkomst geeft gesloten;
3. De verzekerde ziet hiervan af uit vrees dat hij niet de gehele kosten vergoed krijgt door zijn zorgverzekeraar. Hij laat daarbij na bij zijn zorgverzekeraar te informeren welke mogelijkheden er wel zijn (bijv. een overeenkomst ten behoeve van deze behandeling, toestemming vragen op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening).

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

10.2.g en 11.1

III. Wijziging in overeenstemming met de Patiëntenrichtlijn

Nederland heeft de jurisprudentie met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en de Patiëntenrichtlijn in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerd. Op dit moment hebben Zvw-verzekerden de mogelijkheid om de zorg die deel uitmaakt van het verzekerde pakket in te roepen bij elke zorgaanbieder ter wereld waarbij maximaal het Nederlandse marktconforme tarief wordt vergoed. Ook nu al kan een zorgverzekeraar op basis van art 13 Zvw een beperkte vergoeding geven indien een naturaverzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Indien de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw door het parlement wordt aangenomen is de Nederlandse wetgeving nog steeds in overeenstemming met de Patiëntenrichtlijn; de Zvw voorziet dan immers nog steeds in de mogelijkheid om zorg in te roepen bij een zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat. Alleen in geval de verzekerde ervoor kiest een naturapolis af te sluiten heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de vergoeding van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te beperken of geen vergoeding te geven. Deze mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar ongeacht of de niet-gecontracteerde zorgaanbieder zich in Nederland of daarbuiten bevindt. De Patiëntenrichtlijn bepaalt dat een in het buitenland ontvangen behandeling wordt vergoed tot het bedrag dat zou worden vergoed indien de behandeling in de lidstaat van verzekering was verleend. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet daar niet aan af. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Er is derhalve geen sprake van ongelijke behandeling. Die ongelijke behandeling zou wel ontstaan indien de vergoeding van zorg die is ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland gelijk moet zijn aan de vergoeding van zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Dit zou zelfs tot het effect kunnen leiden dat verzekerden eerder

kiezen voor zorg in het buitenland dan in Nederland.

Met betrekking tot de keuzevrijheid van de verzekerde/patient wordt opgemerkt dat deze door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw in zoverre wordt beperkt dat de naturaverzekerden meer kunnen worden geprikkeld om zorg te genieten van gecontracteerde zorgaanbieders en minder snel zorg zullen genieten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars kunnen immers in de modelovereenkomst bij hun naturaverzekeringen de hoogte vaststellen van vergoeding voor zorg genoten bij niet gecontracteerde zorgaanbieders.

De keuzevrijheid van de verzekerde is voldoende geborgd:

- De verzekerde kan kiezen voor een natura of restitutiepolis, of een mixvorm daarvan.
- Vanwege de zorgplicht moeten natura verzekeraars 'voldoende contracteren'. Dat wil in de huidige praktijk zeggen dat ze niet zullen kunnen volstaan met het contracteren van één aanbieder per zorgvorm. De verzekerden kunnen daarom altijd uit een aantal zorgaanbieders kiezen.
- Door de acceptatieplicht kunnen verzekerden bovendien jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar, zodat ze, ervan uitgaand dat de nieuwe zorgverzekeraars niet precies dezelfde aanbieders heeft gecontracteerd, vervolgens weer een keuze uit andere zorgaanbieders hebben.
- Met dit wetsvoorstel wordt expliciet geregeld dat zorgverzekeraars zes weken voor het einde van het kalenderjaar bekend maken met welke zorgaanbieders zij een contract hebben afgesloten. Op basis van deze informatie kunnen verzekerden voorafgaand aan het jaar goed geïnformeerd hun keuze voor een zorgverzekering maken: een naturaverzekering met van tevoren bekende zorgaanbieders, een restitutiepolis voor wie maximale keuzevrijheid wil, of een mengvorm van beiden.
- Met het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Als de voorliggende wijziging wordt aangenomen kan alleen voor in natura verzekerde zorg minder dan het in Nederland gebruikelijke marktconforme tarief worden vergoed voor niet-gecontracteerde zorg. Er zijn op dit moment restitutieverzekeraars die "restitutie met gecontracteerde zorg" aanbieden, waaraan ze vervolgens een lagere vergoeding kunnen koppelen als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Die mogelijkheid verdwijnt in het wijzigingsvoorstel; als de zorg is verzekerd op basis van restitutie — binnen een polis kunnen natura en restitutie gewoon naast elkaar voorkomen — heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding.

Met dit wetsvoorstel wordt aan de keuze voor een – doorgaans goedkopere - naturaverzekering vervolgens het gevolg verbonden dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg fors lager kan zijn.

Daarmee komt een einde aan de naar het oordeel van Nederland onwenselijke situatie, waarbij men ervoor kan kiezen een naturaverzekering af te sluiten en vervolgens zonder aanmerkelijke consequenties toch gebruik kan maken van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat deze maatregel minder inbreuk maakt op het vrij verkeer van diensten dan het door de Patiëntenrichtlijn toegestane systeem

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt

van voorafgaande toestemming bij intramurale zorg. Immers, alle Nederlandse verzekerden kunnen gebruik maken van zorgaanbieders in andere EU-lidstaten. Slechts bij naturaverzekerden die gebruik willen maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat bestaat de kans dat de vergoeding lager is. Maar indien de zorgverzekeraar te weinig zorgaanbod heeft gecontracteerd (in de jurisprudentie van het Hof: als de behandeling niet tijdig in eigen land kan worden gegeven) is de zorgverzekeraar gehouden de volledige kosten te vergoeden.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

**Directie
Zorgverzekeringen**
Cluster Internationaal en
Cluster Verzekeringsmarkt


Beleidsmedewerker


Senior Beleidsmedewerker

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
6 januari 2014

Kenmerk
188100-115922-Z

Zaaknummer
H:\artikel 13\55.Algemeen
2014-01-06 16_42_10.docx

nota

(ter informatie) Aanvulling tafeldossier wetsvoorstel Verticale
Integratie/art 13 Zvw

Paraaf directeur Z

Paraaf directeur MC

DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

Bijgaand treft u twee bijlagen aan die behoren bij het tafeldossier over het wetsvoorstel Verticale Integratie / Art 13 Zvw, dat u afgelopen vrijdag (3 januari 2013) heeft ontvangen. Het betreft de spreektekst en de definitieve Q&A's voor art 13 Zvw. Deze zouden conform afspraak aan u nagezonden worden. Tevens zijn voor de volledigheid nogmaals als bijlagen de twee nota's die u voor het kerstreces ontving bijgevoegd:

- De nota voor het overleg met de Europese Commissie
- De nota met opties om de positie van kleine aanbieders te verstevigen.

2 Belangrijkste punten van informatie

Zodra het plenaire debat gepland is ontvangt u een aanvullend dossier, met daarin:

- De amendementen die op dat moment ingediend zijn mbt het wetsvoorstel.
- Zonodig aanvullende Q&A's.

[redacted]
Senior Beleidsmedewerker

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Zorginkoop
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
24 april 2014

Kenmerk
225886-116251-Z

Zaaknummer
H:\artikel 13\60.Nota ter
beslissing brief gegarandeerd
recht op zorg.docxdocx

nota

(ter beslissing) Brief TK toezegging gegarandeerd recht op zorg bij
gecontracteerde zorgaanbieders.

Paraaf MTld Z

Paraaf DZ

Paraaf MC

Paraaf DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

- Bijgaand treft u een brief aan voor de Tweede Kamer naar aanleiding van uw toezegging tijdens het AO Zvw op 4 december 2013 dat u de Kamer nader zou informeren over de vraag of een verzekerde gegarandeerd recht heeft op zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder
- U heeft eerder de lijn aangegeven dat het wat u betreft acceptabel is als patiënten na het bereiken van een omzetplafond niet bij de gecontracteerde aanbieder terecht kunnen, onder de voorwaarde dat dit voldoende helder wordt gecommuniceerd door de verzekeraar. Deze lijn is in bijgevoegde conceptbrief uitgewerkt.
- valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[redacted]
[redacted]

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

U wordt gevraagd uw akkoord te geven op de inhoud van de brief, deze te ondertekenen en aan de TK te versturen.

3 Samenvatting en conclusies

- Tijdens het AO Zvw op 4 december 2013 is de vraag gesteld of de zorgverzekeraar de verzekerde moet garanderen dat hij bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan, ook indien een eventueel (omzet)plafond is bereikt.
- Dit gezien het feit dat de naturaverzekerde er bij de poliskeuze vanuit gaat dat hij bij de gecontracteerde aanbieder(s) (die op de website van de verzekeraar staan vermeld) terecht kan.
- Tevens is gevraagd hoe de positie van de patiënt versterkt kan worden in dergelijke situaties.

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Zorginkoop

Kenmerk

- Omzetplafonds op microniveau (tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder) bij gecontracteerde zorg zijn wettelijk mogelijk, dergelijke volumeafspraken kunnen bijdragen aan de macrokostenbeheersing in de zorg, zoals afgesproken in de bestuurlijke akkoorden. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde niet altijd bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan. Transparantie hierover is echter een belangrijke voorwaarde.
- De volgende lijn wordt aangehouden in de brief:
 - een verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg, maar in de wetgeving is niet bepaald dat een verzekerde recht heeft op zorg bij een bepaalde aanbieder.
 - het kan dus voorkomen dat een naturaverzekerde niet altijd bij de gecontracteerde aanbieder van zijn keuze terecht kan, maar bemiddeld wordt naar een andere gecontracteerde aanbieder.

10.2.g en 11.1

- U roept verzekeraars en aanbieders op om tijdig afspraken te maken indien een plafond bereikt dreigt te worden, zodat patiënten hier zo min mogelijk hinder van ondervinden.
- Tevens roept u verzekeraars op om creatief te zoeken naar andere vormen van contractering om problemen rondom omzetplafonds te voorkomen.
- Verder geeft u aan dat u de positie van de patiënt versterkt door verzekeraars nog transparanter te laten communiceren over waar een verzekerde recht op heeft. De zorgverzekeraar zal transparanter moeten zijn over de inhoud van de polis en het feit dat ondanks dat een aanbieder is gecontracteerd, het mogelijk is dat de aanbieder geen financiële ruimte meer heeft patiënten te behandelen. 10.2.g en 11.1
- Tevens verwijst u in de brief naar de rondgang samenwerking en mededingen in de curatieve zorg, waarin vanuit aanbieders het thema omzetplafonds aan de orde is gesteld. U geeft aan hierover, zoals toegezegd, een brief aan de TK te sturen waarin hierop nader wordt ingegaan.

10.2.g en 11.1

Aandachtspunten:

- 10.2.g en 11.1

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Zorginkoop
Kenmerk

- valt buiten de reikwijdte [redacted]
- valt buiten de reikwijdte van het verzoek [redacted]
- valt buiten de reikwijdte van het verzoek [redacted]

4 Draagvlak politiek

De PvdA heeft gevraagd om duidelijkheid rondom de vraag of er sprake is van gegarandeerd recht op zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders.

5 Draagvlak maatschappelijk

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- valt buiten de reikwijdte van het verzoek [redacted]

6 Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7 Juridische haalbaarheid
N.v.t.

8 Interne afstemming
De brief is afgestemd met MC, CZ en de NZa.

9 Gevolgen administratieve lasten
N.v.t.

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Zorginkoop

Kenmerk


Senior Beleidsmedewerker

Bijlage 1 De Zorgverzekeringswet en art 13

De Nederlandse Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekering is een verplichte ziektekostenverzekering voor ingezetenen van Nederland. De zorgverzekering dekt noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. De overheid stelt het basispakket vast. Als model is gekozen voor een sturing door onderling concurrerende zorgverzekeraars, waarop een aantal publieke randvoorwaarden (kroonjuwelen) van toepassing zijn:

- De acceptatieplicht: De verzekeraar is verplicht iedereen te accepteren. De verzekerde kan elk jaar overstappen naar een andere verzekeraar dan wel polis.
- Er geldt een verbod op premiedifferentiatie, er mag niet op basis van persoonskenmerken (zoals geslacht, leeftijd) gedifferentieerd worden in de premie.
- Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die op verschillende manieren kan worden ingevuld:
 - o Een naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg
 - o Een restitutiepolis: verzekerde heeft recht op een vergoeding van zorg ter hoogte van het Nederlandse marktconforme bedrag, ongeacht of de zorg door zijn verzekeraar is gecontracteerd of niet.
 - o Een combinatiepolis (combinatie van natura- en restitutie).

Een verzekerde die voor een naturapolis kiest, committeert zich aan het gecontracteerde zorgaanbod (voor zowel intra- als extramurale zorg) door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beschikt over kwaliteits- en prijsgegevens van zorgaanbieders op basis waarvan deze kan bepalen of een contract opportuun is. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg en hierdoor kan de naturaverzekeraar zijn premie doorgaans lager vaststellen dan een restitutieverzekeraar die niet op basis van kwaliteit en prijs contracteert.

Bij de zorginkoop door de naturaverzekeraar wordt de zorgvraag van verzekerden in acht genomen, de verzekerde kan immers 'stemmen met de voeten' mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet bevallen. Met andere woorden de (gereguleerde) concurrentie komt het best tot stand via de naturaverzekering.

Huidige Art 13 Zvw

Ondanks de contractuele verbintenis bij een naturapolis dat gebruik dient te worden gemaakt van gecontracteerde zorg, blijft het voor een verzekerde op grond van de Zvw (art 13) altijd mogelijk om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Het is dan wel aan de zorgverzekeraar om te bepalen welk deel van de gemaakte kosten wordt vergoed. Er wordt immers inbreuk gemaakt op de private contractuele verplichting door naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Daarnaast heeft de verzekeraar geen afspraken kunnen maken over de prijs of kwaliteit van zorg, wat eerder zou kunnen leiden tot ondoelmatige en duurdere zorg.

Momenteel mag de vergoeding niet zodanig laag worden vastgesteld dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De wetgever wilde destijds de mogelijkheden om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan niet te zeer inperken. In de jaren daarop is evenwel gebleken dat dit ertoe leidde dat het nuttig effect van zorginkoop hierdoor wordt gefrustreerd.

Wijziging art 13 Zvw

De regering wenst thans een einde te maken aan de onwenselijke situatie, waarbij men ervoor kan kiezen een (doorgaans goedkopere) naturaverzekering af te sluiten en vervolgens zonder aanmerkelijke consequenties toch gebruik kan maken van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt. In de Patiëntenrichtlijn is bepaald dat de vergoeding van zorg in het buitenland gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die daarvoor in Nederland zou worden gegeven. De regering ziet hierin een mogelijkheid wettelijk te regelen dat de verzekeraar op grond van het gewijzigde artikel 13 Zvw zelf kan bepalen wat de vergoeding is voor niet-gecontracteerde zorg en ook kan bepalen dat hij geen vergoeding geeft voor niet-gecontracteerde

zorg. De zorgaanbieder dient dat toe te passen, ongeacht waar de zorg in ingeroepen: binnen Nederland of elders binnen de EU.

Met de wijziging van artikel 13 Zvw wordt de rol van de zorgverzekeraar als zorginkoper versterkt:

- Verzekeraars wordt duidelijkheid geboden: ze zijn vrij om wel of geen vergoeding in de naturapolis op te nemen in geval van niet-gecontracteerde zorg. Beter dan nu kunnen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur houden.
- Een tweede versterking is dat de naturaverzekeraars eerder duidelijk maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar. Naturazorgverzekeraars moeten zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) publiceren met welke aanbieders in het volgende verzekeringsjaar contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet, dan heeft een verzekerde die in dat jaar naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten.
- Met het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Art 13 kan niet langer worden toegepast op de restitutiepolis, als de zorg is verzekerd op basis van restitutie heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding.

Het wetsvoorstel voorziet in vier situaties waarin de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij naturapolissen niet mag worden beperkt:

- 1) acute zorg;
- 2) de zorgverzekeraar heeft te weinig zorgaanbieders gecontracteerd waardoor het niet aan de zorgplicht kon voldoen;
- 3) een zorgcontract eindigde op het moment waarop een naturaverzekerde bij die aanbieder in behandeling was;
- 4) als de verzekerde met een naturapolis zes weken voorafgaand het nieuwe verzekeringsjaar niet had kunnen weten dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGCZ

Directie
Zorgverzekeringen
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
7 maart 2014

Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

nota

(ter informatie) Wijziging art. 13 Zorgverzekeringswet

Paraaf directeur DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

- U wenst nadere informatie over de wetswijziging van art. 13 Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Deze wijziging maakt onderdeel uit van het Wetsvoorstel Verticale Integratie (VI) dat is voorgelegd aan de Tweede Kamer.
- Over het onderdeel verticale integratie bent u reeds geïnformeerd door directie MC (nota met kenmerk 344218-118401-MC), hierbij volgt informatie over het daaraan gekoppelde voorstel tot wijziging van art. 13 Zvw.

2 Samenvatting en conclusies

- Met de wijziging van artikel 13 Zvw krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg aan de naturaverzekerde zelf te bepalen, de verzekeraar kan ook bepalen om geen vergoeding te verstrekken.
- Hiermee wordt de rol van de zorgverzekeraar versterkt en kan hij naturaverzekerden zoveel mogelijk prikkelen om naar het (selectief) gecontracteerde aanbod te gaan, waarmee afspraken zijn gemaakt over prijs en kwaliteit.
- Tevens wordt het stelsel transparanter. Verzekeraars krijgen een prikkel om uiterlijk zes weken voor de aanvang van het verzekeringsjaar bekend te maken welke aanbieders gecontracteerd zijn. En art 13 kan alleen nog worden toegepast op de naturapolis, waardoor de verzekerde ingeval hij een restitutiepolic heeft altijd recht heeft op een marktconforme vergoeding (ongeacht of de zorg is gecontracteerd of niet).

10.2.g en 11.1

3 Belangrijkste punten van informatie

Directie
Zorgverzekeringen
Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

De wijziging van art 13 Zvw

- Het nieuwe artikel 13 Zvw is opgenomen in het wetsvoorstel waarin verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt verboden.
- In het huidige art 13 is opgenomen dat het aan de verzekeraar is om te bepalen welke vergoeding hij geeft als een verzekerde zorg inroept die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. De hoogte van de vergoeding mag geen belemmering vormen voor het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg ofwel er mag geen sprake zijn van een hinderpaal.
- Met de wijziging van art 13 Zvw wordt het hinderpaalcriterium losgelaten en is het aan de verzekeraar om 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.
- Kern van de gedachte achter de naturazorgverzekering is immers dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven indien naturazorgverzekeraars zoveel mogelijk contracteren met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteitsverhouding kunnen leveren en daar hun verzekerden naartoe kunnen sturen.
- Nu de transparantie van de kwaliteit van zorg toeneemt, kunnen verzekeraars bovendien ook daadwerkelijk steeds selectiever contracteren. Daarnaast is de risicodragendheid van zorgverzekeraars toegenomen, zodat zij er een groter belang bij hebben gekregen dat hun naturaverzekerden ook daadwerkelijk zoveel mogelijk naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan.
- Met een wijziging van artikel 13 Zvw zijn verzekeraars beter in staat hun verzekerden te prikkelen om gebruik te maken van gecontracteerd zorgaanbod.
- Met de wijziging van art 13 Zvw wordt ook het stelsel transparanter en wordt de positie van de patiënt versterkt:
 - o De naturaverzekeraars worden geprikkeld om eerder duidelijk te maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar. Naturazorgverzekeraars moeten zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) publiceren met welke aanbieders in het volgende verzekeringsjaar contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet, dan heeft een verzekerde die in dat jaar naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten.
 - o Met het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Art 13 kan niet langer worden toegepast op de restitutiepolis, als de zorg is verzekerd op basis van restitutie heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding.
- Als **bijlage 1** is een memo opgenomen met nadere toelichting op de huidige Zorgverzekeringswet, het huidige artikel 13 en de wijziging van artikel 13 Zvw.

Knelpunten

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

a. 10.2 g en 11.1

- In de nota die u heeft ontvangen van directie MC, met betrekking tot het onderdeel verticale integratie, is een stemtabel opgenomen, waaruit u kunt opmaken 10.2 g en 11.1
- Vanwege het feit dat 10.2 g en 11.1
- 10.2 g en 11.1
- 10.2 g en 11.1
- De Minister heeft de SGP onlangs een memo overhandigd met een aantal opties waarmee de positie van (kleine zorgaanbieders) versterkt zou kunnen worden. De SGP heeft hierop nog niet gereageerd.
- Als **bijlage 2** is de nota opgenomen voor de Minister met de diverse opties. Op basis van de nota is **bijlage 3** onlangs uitgereikt aan de SGP, waarin een nuancering is aangegeven bij optie E (bezwaren van de NZa bij die optie).
- Inmiddels heeft nader overleg plaatsgevonden met de NZa over de opties.
- In dit overleg is een nieuwe optie besproken, namelijk 10.2 g en 11.1
- 10.2 g en 11.1
- De NZa staat positief tegenover dit idee. 10.2 g en 11.1

b. 10.2 g en 11.1

- De Europese Commissie is van mening dat artikel 13 Zvw in zijn gewijzigde vorm een potentiële belemmering van het vrije verkeer vormt. Het gaat zowel om het vrij verkeer van patiënten (patiënten hebben "recht op grensoverschrijdende zorg" als voorzien in de EU-Richtlijn grensoverschrijdend patiëntenverkeer) als om het vrij verkeer van diensten van buitenlandse zorgaanbieders. De kans dat men in het buitenland bij een niet-gecontracteerde aanbieder terecht komt is immers vrij groot (in de grensstreken zijn overigens wel aanbieders gecontracteerd) en in dit geval is de kans aanwezig dat de verzekerde geen recht heeft op een volledige vergoeding.
- Een eventuele belemmering is echter volgens ons 10.2 g en 11.1

- 10.2.g en 11.1
- Hierover is op 4 maart op ambtelijk (beleids)niveau met DG Sanco een gesprek gevoerd. Getracht wordt hieraan een vervolg te geven op directeursniveau.
 - Indien de Europese Commissie van mening blijft dat de wijziging van art 13 een ongerechtvaardigde belemmering vormt van het vrije verkeer, 10.2.g en 11.1
 - Als **bijlage 4** is een memo opgenomen met nadere toelichting op de Europeesrechtelijke aspecten.

Directie
Zorgverzekeringen
Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigenschap.

c. Relatie met de hoofdlijnenakkoorden

- In de hoofdlijnenakkoorden MSZ en GGZ (en ook in het akkoord verpleging en verzorging) is opgenomen dat voor het realiseren van de doelstellingen van de akkoorden, het van belang is dat de zorgverzekeraar de vrijheid heeft om vast te stellen welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorg. 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- Overigens is in de hoofdlijnenakkoorden opgenomen dat het opheffen van de restitutiepolis (opgenomen in het regeerakkoord) niet meer aan de orde is nu art. 13 Zvw gewijzigd zal gaan worden.
- 10.2.g en 11.1

Politieke en maatschappelijke context

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

(Het wetsvoorstel, de Mvt, de nota nav het verslag en de nota nav het nader verslag, zijn als bijlage toegevoegd bij de nota (met kenmerk 344218-118401-MC) van MC over Verticale integratie.

Senior Beleidsmedewerker

B. IBO Grensoverschrijdende zorg

1. Aanleiding Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO)

- De uitgaven aan curatieve grensoverschrijdende zorg vertonen een grillig verloop sinds de invoering van de Zvw in 2006. Er is sprake van een sterke groei (55%) van €406 mln. in 2007 tot €727 mln. in 2012. Om meer inzicht te krijgen in en grip te krijgen op grensoverschrijdende zorg is het IBO ingesteld. Focus ligt op curatieve zorg (met beknopte analyse langdurige zorg).
- Al snel bleek dat het budgettaire probleem minder groot is: Er zat een dubbeltelling in de CVZ-cijfers over een bepaalde periode. Daarnaast veroorzaakt de wijze van registreren fluctuaties¹. Niettemin is er sprake van groei die hoger is dan de BKZ-ontwikkeling. Er zijn geen cijfers over in hoeverre deze groei ook heeft geleid tot een daling van de binnenlandse zorgconsumptie (substitutie).
- Paragraaf 2 geeft een toelichting op de verschillende patiëntenstromen en Europese regelgeving. Paragraaf 3 bevat de conclusies en aanbevelingen. Paragraaf 4 sluit af met enkele overwegingen. Als bijlage bij deze nota vindt u de laatste versie van het IBO-rapport (zie pagina 7 - 15 voor de managementsamenvatting).
- Het IBO is in september 2013 van start gegaan, o.l.v. SZW-DG P&I Bernard ter Haar. Deelnemers van de IBO-werkgroep zijn VWS, Minfin, EZ, AZ en het CVZ. Op 10 maart 2014 is het rapport goedgekeurd door de Ambtelijke Commissie Heroverweging (ACH). Volgende stap is dat het IBO-rapport, vergezeld van een kabinetsreactie (moet nog worden opgesteld), door de MR wordt goedgekeurd en aan de TK wordt gezonden. Afspraak is om het rapport en kabinetsreactie pas na de Europese verkiezingen in mei 2014 aan de TK te verzenden.

2. Toelichting op patiëntenstromen en Europese regelgeving

A. Patiëntenstromen

Er worden twee patiëntenstromen onderscheiden, Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden.

Zvw-verzekerden²:

- personen die "on geplande zorg" in het buitenland nodig hebben. Het gaat hier om zorg die medisch noodzakelijk wordt tijdens een verblijf, bijvoorbeeld op vakantie, tijdens een familiebezoek of tijdelijke werkzaamheden in het buitenland.
- personen die "geplande zorg" in het buitenland ontvangen. Het gaat hier om personen die bewust naar het buitenland gaan met het oogmerk om daar zorg te ontvangen (ook wel "oogmerkzorg").
- personen die Zvw-verzekerd zijn maar in het buitenland wonen. Bijvoorbeeld grensarbeiders, expats of studenten.

Verdragsgerechtigden:

- Mensen die met een Nederlands pensioen (AOW, WIA of ANW) in een ander Europees land of een verdragsland wonen hebben recht op zorg in het woonland. De zorg komt voor rekening van Nederland. Zij betalen een premie ("verdragsbijdrage") aan het CVZ. Deze personen zijn niet verzekerd voor de Zvw. Het recht op zorg bestaat louter op grond van het Europese recht (de Verordening) of het bilaterale verdrag³: Vandaar de term "verdragsgerechtigden".
- Verdragsgerechtigden die in Europa wonen hebben niet alleen recht op zorg in hun woonland. Zij mogen ook zonder toestemming gebruik maken van zorg in Nederland⁴.
- De verdragsbijdragen zijn door middel van een zogenaamde "woonlandfactor" afgestemd op het kostenniveau van zorg in het woonland. Meestal is de verdragsbijdrage hierdoor lager dan de premie die Zvw-verzekerden in Nederland betalen.
- Ook gezinsleden van gepensioneerden en gezinsleden van Zvw-verzekerden die in het buitenland wonen zijn verdragsgerechtigden.

¹ Het CVZ registreert buitenlandse declaraties via een kasbasissysteem: datum van betaling i.p.v. datum ontvangen zorg (transactiebasis). Dit systeem geeft een vertekend beeld.

² Verzekerd voor de AWBZ en verzekeringsplichtig voor de Zvw zijn alle ingezetenen van Nederland of niet-ingezetenen die in Nederland loonbelasting betalen.

³ Turkije, Marokko, de landen van voormalig Joegoslavië, Kaapverdië en Tunesië

⁴ Verdragsgerechtigden die wonen in verdragslanden hebben deze mogelijkheid niet

B. Internationale regelingen (Europese Verordening, Patiëntenrichtlijn en verdragen)

- De Europese Verordening is bedoeld om het vrije verkeer van personen te waarborgen. Personen die zich binnen Europa verplaatsen mogen bij het gebruik maken van hun recht op vrij verkeer geen belemmering ondervinden door verlies van sociale zekerheidsrechten (waaronder recht op zorg). Bij ongeplande zorg kunnen mensen op vertoon van hun Europese ziekteverzekeringskaart (EHIC) zorg ontvangen van een publieke zorginstelling in het land van verblijf zonder de kosten voor te schieten. De EHIC geldt als "betaalgarantie". Bij geplande zorg voorziet de Verordening in een systeem van voorafgaande toestemming.
- De Patiëntenrichtlijn codificeert jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie over het vrije verkeer van diensten. Vanwege het principe van de "werelddekking" voldoet de Zvw aan de Patiëntenrichtlijn.
- De vergoedingsregelingen voor grensoverschrijdende zorg in de Europese Verordening en de Patiëntenrichtlijn wijken van elkaar af. Vergoeding op basis van de Zvw betekent vergoeding naar Nederlands marktconforme tarief. Vergoeding op basis van de Verordening betekent vergoeding van aanspraken volgens de wetgeving van het behandelland (o.a. pakket en eigen bijdragen) naar het tarief van het land waar de behandeling heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat patiënten in het buitenland kunnen kiezen tussen twee verschillende vergoedingsmodaliteiten. Het naast elkaar bestaan van deze twee routes maakt de Europese regelgeving complex.
- De bilaterale verdragen bevatten afspraken die lijken op de afspraken in de Verordening (m.b.t. verdragsgerechtigden en ongeplande zorg bij tijdelijk verblijf) en bestaan tevens naast de werelddekking in de Zvw.

3. Belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het IBO-rapport

Enkele conclusies:

Bij de aanvang van het IBO leken de Zvw-uitgaven explosief (55%) te zijn gegroeid. Het IBO nuanceert dit beeld. De stijging ligt op ongeveer 30%. De stijging is wel groter dan de stijging van het totale Budgettair Kader Zorg (BKZ) met een groei van 21% in die periode⁵. Maar weinig mensen ontvangen zorg in het buitenland (circa 1% van de totale zorguitgaven). Ca. 80% van de kosten maken Zvw-verzekerden in België en Duitsland. Daarnaast scoren populaire vakantiebestemmingen en overwinterbestemmingen (zoals de Mediterrane Europese landen, Oostenrijk, Turkije, en Marokko) hoog.

Beleidsoptie 1: verbeteren informatievoorziening en toezicht op verzekeraars

a. Er is weinig beleidsinformatie over grensoverschrijdende zorg. Aanbevolen wordt om meer gegevens te verzamelen en de wijze van rapporteren door CVZ aan te passen.

b. Volgens zorgverzekeraars komt het regelmatig voor dat mensen onderverzekerd op reis gaan. Doordat de Zvw werelddekking heeft denken zij dat een aanvullende verzekering of reisverzekering niet nodig is. Mensen kunnen echter voor hoge kosten komen te staan als zij op vakantie worden behandeld in b.v. een privé-kliniek en de kosten het Nederlandse tarief overstijgen⁶. Daarnaast zijn patiënten vaak niet bekend met de verschillende vergoedingsregelingen. Het IBO-rapport beveelt aan dat zorgverzekeraars extra inspanningen verrichten op het terrein van voorlichting.

c. Zorgverzekeraars hebben niet altijd evenveel prikkel om de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg te beheersen (het betreft een fractie van de totale uitgaven, de gevalsbehandeling is bewerkelijk en de regelgeving complex). En de regelgeving wordt mogelijk niet altijd juist toegepast. Er zijn aanwijzingen dat zorgverzekeraars soms toestemming geven voor een behandeling in het buitenland, ook wanneer de wetgeving daar niet toe verplicht: dit kan bijvoorbeeld komen door onvoldoende kennis van Europese regelgeving of uit angst voor negatieve media-aandacht. Deze kosten dienen dan voor eigen rekening van de zorgverzekeraar te komen. Voorbeelden hiervan zijn laatste-kans-geneeskunde en hernia-operaties. Het IBO-rapport beveelt aan om het toezicht door de Nza aan te scherpen.

5 N.B. de vergelijking met het BKZ geeft slechts een indicatie. De cijfers van het BKZ bevatten i.t.t. de grensoverschrijdende zorg namelijk ook de Wmo-kosten.

6 De EHIC is in veel landen niet van toepassing in private klinieken, maar alleen in staatsziekenhuizen.

Beleids optie 2: agenderen in Europa (ongeplande zorg / EHIC)

Zorgverzekeraars hebben weinig controlemogelijkheden op ongeplande buitenlandzorg, wanneer de verzekerde de EHIC overlegt. De Europese wetgever wil garanderen dat personen die van hun recht op vrij verkeer gebruik maken noodzakelijke zorg ook daadwerkelijk ontvangen. Daarom voorziet de Europese Verordening in een systeem waarbij de zorgaanbieder altijd wordt vergoed voor de verleende zorg. De zorgverzekeraar heeft daarom een betalingsverplichting (als een verzekerde een geldige EHIC-pas heeft laten zien, dient de zorgverzekeraar de zorg aan het buitenland te betalen). De buitenlandse zorgaanbieder beoordeelt of de zorg medisch noodzakelijk is en voldoet aan de criteria. In beginsel wordt dit tevens gecheckt door het aangewezen ziekteverzekeringsorgaan in het land van verblijf. Sturing op dit type zorg door zorgverzekeraars zelf is dus beperkt, evenals controle op gepast gebruik⁷. Het IBO-rapport beveelt aan om de door zorgverzekeraars ervaren knelpunten m.b.t de EHIC in Europa te agenderen en:

- a. EHIC-declaraties beter controleerbaar te maken door deze inzichtelijker te maken. Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt om de controles in het land van behandeling te versterken.
- b. in Europa het gesprek aan te gaan over de knelpunten en het naast elkaar bestaan van twee Europese routes voor grensoverschrijdend gebruik (de Verordening en de Patiëntenrichtlijn). Goede mogelijkheden voor beheersing van grensoverschrijdende zorguitgaven verdienen meer aandacht in Europa. Daarbij kan worden verkend of de EHIC het juiste instrument is om de voordelen van grensoverschrijdende zorg in een interne markt te bereiken.

Beleids optie 3: versterken sturende rol zorgverzekeraar (geplande zorg)

Bij geplande zorg in het buitenland hebben zorgverzekeraars genoeg handvatten om te sturen. Net als bij zorg in Nederland moet de zorgverzekeraar bij zorg in het buitenland op grond van een aantal criteria vaststellen of er sprake is van Zvw-verzekerde zorg. Zo hoeft op basis van de Zvw geen zorg te worden vergoed waarvoor geen medische indicatie bestaat, die niet voldoet aan stand wetenschap en praktijk of die niet doelmatig is. Een belangrijk sturingsinstrument is contractering. De voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw versterkt de positie van de zorgverzekeraar.⁸ De invoering van een verplichting tot voorafgaande toestemming voor intramurale zorg in het buitenland kan de positie van de zorgverzekeraars nog verder versterken. De Patiëntenrichtlijn staat dit toe. Maar zorgverzekeraars hebben geen behoefte aan een dergelijk verplicht systeem en het past ook niet in goed in het systeem van de Zvw, waar private zorgverzekers zelf dergelijke afwegingen kunnen maken.⁹

Het IBO-rapport beveelt aan om niet in te grijpen en de situatie voorlopig te monitoren. Als duidelijk wordt dat zorgverzekeraars onvoldoende grip kunnen krijgen op buitenlandse zorguitgaven wordt aanbevolen om alsnog een wettelijk toestemmingssysteem in te stellen.

Beleids optie 4: bewerkstelligen communicerende vaten (HLA)

Er is geen mechanisme op macroniveau om de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg te beheersen. De grensoverschrijdende zorgkosten maken geen onderdeel uit van de groeifafspraken in de bestuurlijke akkoorden. Buitenlandse zorgaanbieders zijn geen partij in deze nationale afspraken. Aanbevolen wordt om te onderzoeken wat ervoor nodig is om binnenlandse zorguitgaven en de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg "communicerende vaten" te laten zijn. Na afloop van de huidige bestuurlijke akkoorden zou grensoverschrijdende zorg bij nieuwe afspraken binnen de sector meegenomen moeten worden. Dit betekent dat bij de ex ante vaststelling van het BKZ rekening wordt gehouden met de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg. Bij hogere uitgaven aan zorg in het buitenland worden de binnenlandse zorguitgaven met eenzelfde bedrag verlaagd. Dit verhogen of verlagen kan alleen naar de toekomst (niet met terugwerkende kracht).

⁷ De EHIC mag alleen voor ongeplande zorg worden gebruikt en niet voor geplande zorg.

⁸ Artikel 13 Zvw maakt het mogelijk voor zorgverzekeraars om een lagere vergoeding toe te kennen indien een verzekerde zorg ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dermate laag zijn dat deze een hinderpaal vormt om zorg te ontvangen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (op basis van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie). De Tweede Kamer heeft een wijziging van artikel 13 Zvw in behandeling. Het wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars de vrijheid om zelf de vergoeding vast te stellen. Deze vergoeding mag ook nul zijn.

⁹ Overigens heeft een aantal zorgverzekers in de polis al de verplichting opgenomen om een verzoek om voorafgaande toestemming in te dienen bij geplande zorg in het buitenland.

Beleids optie 5: aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden

De zorgkosten van verdragsgerechtigden zijn hoger dan de ontvangen bijdragen (uitgaven 280,9 miljoen versus inkomsten 103,4 miljoen). Voor een deel valt dit verschil te verklaren uit de samenstelling van de groep (relatief veel 65-plussers en arbeidsongeschikten). De verdragsgerechtigden ontvangen zorg in hun woonland voor rekening in Nederland. Daarnaast mogen zij zorg in Nederland ontvangen. Voor de ontvangen zorg in Nederland zijn verdragsgerechtigden geen eigen risico verschuldigd. Aanbevelingen op dit vlak zijn: regelmatig actualiseren van premie (woonlandfactor), innen eigen risico voor zorg in Nederland / aanpassen van de premie aan de mogelijkheid om zorg in Nederland te gebruiken.

Beleids optie 6: grensoverschrijdende samenwerking zorgaanbieders

Moeilijk rendabel te maken investeringen in (zeer) kostbare apparatuur waar weinig patiënten gebruik van maken, kunnen in internationaal verband wel rendabel te exploiteren zijn. Bovendien kan de kwaliteit verbeteren door zorg voor zeldzame aandoeningen te concentreren. Zorgverzekeraars dienen in principe via selectieve contractering bij te dragen aan een optimale Europese specialisatie. Daar waar dit niet tot stand komt zou de overheid via de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) in beperkte mate kunnen sturen op de mate waarin dure infrastructuur in Nederland wordt opgetuigd. Het IBO-rapport beveelt aan om te onderzoeken of bij het verlenen van een WBMV-vergunning rekening kan worden gehouden met de capaciteit in het buitenland.

Overige aanbevelingen op het terrein van grensoverschrijdende samenwerking:

- a. Wegnemen van belemmeringen voor samenwerking in grensregio's door: 1) aanpassingen maken waar regelgeving botst, 2) versnelling van praktische toepassing van procedures, 3) in bi- of multilateraal overleg treden met de autoriteiten van landen die niet voldoende mee werken en 4) onderzoeken van de mogelijkheid van speciale tarieven voor grensoverschrijdend zorggebruik om belemmeringen tussen verschillende bekostigingssystemen weg te nemen.
- b. De ministers van EZ en VWS kunnen gezamenlijk nagaan in hoeverre Nederlandse zorgaanbieders de wens en intentie hebben om buitenlandse patiënten aan te trekken. Actieve promotie door middel van economische diplomatie kan hier een bijdrage leveren.

4. Enkele overwegingen ten aanzien van het IBO-rapport

Ten aanzien van de aanbevelingen uit het IBO-rapport worden hieronder enkele overwegingen geschetst. Deze kunnen worden meegenomen bij het opstellen van de kabinetsreactie. De inhoud van de kabinetsreactie dient nog te worden afgestemd met de betrokken directies en zal ter beslissing aan u worden voorgelegd.

a) Omvang van het probleem en instrumentarium

Het probleem (snelle stijging uitgaven) dat de aanleiding vormde voor het instellen van het IBO bleek kleiner dan gedacht. Tevens moet worden bedacht dat het hier gaat om ca. 1% van de totale zorguitgaven. In dit verband rijzen de vragen of er een wezenlijk probleem is met de financiële beheersbaarheid van grensoverschrijdende zorg en welk instrumentarium kan worden ingezet om eventuele beheersingsproblemen op te lossen. In ieder geval is uit de analyse van het IBO duidelijk geworden dat de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg tekort schiet als basis voor beleid. Verbetering van de informatievoorziening is een basisaanbeveling van het IBO. Hierover dienen concrete afspraken te worden gemaakt tussen VWS en het CVZ en eventueel ZN. Ook moet worden bepaald op welke wijze in de begroting en jaarverslag meer informatie over grensoverschrijdende zorg kan worden opgenomen.

- Het IBO-rapport bevat aanwijzingen dat het aan zorgverzekeraars ter beschikking staande instrumentarium niet ten volle wordt benut. Zo zijn er aanwijzingen dat zorgverzekeraars soms toestemming geven voor een behandeling in het buitenland, terwijl de regelgeving hier niet toe verplicht. Zorgverzekeraars zouden daarnaast "slimmer" kunnen omgaan met grensoverschrijdende zorg, door wel toestemming te geven voor een behandeling in het

buitenland als de behandeling daar goedkoper is en geen toestemming te geven als er een risico bestaat dat de kosten in het buitenland uit de hand kunnen lopen. Ook kunnen zorgverzekeraars risico's deels beheersen door de EHIC-pas voor kortere tijd uit te geven (1 jaar in plaats van 5 jaar zoals veel zorgverzekeraars doen).

- Naast verbetering van de informatievoorziening kan een invalshoek van de kabinetsreactie zijn dat in eerste instantie het bestaande instrumentarium beter wordt benut. Dit sluit aan bij een aantal aanbevelingen uit het IBO-rapport (bijv. verscherpt toezicht Nza, goede voorlichting aan verzekerden, optie 3 m.b.t. versterken sturende rol zorgverzekeraar).
- Een tweede mogelijke invalshoek is om prioriteit te leggen bij kansrijke maatregelen. Voorbeelden hiervan zijn het verbeteren van de informatievoorziening (optie 1) en het innen van het eigen risico voor zorg in Nederland door verdragsgerechtigden. Een goed functionerend systeem van de EHIC (zie de aanbevelingen bij optie 2) vormt een belangrijk onderdeel voor een goede werking van het stelsel van grensoverschrijdende zorg. Ook hier zou prioriteit kunnen worden gegeven aan de meest kansrijke optie. De directie Zorgverzekeringen acht het voorstel om te verkennen of de EHIC het juiste instrument is om het vrij verkeer van personen te realiseren weinig kansrijk, omdat dit een fundamentele aanpassing van het bestaande systeem in Europa vergt (het systeem waarbij een verzekerde bij tijdelijk verblijf recht heeft op zorg volgens de voorwaarden van het behandelland bestaat al vijftig jaar). Eenvoudiger is het agenderen van de knelpunten en het zoeken naar oplossingen binnen de bestaande kaders, zoals het verbeteren van toezicht in het land van verblijf en intensievere samenwerking bij vermoedens van onrechtmatigheid, hoewel ook hier de slingskansen afhankelijk is van de opstelling van de Europese Commissie en andere lidstaten.

b) *Proportionele maatregelen met het oog op positie verzekerden en Nederlandse zorgaanbieders*

- Het rapport belicht in belangrijke mate het perspectief van de financiële beheersbaarheid en de rol van de Nederlandse zorgverzekeraars daarin.
- Het systeem van vergoedingen voor grensoverschrijdende zorg lijkt voor verzekerden zelf goed te werken. Wel is het systeem dusdanig complex dat het voor verzekerden onoverzichtelijk is. Dit pleit voor een goede informatieverzekering aan verzekerden.
- Het is niettemin van belang dat de inzet van maatregelen (bijv. op het terrein van de EHIC) proportioneel is. Hier is tevens van belang dat Nederlandse zorgaanbieders ook gebaat zijn bij een goed functionerend systeem van afrekening van ziektekosten. De Nederlandse zorgaanbieders zijn er ook bij gebaat dat de EHIC staat voor een door het buitenland verplichte betaling van de geleverde zorg.
- De positie van verzekerden en van Nederlandse zorgaanbieders moet daarom ook worden meegewogen bij eventuele maatregelen op het terrein van de EHIC (maatregelen die Nederland in Europa voorstelt zijn immers niet alleen van invloed op buitenlandse organen en zorgaanbieders, maar ook op de Nederlandse).

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 07C [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
14 maart 2014
Kenmerk
351531-118849-Z

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Vergaderdatum en tijd	25 maart 2014 10.00uur
Vergaderplaats	uw kamer

Zaaknummer
H:\artikel 13\77.Nota ter
voorbereiding overleg
Minister art 13 25 maart
2014.docx

Paraaf directeur DGCZ

1 Aanleiding en doel overleg

- Op uw verzoek is een intern overleg gepland om de verdere aanpak van de wijziging van artikel 13 Zvw (onderdeel van het wetsvoorstel verticale integratie) en **Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.** [redacted]
- Wij zouden graag enkele opties met u doorspreken ter verbreding van het draagvlak in de Tweede Kamer voor de wijziging van artikel 13 Zvw.
- 10.2.g en 11.1** [redacted]

2 Deelnemers overleg

[redacted]
[redacted]

3 Te bespreken punten

Zie onder 1.

4 Advies en toelichting

- Wij adviseren u om **10.2.g en 11.1** [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

- Met betrekking tot de Europese Commissie (EC) wordt u geadviseerd vooralsnog het vervolggesprek op directeursniveau af te wachten en op basis daarvan te beslissen (in een nader te bepalen volgorde) of:
 - 10.2.g en 11.1 [redacted]
 - 10.2.g en 11.1 [redacted]

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

351531-118849-Z

4.1 Waarom willen we de wetswijziging van art 13 Zvw?

- Met de wijziging van artikel 13 Zvw krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg aan de naturaverzekerde zelf te bepalen, de verzekeraar kan ook bepalen om geen vergoeding te verstrekken.
- Hiermee wordt de rol van de zorgverzekeraar versterkt en kan hij naturaverzekerden zoveel mogelijk prikkelen om naar het (selectief) gecontracteerde aanbod te gaan, waarmee afspraken zijn gemaakt over prijs en kwaliteit.
- Tevens wordt het stelsel transparanter. Verzekeraars krijgen een prikkel om uiterlijk zes weken voor de aanvang van het verzekeringsjaar bekend te maken welke aanbieders gecontracteerd zijn. Art 13 Zvw kan alleen nog worden toegepast op de naturapolis, waardoor de verzekerde ingeval hij een restitutiepolis heeft, altijd recht heeft op een marktconforme vergoeding (ongeacht of de zorg is gecontracteerd of niet).
- Voorts is de wijziging van art 13 Zvw een conditio sine qua non voor de uitvoering van de hoofdlijnenakkoorden en is vooral voor zorgverzekeraars een harde voorwaarde.
- 10.2.g en 11.1 [redacted]

4.2 Stand van zaken TK en EK

- Het uitstel van de behandeling van het wetsvoorstel verbod verticale integratie (en wijziging art 13 Zvw) is in januari *telefonisch overeengekomen* met de griffie van de Tweede Kamer.
- De wijziging van artikel 13 Zvw kan 10.2.g en 11.1 [redacted]
- U heeft inmiddels gesproken met SGP, CU en CDA over het draagvlak voor de wijziging van art 13 Zvw.
- SGP/CU: Ten behoeve van de gesprekken met SGP en CU is een nota met diverse opties opgesteld om tegemoet te komen aan hun bezwaar dat de positie van (kleine) aanbieders zou verslechteren met de wijziging van art 13 Zvw. Opties A-E (**bijlage 1**) zijn aan SGP overhandigd. Tijdens het opstellen van deze nota was de reactie van SGP nog niet bekend.
- CDA: CDA heeft in haar programma opgenomen voor de wijziging van art 13 Zvw te zijn. Onlangs heeft u een gesprek gevoerd met Anne Flierman, waaruit bleek dat er bij het CDA in de Eerste Kamer geen principiële bezwaren tegen de wetswijziging zijn.
- U heeft aangegeven dat u binnenkort een gesprek met Hanke Bruins Slot zult voeren om te kijken of het CDA in de Tweede Kamer nog wil samenwerken op

dit dossier.

- In het bestuurlijk overleg met Per Saldo en ZN van 18 maart 2014 over het Zvw-pgb is afgesproken dat het Zvw-pgb (voor verpleging en verzorging) wettelijk zal worden verankerd door middel van een nota van wijziging op het wetsvoorstel artikel 13 Zvw. Aan het opstellen van deze nota van wijziging wordt gewerkt. Het is te kort dag om een voorstel hiervoor al bij deze nota te voegen. Dat er een nota van wijziging op het wetsvoorstel artikel 13 Zvw zal komen, zal aangekondigd worden in de maartbrief over het Zvw-pgb die aan de Kamer is toegezegd als reactie op de motie Bergkamp cs.

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

351531-118849-Z

Opties om positie van (kleine) aanbieders te versterken

- Met de NZa zijn de opties D-E nader besproken. Er blijken bij nadere bestudering een aantal haken en ogen aan deze opties te zitten. Er zijn inmiddels twee nieuwe opties bedacht, die in feite te verkiezen zijn boven de huidige opties D en E (nadere toelichting in **bijlage 2**):
 - Optie (nieuw) 10.2.g en 11.1
 - Optie (nieuw) 10.2.g en 11.1
- Op 1 april heeft u een intern overleg in het kader van de rondgang samenwerking in de curatieve zorg waarbij de positie van kleine aanbieders ook aan de orde komt, evenals enkele (waaronder bovenstaande) opties.

4.4 Voorgestelde aanpak gericht op wetsbehandeling TK en EK

1. 10.2.g en 11.1
2. 10.2.g en 11.1
3. 10.2.g en 11.1
4. 10.2.g en 11.1
5. 10.2.g en 11.1

Tijdpad

- 10.2.g en 11.1
- Om inwerkingtreding per 1-1-2015 te behalen, is in feite behandeling in zowel TK als EK voor het zomerreces noodzakelijk.

- Indien de wet pas na het zomerreces door de EK komt kan de wetswijziging pas per 1-1-2016 geëffectueerd worden, in 2015 zouden verzekeraars daar wel al enigszins op vooruit lopen, door wat lagere percentages in hun polissen op te nemen.
- U heeft een voorstel ontvangen vanuit WJZ (email 18 maart jl.) voor prioritair te behandelen wetsvoorstellen voor het zomerreces danwel kerstreces, 10.2.g

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

351531-118849-Z

en
11.1

Twee alternatieve routes 10.2.g en 11.1

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

4.3 Stand van zaken Europese Commissie (EC)

- EU Parlements lid Oomen (CDA) heeft (18 september 2013) vervolgvragen gesteld aan de EC. De EC heeft geantwoord (**bijlage 3**) dat een lagere vergoeding voor in het buitenland verleende zorg dan aan in NL gecontracteerde zorgverleners wordt gegeven het vrije verkeer belemmert. Maar dat zij zich nog geen definitief oordeel kan vormen aangezien haar in dit verband nog geen rechtvaardigingen (van de inbreuk op het vrije verkeer die artikel 13 in de ogen van de Commissie veroorzaakt) werden voorgelegd.
- 10.2.g en 11.1
- Met Sanco is dinsdag 4 maart jl. in Brussel (door PV/directie Z) informeel verkend welke onderwerpen/vraagpunten van de EC zich lenen voor technische uitwerking/toelichting in een te entameren bespreking op directeursniveau. (hoe wordt marktconform bedrag vastgesteld, aandeel natura vs restitutiepolissen, contractering in buitenland, gedragseffecten als vergoeding niet gelijk wordt gesteld.)
- In het gesprek bleek dat 10.2.g en 11.1
- Inmiddels is de EC door de PV uitgenodigd voor een vervolgesprek op directeursniveau (directeur Z). De EC is ingegaan op dit aanbod en momenteel wordt een overleg gepland op directeursniveau.
- Als **bijlage 4** is een memo opgenomen met nadere toelichting op de Europeesrechtelijke aspecten en de rechtvaardiging van de belemmering van het vrije verkeer.

4.5 Voorgestelde aanpak gericht op Europese Commissie

1. Eerst zal een vervolgesprek op directeursniveau met de EC plaatsvinden.

10.2 g en 11.1

[Redacted text block]

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

351531-118849-Z

[Redacted text]

Senior Beleidsmedewerker



Europees parlement

Parlementaire vragen

31 oktober 2013

E-010662/2013

Antwoord van de heer Borg namens de Commissie

Overeenkomstig Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg⁽¹⁾ moet een lidstaat erop toezien dat de kosten die zijn gemaakt door een verzekerde die grensoverschrijdende gezondheidszorg ontvangt worden terugbetaald tot het bedrag dat ten laste zou zijn genomen indien de gezondheidszorg zou zijn verstrekt op het grondgebied van de lidstaat waar die persoon is verzekerd.

Wat de vaststelling van het bedrag dat ten laste zou zijn genomen betreft, zij erop gewezen dat de toepassing van terugbetalingstarieven of bedragen die lager zijn dan die welke worden toegepast voor gezondheidszorg die werd verstrekt door gecontracteerde zorgverleners in Nederland patiënten zou ontmoedigen om gebruik te maken van hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg. Dat zou bijgevolg een belemmering vormen voor de uitoefening van het vrije verkeer en zou op grond van dwingerende redenen van algemeen belang moeten worden gerechtvaardigd. Er zou ook moeten worden aangetoond dat deze belemmering gezien het nagestreefde doel zowel evenredig als noodzakelijk was. Momenteel kan de Commissie zich nog geen definitief oordeel vormen aangezien haar in dit verband nog geen rechtvaardigingen werden voorgelegd.

Wat uw laatste vraag betreft, zij eraan herinnert dat de richtlijn de rechten codificeert die het Europees Hof van Justitie duidelijk heeft vastgesteld en die voortvloeien uit de bepalingen van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie inzake vrij verkeer. Wanneer de nodige voorzieningen worden getroffen waardoor patiënten deze rechten kunnen uitoefenen, houdt dat niet in dat grensoverschrijdende gezondheidszorg als doel op zich wordt aangemoedigd. De keuzemogelijkheden van de patiënten worden er wel door uitgebreid.

(1) PB L 88 van 14 2011 blz. 45-65.

Laatst bijgewerkt op: 8 november 2013

Juridische mededeling

Bijlage 4

Wijziging van art 13 Zvw is in overeenstemming met de Patiëntenrichtlijn

- Nederland heeft de jurisprudentie met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en de Patiëntenrichtlijn in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerd.
- Indien de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw door het parlement wordt aangenomen is de Nederlandse wetgeving nog steeds in overeenstemming met de Patiëntenrichtlijn; de Zvw voorziet dan immers nog steeds in de mogelijkheid om zorg in te roepen bij een zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat.
- De Patiëntenrichtlijn bepaalt dat een in het buitenland ontvangen behandeling wordt vergoed tot het bedrag dat zou worden vergoed indien de behandeling in de lidstaat van verzekering was verleend.
- De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet daar niet aan af. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Er is derhalve geen sprake van ongelijke behandeling.
- Ongelijke behandeling zou wel ontstaan indien de vergoeding van zorg die is ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland gelijk moet zijn aan de vergoeding van zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Dit zou zelfs tot het effect kunnen leiden dat verzekerden eerder kiezen voor zorg in het buitenland dan in Nederland.

Wijziging van artikel 13 Zvw is een gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer

Het Europees recht verbiedt alle beperkingen van het vrije verkeer van diensten, kapitaal en vestiging. Zowel het verlenen als het verzekeren van zorg zijn diensten in de zin van Europees recht. Op het moment dat (de wijziging van) artikel 13 Zvw het vrije verkeer van deze diensten belemmert of minder aantrekkelijk maakt is er dus sprake van een belemmering van het vrije verkeer. Deze kan echter gerechtvaardigd zijn als er wordt voldaan aan enkele voorwaarden.

Artikel 13 Zvw kan een belemmering voor het vrije verkeer vormen

In de arresten *Kohl* en *Decker* heeft het Hof van Justitie van de Europese Unie besloten dat een regeling die sociaalverzekerden afschrikt om zich tot medische hulpverleners in een andere lidstaat te wenden een belemmering van het vrij verrichten van diensten is.¹

Zou het gewijzigde artikel 13 ertoe zou kunnen leiden dat verzekerden met een naturapolis afgeschrikt worden om zich tot medische hulp in het buitenland te wenden?

- De meeste gecontracteerde zorgaanbieders zijn in Nederland gevestigd.
- In grensgebieden zijn ook contracten met zorgaanbieders over de grens gesloten, maar in de overige gevallen is waarschijnlijk niet genoeg vraag naar een aanbieder in het buitenland om het aantrekkelijk te maken voor een zorgverzekeraar om hier een contract mee af te sluiten.
- Voor een verzekerde met een naturapolis, waarbij (in het meest extreme geval) geen vergoeding wordt verstrekt voor niet-gecontracteerde zorg, wordt het in dit geval prijzig om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan en wordt dus afgeschrikt om zich te wenden tot hulp in het buitenland.
- Hierdoor is er ook minder mogelijkheid voor de buitenlandse dienstverlener om zorg te kunnen bieden aan Nederlanders.

Het vrije verkeer zou dus op twee manieren kunnen worden belemmerd: **i)** voor verzekerden met een

¹ Zaak C-20/95, *N. Decker tegen Caisse de maladie des employés privés*, ; Zaak C-158/96, *R. Kohl tegen Union de Caisses de maladie*, par.35

naturapolis kan het minder aantrekkelijk zijn om zorg bij een buitenlandse dienstverlener in te roepen en ii) de mogelijkheden van buitenlandse dienstverleners om zorg aan te bieden aan Nederlandse verzekerden met een naturapolis kunnen worden belemmerd.

Relativering van de belemmering

- Het is belangrijk om te benadrukken dat er in de voorgaande analyse is uitgegaan van het meest extreme geval, waarbij een zorgverzekeraar niets vergoed van de zorgkosten die zijn gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.
- De verzekeraar kan er echter ook voor kiezen om een deel van de kosten te vergoeden, of zelfs alle gemaakte kosten.
- Tevens is het na de wijziging van artikel 13 Zvw voor verzekerden nog steeds de mogelijkheid om een keuze te maken tussen een natura- en een restitutiepolis.
- Alleen bij de eerste polisvariant kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen om niet-gecontracteerde zorg niet of beperkt te vergoeden.
- Daarnaast doet de situatie zich alleen voor indien cumulatief sprake is van:
 - een verzekerde met een naturapolis
 - waarbij de behoefte bestaat ondanks het gecontracteerde aanbod, om naar een niet-gecontracteerde aanbieder in een andere EU-lidstaat te gaan
 - en waarbij de verzekerde hiervan af ziet omdat (of uit vrees dat) de zorg niet (volledig) vergoed wordt.

III c. In het geval dat artikel 13 Zvw een belemmering voor het vrije verkeer vormt is daar een rechtvaardigingsgrond voor.

Er kan dus sprake zijn van een belemmering van het vrije verkeer, maar dat wil nog niet perse betekenen dat er ook sprake is van een schending van Europees recht. Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat nationale maatregelen die het vrije verkeer belemmeren gerechtvaardigd kunnen zijn indien zij aan de volgende vijf voorwaarden voldoen, de maatregel moet:

1. Beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang;
2. Geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen;
3. Niet verder gaan dan nodig is voor het bereiken van het doel (proportionaliteit);
4. Kenbaar en voorspelbaar zijn;
5. Zonder discriminatie worden toegepast.²

Dwingende reden van algemeen belang

- Indien het vrij verkeer wordt beperkt, moet er altijd sprake zijn van een rechtvaardigingsgrond, als bedoeld in Artikel 52 VWEU of van een ongeschreven uitzonderingsgrond uit het oogpunt van een dwingende reden van algemeen belang.
- In dit geval is een dergelijke dwingende reden zeker aanwezig.
- Daarvoor moet ten eerste benadrukt worden dat lidstaten de taak en de vrijheid hebben om te beslissen op welk niveau zij de bescherming van de volksgezondheid wensen te verzekeren en hoe dit dient te gebeuren.
- De lidstaat heeft hier zelf een grote beoordelingsmarge, aangezien de inrichting van het zorgstelsel per lidstaat verschilt.³
- Daarnaast heeft het Hof in onder andere *Müller-Fauré* en *Smits-Peerbooms* geoordeeld dat het risico van ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel een

² Zaak nr. C-55/94, *Reinhard Gebhard tegen Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano* ; zaak nr. C-424/97, *Salomone Haim tegen Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein* ; zaak, nr. C-108/96, *Strafzaak tegen Dennis Mac Quen, Derek Pouton, Carla Godts, Youssef Antoun en Grandvision Belgium SA, als burgerrechtelijk aansprakelijke partij, in tegenwoordigheid van: Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ophtalmologie et chirurgie oculaire.*

³ Zaak nr. C-322/01, *Deutscher Apothekerverband.*

dwingende reden van algemeen belang kan vormen.⁴

- De wijziging van artikel 13 Zvw voldoet aan de voorwaarde van een algemeen dwingend belang omdat deze wijziging noodzakelijk is om het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel in stand te houden.
- De oplopende kosten van de zorg voor zorgverzekeraars maken het noodzakelijk om met oplossingen te komen die zorgen voor zowel kwalitatieve zorg, als betaalbare en beschikbare zorg voor iedereen.
- Het instellen van een naturapolis waarbij verzekerden geprikkeld worden naar gecontracteerde zorgverleners te gaan, biedt verzekeraars de mogelijkheid de kosten van hun polis aanzienlijk omlaag te halen in het voordeel van de verzekerde.
- Dit is echter alleen mogelijk op het moment dat er daadwerkelijk een sterke prikkel is voor de verzekerde om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.
- Op deze manier kan de financiële houdbaarheid van het socialezekerheidsstelsel in Nederland behouden worden, en kunnen verzekerden kiezen voor een goedkope polis die toch hoogkwalitatieve zorg biedt.

Geschikt en proportioneel

- De maatregel is geschikt en proportioneel om het doel te waarborgen.
- Op dit moment zijn er al naturapolissen maar is er nog onvoldoende mogelijkheid voor deze polissen om geen of een zeer lage vergoeding te geven voor zorg die bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt aangeboden.
- De enige mogelijkheid waarop deze polissen daadwerkelijk op kosten zouden kunnen besparen en de prijs voor de consument verlagen is door de mogelijkheid verzekerden beter te kunnen sturen naar gecontracteerde zorg door geen of een lagere vergoeding te bieden bij niet-gecontracteerde zorg
- Dit geeft ook al aan dat de maatregel proportioneel is.
- Verzekeraars die een naturapolis bieden worden daarnaast niet verplicht om geen of een lagere vergoeding te verstrekken voor niet-gecontracteerde zorg, zij hebben slechts de keuze.
- Verzekerden blijven een keuzemogelijkheid houden tussen de verschillende verzekeringen. Zij kunnen altijd kiezen voor een polis die wel (een groot deel van de) zorg van niet-gecontracteerde aanbieders vergoed.
- Verzekerden kunnen elk jaar overstappen en opnieuw deze afweging maken. Dit maakt de maatregel proportioneel.
- Ten slotte wordt nog opgemerkt dat deze maatregel minder inbreuk maakt op het vrij verkeer van diensten dan het in de Patiëntenrichtlijn opgenomen systeem van voorafgaande toestemming bij intramurale zorg.
- Immers, alle Nederlandse verzekerden kunnen gebruik maken van zorgaanbieders in andere EU-lidstaten. Slechts bij naturaverzekerden die gebruik willen maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in een andere EU-lidstaat bestaat de kans dat de vergoeding lager is. Maar indien de zorgverzekeraar te weinig zorgaanbod heeft gecontracteerd (in de jurisprudentie van het Hof: als de behandeling niet tijdig in eigen land kan worden gegeven) is de zorgverzekeraar gehouden de volledige kosten te vergoeden.

Kenbaar en voorspelbaar

- De maatregel is kenbaar en voorspelbaar.
 - Verzekeraars zijn verplicht om aan te geven hoeveel zij vergoeden bij niet-gecontracteerde zorg en zij worden verplicht zes weken voor aanvang van het verzekeringsjaar aan te geven welke aanbieders zijn gecontracteerd.
- Het polisaanbod wordt transparanter omdat art 13 niet meer van toepassing is op de

⁴ Zie hiervoor bijvoorbeeld de arresten C-157/99, *.S.M. Smits, echtgenote van Geraets, tegen Stichting Ziekenfonds VGZ en H.T.M. Peerbooms tegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, par. 72, en zaak nr. C-385/99, *V.G. Müller-Fauré tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA en E.E.M. van Riet tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*, par. 73.

restitutiepolis. Nadat het gewijzigde artikel 13 Zvw van kracht wordt kunnen verzekerden dus een duidelijke keuze maken tussen de verschillende verzekeringen.

Zonder discriminatie toegepast

- De nieuwe maatregel wordt zonder discriminatie toegepast.
- Een beperkte of geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg op basis van art 13 geldt zowel voor nationale als buitenlandse niet-gecontracteerde zorg.
- De verzekeraar kiest de zorgaanbieders met wie hij een contract wil aangaan op basis van vraag en kwaliteit. Dat betekent dat er in veel gevallen ook zorgaanbieders over de grens gecontracteerd worden in grensgebieden omdat er een hoge vraag naar is.
- Omdat de zorgverzekeraar zijn keuze baseert op vraag en kwaliteit zullen de gecontracteerde zorgaanbieders waarschijnlijk wel voornamelijk Nederlands zijn, maar baseert de verzekeraar zijn keuze niet op het feit of de zorgaanbieder Nederlands is of niet. De maatregel discrimineert daarom niet.

Conclusie

Op basis van deze gegevens kan er gesteld worden dat artikel 13 Zvw in zijn gewijzigde vorm een potentiële belemmering van het vrije verkeer zal vormen. Een eventuele belemmering is echter gerechtvaardigd omdat er sprake is van een dwingende reden van algemeen belang en de maatregel, geschikt, proportioneel, kenbaar en voorspelbaar is en deze zonder discriminatie wordt toegepast. De maatregel is dus gerechtvaardigd omdat deze aan alle voorwaarden voldoet.

10.2.e Wob, tenzij
anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGCZ

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal

Ontworpen door

(Senior) Beleidsmedewerker

T 070-3

M +31(0)6

@minvws.nl

nota

(ter informatie)

Datum
21 maart 2014

Kenmerk
352963-118928-Z

Paraaf directeur

Directeur Z

1 Aanleiding voor deze nota

In het kennismakingsgesprek over de werelddekking en IBO grensoverschrijdende zorg op 18 maart gaf u aan nadere informatie te willen ontvangen over de verhouding tussen de werelddekking en artikel 13 Zvw. Deze nota strekt daartoe.

2 Samenvatting en conclusies

- De wijziging van artikel 13 Zvw komt in de buurt van het met het wetsvoorstel werelddekking beoogde doel.
- Onder het regime van het gewijzigde artikel 13 is het echter nog steeds mogelijk dat zorg buiten Europa door zorgverzekeraars wordt vergoed. Zij zijn immers vrij om de hoogte van de vergoeding te bepalen. Bovendien zijn zij vrij om contracten te sluiten met zorgverleners buiten Europa. Net zoals bij het schrappen van de werelddekking staat de verdragsroute ook nog steeds open voor vergoeding van zorg in verdragslanden (zoals Turkije en Marokko), zolang deze verdragen niet zijn gewijzigd of opgezegd.

3 Toelichting

- Na wijziging van artikel 13 Zvw kunnen zorgverzekeraars de vergoeding van zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener zelf vaststellen. De vergoeding kan variëren tussen 0 en 100%.
- Verreweg de meeste (zo niet alle) zorgaanbieders buiten Europa zijn niet gecontracteerd.
- 10.2.g en 11.1
- Daarbij gelden de volgende kanttekeningen:

- A. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
- B. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
- C. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal

Kenmerk
352963-118928-Z

[redacted]
(Senior) Beleidsmedewerker

Bijlage 1 Contouren oplossing art. 13, versie uitgereikt aan partijen op 16 april 2014

Aanpassing van artikel 13 Zvw via wetsvoorstel verbod verticale integratie.

Dit wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid hun polisaanbod verder te differentiëren en meer keuzes aan te bieden aan de verzekerde: volledig naturapolis, een combinatie natura / restitutie polis en volledige restitutiepolis, waarbij vooraf helderheid is over de hoogte van de vergoeding. De wijziging van artikel 13 regelt namelijk dat de verzekeraar de hoogte van de vergoeding vast kan stellen én daarover vooraf helderheid moet verschaffen, indien een verzekerde met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde aanbieder is gegaan.

De kern van de gedachte achter de naturapolis is dat de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit kan blijven indien zorgverzekeraars met een naturapolis contracten kunnen sluiten met zorgaanbieders en zo een goede prijs/kwaliteit verhouding kunnen bereiken. Voor verzekerden betekent dit dat zij naast de keuze uit volledige restitutiepolis en combinatiepolis, óók kunnen kiezen voor polissen met een lagere premie en de voorwaarden bij aanvang volstrekt helder zijn, waarbij het aantal gecontracteerde aanbieders wat minder is. In iedere, zelfs meest strakke naturapolis zal keuze moeten blijven. Op de vraag op welke zorg verzekerden en patiënten recht hebben heeft dit wetsvoorstel geen invloed. Dat wordt bepaald in het basispakket. Ook de zorgplicht blijft ongewijzigd in stand.

Kiezen voor doelmatigheid

Als je de zorg ook in de toekomst betaalbaar wilt houden kun je kiezen uit (1) eigen risico of eigen bijdragen verhogen, (2) pakket verkleinen of (3) doelmatigheid vergroten. Met dit voorstel kiezen we voor doelmatigheid. Zonder besparing via een van deze drie mechanismen stijgt de premie die wij met zijn allen zullen moeten opbrengen.

Waar hebben we het over in cijfers (2014, volgens begroting, keer 1 miljoen euro)?

- Medisch specialistische zorg 22.5 miljard euro
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 4.3 miljard euro
- Huisartsenzorg 2.5 miljard euro

Wat zit er al in het wetsvoorstel?

- Een zeer sterke prikkel voor zorgverzekeraars om uiterlijk zes weken voorafgaand aan het polisjaar bekend te maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben, geformuleerd als een recht van de verzekerde / patiënt: De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was.
- Invoering Zvw-PGB (2^e nota van wijziging)

Wat kunnen we nog extra doen om aan zorgen over keuzevrijheid met betrekking tot kleine aanbieders en transparantie tegemoet te komen?

1. Level playing field kleine zorgaanbieders eerste lijn.

Vastleggen in een beleidsregel dat verzekeraars in hun inkoopbeleid moeten aangeven op welke manier zij een level playing field creëren voor (kleine) aanbieders.

- Zorgaanbieders worden gelijktijdig geïnformeerd over welke inkoopcriteria worden gehanteerd,
- Eisen over de wijze waarop een aanbieder een offerte aan kan bieden,
- Verzekeraars maken hun meerjaren visie voor alle spelers inzichtelijk waar aanbieders op in kunnen spelen. (bijv. regioplan)

Toezicht op een dergelijk inkoopbeleid kan belegd worden bij de NZa.

2. Verzekeraars verplichten contracteerproces transparant te maken op uiterlijk 1 april t-1.

Verzekeraars zullen verplicht worden om voor 1 april hun contracteerproces transparant te maken. Onder contracteerproces wordt verstaan dat termijnen duidelijk moeten zijn, elementen zijn ten minste:

- de zorgverzekeraar zal op x datum zijn inkoopbeleid bekend maken
- hierover zullen op x datum voorlichtingsbijeenkomsten worden gehouden
- verzekeraar zal op x datum een contract aanbieden
- de aanbieder krijgt x weken om hier op te reageren
- de wijze waarop de verzekeraar bereikbaar is.
- uiterlijk na x weken zal verzekeraar reageren op reactie van de aanbieder.

De NZa zal er op toezien dat verzekeraars uiterlijk op 1 april dit proces bekend maken aan aanbieders.

Een dergelijk systeem komt tegemoet aan klachten van zorgaanbieders dat het contracteerproces niet transparant is. Het contracteerproces wordt daarmee transparanter zowel te behoeve van de zorgaanbieder, als uiteindelijk ten behoeve van de patiënt en verzekerde.

3. Ingroeien

Het gewijzigde artikel 13 is bij aanvang niet van toepassing op huisartsenzorg. Deze wordt voor de eerste twee jaar uitgezonderd. In die periode loopt een monitoring mee. Na evaluatie wordt huisartsenzorg ingefaseerd.

4. Zorg van aanbieders die ondermaats of matig presteren.

Deze wet is gemaakt om – in andermans woorden – cowboys uit de zorg te weren. Het is mogelijk om zorgaanbieders die ondermaats of matige zorg leveren überhaupt niet te contracteren. Als ze wel gecontracteerd zijn, wordt het makkelijker om zorg van aanbieders die ondermaats of matige zorg leveren niet te vergoeden onder een naturapolis onafhankelijk van de vraag of er wel of geen contract gesloten is. De bewijslast blijft echter wel bij de zorgverzekeraar liggen. (Bij een restitutiepolis is dit niet op deze manier te regelen aangezien de patiënt of verzekerde dan met de schade blijft zitten.) Het toezicht van de IGZ en het medisch tuchtrecht blijven onverkort van toepassing op zowel de kwaliteit als op fraude.

5. Monitoring

De NZa zal in aanvulling op de marktscan Zorgverzekeringsmarkt de werking en effecten van artikel 13 monitoren. Elementen waar de NZa in ieder geval jaarlijks verslag over uitbrengt zijn:

- aanbod van naturapolissen, restitutiepolissen en combinatiepolissen
- aantal verzekerden naar soort polis
- de mate waarin niet voldaan wordt aan het level playing field voor kleine zorgaanbieders
- eventuele inbreuken op de verplichtingen uit deze wet
- eventuele knelpunten met betrekking tot het inkoopproces kleine zorgaanbieders die leiden tot negatieve effecten voor patiënten of verzekerden.
- de mate waarin kleine zorgaanbieders worden gecontracteerd
- de mate waarin er ruimte blijft voor nieuwe toetreders

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
6 mei 2014

Kenmerk
370214-120749-Z

Bijlage 3

\\SSCDATA02.frd.shsdir.nl\LT
_27032\$\Downloads\Nota ter
voorbereiding overleg
Minister 8mei2014 inzake art
13.docx

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Vergaderdatum en tijd 8 mei 2014
 15.00 uur

Paraaf directeur DGCZ

1 Aanleiding en doel overleg

U heeft verzocht om een overleg over de voorgenomen wetswijziging van art. 13 Zvw op donderdag 8 mei.

2 Deelnemers overleg

- DGCZ
- Directie Zorgverzekeringen: [redacted] en [redacted].
- Directie Markt en Consument: [redacted], [redacted]

3 Te bespreken punten

- Onderhandelingen met SGP/CU/D66.
- We zullen u een terugkoppeling geven van het tweede gesprek met DG Sanco dat plaats vindt op 7 mei.
- Verdere verloop van het proces.

4 Advies en toelichting

- U heeft in de twee weken voorafgaand aan het meireces met SGP/CU/D66 onderhandeld, waarbij in principe een akkoord is bereikt over steun voor het wetsvoorstel (zie bijlage 1). Er waren nog een aantal vragen, waarvan de uitwerking door u op 24 april aan partijen is overhandigd (zie bijlage 2). U heeft eerder aangegeven dat in de week van 13 mei verder wordt gesproken met partijen.
- Op woensdag 7 mei zal een gesprek plaatsvinden met DG Sanco, een terugkoppeling zal tijdens het overleg op 8 mei aan u worden gegeven.

Ter achtergrondinformatie: EU Parlements lid Oomen heeft (18 september 2013) vervolgvragen gesteld aan de EC. Die vragen zijn (november 2013) beantwoord door de Commissie (zie bijlage 3). In lijn met de eerdere beantwoording meldt de Commissie, dat een lagere vergoeding voor in het buitenland verleende zorg dan aan in NL gecontracteerde zorgverleners wordt gegeven het vrije verkeer belemmert. In afwijking van de eerdere antwoorden meldt de Commissie dat zij zich nog geen definitief oordeel kan vormen aangezien haar in dit verband nog geen rechtvaardigingen (van de inbreuk op het vrije verkeer die artikel 13 in de ogen van de Commissie veroorzaakt) werden voorgelegd.

Directie
Zorgverzekeringen
Kenmerk
370214-120749-Z


Senior Beleidsmedewerker

Bijlage 2 Notitie uitgereikt op 24 april 2014

Notitie ten behoeve van overleg met SGP, CU, D66, PvdA en VVD

Deze notitie gaat in op een aantal vragen die gesteld zijn d.d. 16 april 2014

10.2.g en 11.1

Bij het herfstakkoord heeft de Minister van Financiën in overleg met de politieke partijen een extra bijdrage van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevraagd ter oplossing van de toenmalige budgettaire opgave. Om dat te kunnen bewerkstelligen waren er drie mogelijkheden: (1) 10.2.g en 11.1, (2) 10.2.g en 11.1 of (3) 10.2.g en 11.1. De minister van VWS heeft gekozen voor de doelmatigheidsverbetering. Dat heeft zij ingevuld door met alle partijen uit het veld afspraken te maken over kwaliteit en volumebeperking/doelmatigheidsvergroting. Dit is expliciet in de hoofdlijnenakkoorden neergeslagen. Doelmatigheidsverbetering is al langer een thema, maar hoe garandeer je dat er ook daadwerkelijk wordt geleverd? De verzekeraars hebben de rol als inkoper en zij kunnen doelmatigheidsverbetering afdwingen. Door de inkoop selectief te doen kunnen er afspraken over kwaliteitsverbetering en volumebeperking worden gemaakt, zonder dat er wachtlijsten ontstaan.

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

. Alle akkoorden zijn ondertekend door de relevante zorgaanbieders (instellingen – reguliere en nieuwe toetreders -, beroepsbeoefenaren, patiëntenorganisaties, verzekeraars en VWS).

Het belang van wijziging van artikel 13 voor GGZ-zorg

In de bestuurlijke akkoorden GGZ zijn diverse afspraken gemaakt over de verschuiving van patiëntenstromen, ambulantisering en het bevorderen van kwalitatief goede zorg en gepast gebruik. 10.2.g en 11.1

- 10.2.g en 11.1
 - 10.2.g en 11.1
 - 10.2.g en 11.1
 - Uit een praktijkvariatiestudie van Vektis blijkt er op onderdelen sprake te zijn van een sterke praktijkvariatie in de GGZ, met name waar het gaat om klinische opnamen^[1]. Het percentage opnames per instelling varieert fors. 10.2.g en 11.1
- Daarnaast blijkt uit het kostenonderzoek GGZ (NZa) dat bij de verslavingszorg de spreiding in gemeten kosten veel groter is dan bij de andere behandelgroepen. 10.2.g en 11.1
- . Voorbeelden:

[1] Vektis heeft alleen gekeken naar ggz met betrekking tot angst- en stemmingsstoornissen (exclusief bipolaire stoornissen) alcoholverslaving, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en overige psychotische stoornissen.

- 10.2.g en 11.1 [redacted].
- 10.2.g en 11.1 [redacted].
- 10.2.g en 11.1 [redacted].
- 10.2.g en 11.1 [redacted] 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
- Het toepassen van een gewijzigd art. 13 leidt tot kwaliteitsverhoging. Het frequent genoeg behandelen/toepassen van een bepaalde therapie is een kenmerk van kwaliteit. Vaker een bepaalde therapie inzetten leidt tot kwaliteitsverhoging; 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted].
- 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
- Zorgaanbieders krijgen een sterkere prikkel om over te gaan tot het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar, waardoor gestuurd kan worden op prijs, kwaliteit en volume. In de huidige situatie - door het instellen van budgetplafonds en kwaliteitseisen door zorgverzekeraars - kiezen (met name nieuwe) situatie GGZ-aanbieders er zelf vaak voor om geen contract te sluiten en te werken voor een gedeeltelijke vergoeding op basis van art 13 (bijv. 75%). Verschillende aanbieders van verslavingszorg en ambulante GGZ geven openlijk aan uit te komen met deze lagere vergoeding en aan patiënten wordt geen eigen betaling gevraagd. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted] 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted] 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]

10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]

Er kunnen extra waarborgen gesteld worden om te bewaken dat zorgverzekeraars voor natura verzekerden voldoende divers zorgaanbod inkopen. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]

10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted] 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted] 11.1 [redacted]
[redacted]

10.2.g en 11.1

In deze variant is het gewijzigde artikel 13 bij aanvang van toepassing op medisch specialistische zorg, GGZ zorg en wijkverpleging conform de hoofdlijnenakkoorden. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Ook in het huidige jaar streven zorgverzekeraars al naar het afronden van de contractering voor november en een open, transparant en evenwichtig inkoopbeleid, opdat zorgaanbieders tijdig weten waarop zij kunnen rekenen. Dit maakt onderdeel uit van de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Parlementaire vragen
31 oktober 2013

E-010662/2013

Antwoord van de heer Borg namens de Europese Commissie

Overeenkomstig richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg¹ moet een lidstaat erop toezien dat de kosten die zijn gemaakt door een verzekerde die grensoverschrijdende gezondheidszorg ontvangt worden terugbetaald tot het bedrag dat ten laste zou zijn genomen indien de gezondheidszorg zou zijn verstrekt op het grondgebied van de lidstaat waar die persoon is verzekerd.

Wat de vaststelling van het bedrag dat ten laste zou zijn genomen betreft zij erop gewezen dat de toepassing van terugbetalingstarieven of –bedragen die lager zijn dan die welke worden toegepast voor gezondheidszorg die werd verstrekt door gecontracteerde zorgverleners in Nederland patiënten zou ontmoedigen om gebruik te maken van hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg. Dat zou bijgevolg een belemmering vormen voor de uitoefening van het vrije verkeer en zou op grond van dwingende redenen van algemeen belang moeten worden gerechtvaardigd. Er zou ook moeten worden aangetoond dat deze belemmering gezien het nagestreefde doel zowel evenredig als noodzakelijk was. Momenteel kan de Commissie zich nog geen definitief oordeel vormen aangezien haar in dit verband nog geen rechtvaardigingen werden voorgelegd.

Wat uw laatste vraag betreft zij eraan herinnerd dat de richtlijn de rechten codificeert die het Europees Hof van Justitie duidelijk heeft vastgesteld en die voortvloeien uit de bepalingen van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie inzake vrij verkeer. Wanneer de nodige voorzieningen worden getroffen waardoor patiënten deze rechten kunnen uitoefenen, houdt dat niet in dat grensoverschrijdende gezondheidszorg als doel op zich wordt aangemoedigd. De keuzemogelijkheden van de patiënten worden er wel door uitgebreid.

¹ PB L 88 van 4.4.2011 blz 45-65

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Rechtsbescherming en
Europa

Ontworpen door

Coördinator Europees recht

T 070-
@minvws.nl

nota

(ter beslissing)

Scenario's artikel 13 Zvw

Paraaf directeur

DGCZ

Directeur WJZ

Directeur MC

Directeur Z

Datum

12 mei 2014

Kenmerk

372418-120879-WJZ

Zaaknummer

Afschrift aan

Steller

WJZ -

WJZ -

Z -

Z -

Z -

MC -

MC -

MC -

IZ -

1 Aanleiding voor deze nota

In het gesprek op 8 mei met medewerkers van Z, MC en WJZ gaf u aan een uitwerking te willen zien van verschillende scenario's voor het vervolgtraject van de wijziging van artikel 13 Zvw. Deze nota bevat die scenario's, inclusief voor- en nadelen en is een aanvulling, met name vanuit Europeesrechtelijk perspectief, op eerdere nota's die u reeds heeft ontvangen met betrekking tot de wensen van de kleine christelijke partijen inzake de uitwerking van de wetwijziging binnen Nederland.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- U wordt verzocht een keuze te maken uit de hieronder geschetste scenario's. Bij een keuze voor scenario 3 10.2.g en 11.1 10.2.g en 11.1 en 11.1
- U wordt geadviseerd te kiezen voor scenario 2 (10.2.g en 11.1 10.2.g en 11.1 10.2.g en 11.1 (scenario 3) is een 10.2.g en 11.1 Scenario 1 is 10.2.g en 11.1 maar scenario 4 wordt 10.2.g en 11.1.

3 Samenvatting en conclusies

Er zijn vier mogelijke scenario's:

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
4. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]

**Directie Wetgeving en
Juridische Zaken**
Team Rechtsbescherming en
Europa

Kenmerk
372418-120879-WJZ

Deze scenario's worden hierna verder uitgewerkt.

1. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]

10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]

Voordelen:

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]

Nadeel:

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]

NB. 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

2. 10.2.g en 11.1 [redacted]

In antwoord op vragen uit het Europees Parlement heeft de Europese Commissie in november 2013 aangegeven dat de voorgestelde wijziging een beperking is van het vrij verkeer van diensten. De Commissie geeft aan nog geen definitief oordeel te kunnen vellen omdat zij op dat moment nog geen rechtvaardigingsgronden had gezien.

10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Voordelen:

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Rechtsbescherming en
Europa

Kenmerk
372418-120879-WJZ

Nadelen:

- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]
- 10.2.g en 11.1 [redacted]

3. 10.2.g en 11.1 [redacted]

De Europese Patiëntenrichtlijn geeft lidstaten de mogelijkheid om een systeem van voorafgaande toestemming in te stellen voor het invoeren van geplande intramurale of zeer gespecialiseerde zorg (kostenintensieve infrastructuur of apparatuur) in een andere EU-lidstaat.

10.2.g en 11.1 [redacted]

Volgens de richtlijn mag de zorgverzekeraar de toestemming op de volgende – limitatieve - gronden weigeren:

- Indien met redelijke zekerheid vaststaat dat de patiënt zal worden blootgesteld aan een veiligheidsrisico dat niet opweegt tegen de mogelijke baten van de behandeling;
- Indien met redelijke zekerheid vaststaat dat de bevolking zal worden blootgesteld aan een aanzienlijk veiligheidsrisico als gevolg van deze behandeling in een andere lidstaat;
- Indien de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder bij wie ernstige twijfels bestaan over de kwaliteit van de verleende zorg;
- Indien de zorg in eigen land kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is.

10.2.g en 11.1 [redacted]

10.2.g en 11.1

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Rechtsbescherming en
Europa

Kenmerk
372418-120879-WJZ

Voordelen:

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

Nadelen:

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

4. 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Rechtsbescherming en
Europa

Kenmerk
372418-120879-WJZ

10.2.g en 11.1

Voordeel:

- 10.2.g en 11.1

Nadelen:

- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

5 Draagvlak maatschappelijk

Zorgverzekeraars rekenen op de wetswijziging zoals die nu in de Tweede Kamer ligt. Scenario 3 is 10.2.g en 11.1 maar scenario 4 10.2.g en 11.1. 10.2.g en 11.1 van scenario 3 10.2.g en 10.2.g en 11.1 en met scenario 4 10.2.g en 11.1 10.2.g en 11.1 zullen scenario 3 en 4 10.2.g en 11.1

6 Financiële en personele gevolgen

Zie beschrijving scenario's.

7 Juridische haalbaarheid

Alle scenario's zijn juridisch haalbaar, zij het dat scenario 2 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1 [redacted] verder voor de voor- en nadelen en risico's de beschrijvingen van de scenario's.

8 Interne afstemming

De nota is afgestemd met MC en Z.

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Team Rechtsbescherming en
Europa

Kenmerk
372418-120879-WJZ

9 Gevolgen administratieve lasten

Scenario 3 en 4 10.2.g 10.2.g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted]
Coördinator Europees recht

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

TOEZICHT EN HANDHAVING (contact: directie Z)

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Onderwerp: Informatieverstrekking door zorgverzekeraars

- **Concrete resultaten (tussen- en/of eindproduct):**

- NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars tijdig hun verzekerden informeren over gecontracteerde zorg en vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg.

- **Toelichting:**

- NZa moet er op toe zien dat de zorgverzekeraar tijdig inzicht geeft in de gecontracteerde instellingen (ook in verband met mogelijk wijziging van art.13 zodat duidelijk is dat verzekeraars ook nul mogen vergoeden voor niet gecontracteerde zorg mits duidelijk is wie er gecontracteerd is op moment dat polis gesloten wordt) en daarmee samenhangend tijdig inzicht in de vergoedingen die de verzekeraar nog geeft bij bezoek aan (nog) niet gecontracteerde zorginstellingen.

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

10.2.e Wob, tenzij anders is vermeld.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker
T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
22 mei 2014

Kenmerk
378141-121413-Z

Bijlage 1

H:\artikel 13\92.Overleg
Minister - Zorgverzekeraar
CZ 23 mei 2014.docx

nota

Overleg met zorgverzekeraar CZ
(ter voorbereiding van een overleg)

Vergaderdatum en tijd 23 mei 2014 16 uur
Vergaderplaats VWS

Paraaf directeur DGCZ

1 Aanleiding en doel overleg

U heeft op 23 mei een overleg gepland staan met zorgverzekeraar CZ.

2 Deelnemers overleg

CZ: [redacted], [redacted], [redacted]

3 Te bespreken punten

CZ heeft aangegeven de volgende onderwerpen aan de orde te willen stellen:

- Stand van zaken art. 13 Zvw, de vrije artskenkeuze en cassatie CZ-Momentum.
- Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek. [redacted]

4 Advies en toelichting

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek. [redacted]

Stand van zaken art. 13 Zvw, vrije artskenkeuze, cassatie CZ-Momentum

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk

378141-121413-Z

- U kunt de laatste stand van zaken rondom art 13 toelichten.
- Op donderdag 22 mei komt in Nieuwsuur het item art 13/keuzevrijheid aan de orde. [REDACTED] is ook geïnterviewd ten behoeve van dit nieuwsitem.
- Achtergrondinformatie m.b.t. cassatie CZ-Momentum:
 - o Zorgverzekeraar CZ is in cassatie gegaan tegen de beslissing van het gerechtshof in 's-Hertogenbosch van afgelopen juli 2013.
 - o Het gerechtshof stelde toen de rechtbank Zeeland-West Brabant in het gelijk, die op 14 maart besliste dat CZ gehouden is om aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten minste 75 procent van het NZa-tarief voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg te vergoeden.
 - o CZ wilde die vergoeding beperken tot 50 procent, om selectiever te kunnen inkopen en zo de kosten in de zorg te kunnen beheersen.
 - o Zorgverzekeraar CZ heeft de conclusie van de Procureur-Generaal (P-G) ontvangen inzake de cassatieprocedure tegen Momentum.
 - o De conclusie is positief. De P-G concludeert tot vernietiging van het arrest van het hof, en vindt dat vrijwel alle klachten die CZ in cassatie heeft aangevoerd, gegrond zijn:
 1. De P-G vindt dat de huidige wet voor zich spreekt: men heeft recht op een vergoeding
 2. En dat de MvT in een ander tijdsbestek is geschreven.
 3. Dat er geen Europeesrechtelijke belemmeringen zijn.
 - o De Hoge Raad is uiteraard niet gebonden aan het oordeel van de P-G, maar in de meeste gevallen volgt de Hoge Raad wel het oordeel in de conclusie.
 - o De Hoge Raad heeft de datum voor zijn arrest bepaald **op 27 juni a.s.**
 - o Indien de Hoge Raad het advies van de P-G volgt, betekent dit dat zorgverzekeraar CZ (en ook andere zorgverzekeraars) vrij is om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zelf vast te stellen en alles behalve 0 euro mag zijn. In de huidige wet staat immers dat men recht heeft op een vergoeding.

Dit valt buiten de reikwijdte van het [REDACTED]
verzoek. [REDACTED]

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
- [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
378141-121413-Z

[Redacted]
Senior Beleidsmedewerker

10.2.e wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Ontworpen door

Senior Beleidsmedewerker

T 070

@minvws.nl

nota

(ter beslissing)

Brief NPCF art 13 Zvw

Paraaf directeur

DGCZ

Datum

25 mei 2014

Kenmerk

379216-121503-Z

Zaaknummer

H:\artikel 13\93.Algemeen
2014-05-26 0_52_16.docx

1 Aanleiding voor deze nota

U heeft gevraagd om de invulling van VWS op de vijf punten uit de brief van de NPCF d.d. 22 mei 2014 inzake art 13 Zvw.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Bent u akkoord met de invulling die VWS geeft aan de vijf punten van de NPCF?
- Indien u akkoord bent is het advies bij de onderhandelingen met SGP/CU aan te geven op welke wijze VWS de punten van NPCF invult danwel hoe deze in het te sluiten akkoord verwerkt zijn.

3 Samenvatting en conclusies

De NPCF verzoekt de volgende aspecten in uw besluitvorming over de wijziging van art 13 Zvw te betrekken:

- a) Zie erop toe dat de afspraken die in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg zijn gemaakt in samenhang worden nagekomen.
- b) Zie toe op een heldere afspraak tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over een polis-check voordat een patiënt een behandeling aanvangt.
- c) Garandeer ruime keuzemogelijkheid binnen de naturapolis.
- d) Garandeer behoud van de restitutiepolis.
- e) Voorkom dat innovatief zorgaanbod als gevolg van aanpassing van artikel 13 geen kans krijgt, door een al dan niet tijdelijke voorziening te treffen.

Ad a)

De NPCF doelt op de afspraken die in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg zijn gemaakt over patiënteninformatie en transparantie. De NPCF geeft in haar brief aan dat: "Meer informatie over keuzen die de zorgverzekeraars bij hun inkoop maken en betere patiënteninformatie zijn een noodzakelijke randvoorwaarde voor aanpassing van artikel 13." "Aanbieders moeten open zijn

over de resultaten van behandelingen. De zorginkoop moet grotendeels daar op gebaseerd zijn." "Openheid van verzekeraars is vereist waarom zij bepaalde zorg wel of niet inkopen."

Kenmerk
379216-121503-Z

Invulling VWS:

- In het algemeen wordt het nakomen van de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden gemonitord via de bestuurlijk overleggen die hierover regelmatig plaatsvinden. Uiteraard ziet u er strak op toe dat de gemaakte afspraken worden nagekomen.
- Specifiek wat betreft de afspraken over patiënteninformatie en transparantie:
- Transparant zijn over de contractering hoort bij een transparant stelsel.
- Verzekeraars dienen zich hiervoor in te zetten en in feite geldt hiervoor reeds een wettelijke verplichting. Uit de rechtspraak van de civiele rechter blijkt namelijk dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn.
- In de praktijk zien we dit ook tot uiting komen via de websites van zorgverzekeraars, waar het inkoopbeleid te vinden is.
- De aanscherping van art 13 draagt bij aan de inspanningen van zorgverzekeraars om het inkoopbeleid inzichtelijker te maken.
- Het nieuwe art 13 geeft de naturaverzekeraars een forse prikkel om uiterlijk zes weken voor het begin van het nieuwe verzekeringsjaar bekend te maken welke zorgaanbieders in dat jaar gecontracteerd zullen zijn.
- Zorgverzekeraars zullen op dat moment mogelijk niet alleen kenbaar maken aan de verzekerden welke zorgaanbieders wel danwel niet zijn gecontracteerd, maar ook op basis van welke criteria deze keuzes gemaakt zijn. Op basis van die informatie kan een verzekerde immers besluiten al dan niet van verzekeraar te wisselen.
- Patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken over hoe de kwaliteit van zorg gemeten wordt. De kwaliteitsgegevens worden verzameld in de vorm van meetgegevens en ervaringen. Kwaliteitsgegevens worden aangeleverd bij het Kwaliteitsinstituut. Ze zijn voor iedereen beschikbaar. Deze standaarden en gegevens vormen onder andere de basis voor het inkoopbeleid van de verzekeraar.
- Via de totstandkoming van 'Verstandig Kiezen' en 'Het kwaliteitsvenster'¹ hebben patiënten ook meer informatie beschikbaar over kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn er verschillende initiatieven waar patiënten en cliënten hun ervaringen kunnen delen en die van anderen kunnen lezen, bijvoorbeeld via Zorgkaart Nederland.
- Patiënten hebben uiteindelijk de ultieme beïnvloedingsmogelijkheid door van zorgaanbieder te switchen. Dat is een sterke prikkel voor aanbieders om goed te luisteren naar patiënten en voor verzekeraars om inzichtelijk te maken op basis van welke criteria zorg is ingekocht.

Ad b)

Een afspraak over een polis-check is volgens de NPCF nodig omdat voorkomen moet worden dat patiënten door te grote complexiteit van het aanbod aan

¹ Bij de keuze van de tien indicatoren van dit kwaliteitsvenster zijn de NPCF, cliëntenraden/patiënten, ziekenhuisbestuurders, kwaliteitsadviseurs en het bureau SiRM betrokken geweest.

polissen, achteraf geconfronteerd worden met rekeningen omdat tegen hun verwachting in een behandeling niet wordt vergoed.

Kenmerk
379216-121503-Z

Invulling VWS:

- De mening van de NPCF wordt gedeeld dat patiënten voorafgaand aan een behandeling zo goed mogelijk geïnformeerd dienen te worden over de in rekening te brengen tarieven en vergoeding daarvan door de zorgverzekeraar.
- Zorgaanbieders zijn reeds op basis van artikel 29 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht transparante informatie te verstrekken over de prestaties en tarieven voorafgaand aan een behandeling. De zorgaanbieder moet alle informatie aan de consument geven die relevant is om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Hierbij hoort dus ook het attenderen van de verzekerde op het feit de zorgaanbieder wel of geen contract heeft met zijn zorgverzekeraar en de mogelijke consequenties die dit kan hebben voor een vergoeding van de behandeling. De zorgaanbieder kan in dat geval de verzekerde naar zijn zorgverzekeraar verwijzen voor exacte informatie over zijn polisvoorwaarden.
- Met de wijziging van art 13 Zvw wordt geregeld dat zorgverzekeraars zes weken voor het begin van het nieuwe verzekeringsjaar, transparant moeten maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe verzekeringsjaar. Tevens dienen zij duidelijk te maken hoe hoog de vergoeding is indien de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Op die manier wordt de transparantie voor verzekerden vergroot en kunnen zij op basis van deze tijdige informatie een keuze maken voor een zorgverzekering voor het nieuwe verzekeringsjaar.
- Hoewel patiënten recht hebben op informatie over de prijs van een behandeling, is het niet altijd vanzelfsprekend om deze informatie aan de patiënt te verstrekken. Om die reden is samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en NPCF een traject gestart om het kostenbewustzijn bij patiënten te vergroten. Naast het inzichtelijk maken van de zorgnota voor de patiënt wordt ook ingezet op het vergroten van het inzicht in de kosten voorafgaand aan de behandeling. Dit wordt onder andere uitgevoerd door een communicatietraject om burgers beter te informeren over de financiële aspecten van de zorg.

Ad c en d)

De NPCF geeft aan van zorgverzekeraars te verwachten dat zij ruim contracteren voor naturapolissen en dat de restitutiepolis moet blijven bestaan.

Invulling VWS:

- Voor wat betreft de restitutiepolis: verzekerden blijven de mogelijkheid houden te kiezen tussen een natura-, restitutie- of combinatiepolis. De verwachting is zelfs dat het polisaanbod transparanter zal worden, omdat via de wetswijziging wordt geregeld dat art 13 alleen van toepassing kan zijn op de naturapolis. Hiermee heeft een verzekerde met een restitutiepolis altijd recht op een volledige vergoeding van zorg (volgens Nederlands marktconform niveau).
- Verder verwacht VWS, net zoals de NPCF ook verwacht, dat de naturapolis voor patiënten alleen nog aantrekkelijk is als deze redelijke keuzevrijheid biedt en prijsvoordeel heeft ten opzichte van de restitutiepolis. Indien dit niet zo is, zal de verzekerde voor een restitutiepolis te kiezen en daarmee faalt de inkooprol die de zorgverzekeraars in ons stelsel is toebedeeld.
- VWS kan niet wettelijk opleggen aan verzekeraars dat zij binnen de naturapolis een ruim aanbod moeten contracteren (wel hebben zij uiteraard een zorg-

plicht), 10.2.g en 11.1

Kenmerk
379216-121503-Z

De verwachting is dat 10.2.g en 11.1

Ad e)

De NPCF stelt voor een tijdelijke voorziening te treffen om te voorkomen dat innovatief aanbod geen kans krijgt. De NPCF stelt voor een tijdelijke voorziening in te vullen via een (tripartiete) geschillencommissie voor situaties waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars in conflict raken.

Invulling VWS:

- U heeft met partijen aanvullende afspraken gemaakt over een level playing field: Zorgverzekeraars zullen in hun inkoopbeleid duidelijk moeten aangeven dat zij een level playing field hebben gehanteerd voor de zorgaanbieders. Dit level playing field dient er zorg voor te dragen dat zowel grote als kleine aanbieders gecontracteerd zullen worden en ook rekening gehouden wordt met de samenstelling van het verzekerdenbestand. Hiertoe kan ook innovatief aanbod worden gerekend.
- Daarnaast wordt onderhandeld over een tijdelijk overgangsregime voor een aantal sectoren om in die periode tot een optimaler level playing field te komen.

Geschillencommissie

- De vraag is of een geschillencommissie een oplossing biedt voor het mogelijke knelpunt dat de NPCF schetst rondom innovatief aanbod. Ook lijkt de NPCF een ander beeld te hebben van een geschillencommissie dan dat VWS heeft. Een geschillencommissie kan niet garanderen dat innovatief aanbod wordt gecontracteerd, maar toetst het inkoopproces.
- 10.2.g en 11.1
- 10.2.g en 11.1
- t.
- 10.2.g en 11.1
- In het huidige concept akkoord is momenteel deze optie niet opgenomen, 10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

Kenmerk
379216-121503-Z

5 Draagvlak maatschappelijk

10.2.g en 11.1

6 Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7 Juridische haalbaarheid

N.v.t.

8 Interne afstemming

N.v.t.

9 Gevolgen administratieve lasten

N.v.t.

Senior Beleidsmedewerker

Van: VWS
Verzonden: woensdag 4 juni 2014 10:58
Aan: VWS
VWS
VWS

10.2.e tenzij anders is aangegeven.

Doc. 98

Onderwerp: FW: WIJZIGING MINISTER Brief voorstel vanuit beleid, gecheckt door [redacted] jouw versie staat eronder.

Zie onderstaand IN HOOFDLETTERS DE WIJZIGING VAN DE MINISTER IN DE LAATSTE ALINEA.

Gr. [redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]
secretaresse minister VWS
tel. 070- [redacted]
gsm: 06- [redacted]

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: VWS
Verzonden: woensdag 4 juni 2014 10:47
Aan: Schippers, E.I. (Edith Ingeborg)
CC: VWS

Onderwerp: Brief voorstel vanuit beleid, gecheckt door [redacted] jouw versie staat eronder.

Geachte voorzitter,

Concept tekst kamerbrief. Definitieve versie is reeds openbaar. Zie lijst.

Concept tekst kamerbrief. Definitieve versie is reeds openbaar. Zie lijst.

Doc. 98

Hoogachtend,

Geachte voorzitter,

Concept tekst kamerbrief. Definitieve versie is reeds openbaar. Zie lijst.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport,

VOLKSGEZONDHEID

WEL

- 5 JUNI 2014

SCANPLAZA



Ministerie VWS
Mevrouw E. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Leiden, 3 juni 2014
Referentienummer: 2014-4420
Betreft: Aanpassing Art. 13 Zorgverzekeringswet

Excellentie,

De Hoornvliespatiëntenvereniging HPV heeft met verontrusting kennis genomen van het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waarin Zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om uitkeringen krachtens de Naturapolis terug te brengen onder de huidige norm - zelfs tot nul - als er geen contract loopt met zorgverleners.

Zo zal gelden dat patiënten die een langdurige vertrouwensrelatie hebben met hun zorgverleners gedwongen zullen worden om over te gaan naar een andere zorgverlener, omdat er geen vergoeding meer wordt gegeven.

Hoornvliespatiënten zijn voor hun zorg afhankelijk van 'superspecialisten' die bijvoorbeeld voldoende expertise hebben voor hoornvliestransplantaties. De contractering door zorgverzekeraars, van de door hen geprefereerde zorgaanbieders, heeft als nadeel dat voor specialistische behandelingen er een grote afhankelijkheid ontstaat van de afgesloten contracten. Keuzevrijheid bij deze nichebehandelingen is daarmee niet mogelijk, zonder eventueel van ziektekostenverzekeraar te moeten wisselen.

Ziektekostenverzekeraars geven geen toelichting op de keuzes die zij maken voor een bepaalde zorginstelling. Hiermee wordt het de zorgconsument niet duidelijk waarom de ene zorgaanbieder wel gecontracteerd is en de ander niet. Door de artikelwijziging wordt het zelfs mogelijk dat de volledige behandeling door de zorgconsument betaald moet worden.

Voorts zal door deze artikelwijziging het premieverschil tussen een Restitutiepolis en een Naturapolis vergroot worden. Er zal een verschil ontstaan tussen hen die de middelen en kennis hebben om een Restitutiepolis af te sluiten en zij die dit niet hebben of weten. Dit is strijdig met het solidariteitsprincipe van de zorgverzekeringswet.



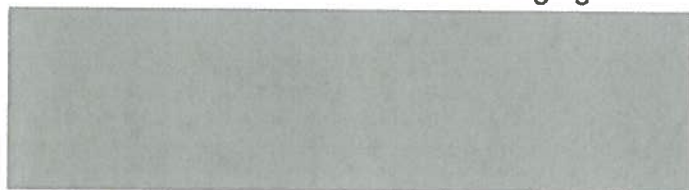
De vrije keuze voor een zorgverlener komt dan in feite te vervallen, een recht dat bij de totstandkoming van de wet in 2006 met alle partijen is overeengekomen.

Deze vrije keuze voor zowel zorgverlener als zorgverzekeraar staat hoog in het vaandel in ons land en dient gerespecteerd te blijven. Het wijzigen van artikel 13 zal hier contraproductief in zijn. Als de zorgverzekeraar zijn rol in de kostenbewaking uitoefent mag dat niet leiden tot complete uitsluiting van zorgverleners of onverzekerde kosten voor patiënten.

Uiteraard hebben wij groot belang bij een kwalitatief goede zorg en zijn wij medeverantwoordelijk voor een blijvend betaalbare zorg. Hierdoor zien wij ons genoodzaakt een ingreep als door de NZa voorgesteld absoluut af te wijzen.

Wij vertrouwen erop dat u onze argumenten meeneemt in uw besluitvorming.

Met vriendelijke groet
Bestuur Hoornvlies Patiënten Vereniging



Voorzitter

Cc Leden van de Tweede Kamer der Staten Generaal
Fractievoorzitters van de Tweede Kamer der Staten Generaal
Nederlandse Zorgautoriteit N(Za).



Postbus 557 - 2300 AN Leiden



Doc. 100
TPGPOST
€00056ct
#FM86170
NEDERLAND

VOEG VERZEND
WE EN

- 5 JUNI 2014
SCANPLAZA

603P 2500E-050

Doc. 100