

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1095

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over *het bericht dat zorgverzekeraars steeds vaker op de stoel van de arts gaan zitten* (ingezonden 20 december 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 februari 2017) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2016–2017, nr. 917

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat revalidatiespecialist OCA via de rechter af moet dwingen dat zorgverzekeraars CZ en Zorg en Zekerheid zich niet meer bemoeien met het oordeel van de specialist?¹

Antwoord 1

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. De behandelende arts bepaalt welke zorg nodig is, mede aan de hand van richtlijnen en protocollen. Soms ontstaat er verschil van inzicht. Het is goed dat een rechter zich over dat verschil van inzicht kan uitspreken.

Vraag 2

Vindt u het wenselijk dat revalidatiecentra maandenlang moeten motiveren waarom iemand recht heeft op revalidatie? Zou een doorverwijzing van de medisch specialist niet voldoende moeten zijn?

Antwoord 2

Nee dat is niet wenselijk.

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een machtigingsprocedure. Een verwijzing van de medisch specialist naar een andere zorgverlener is één van de voorwaarden voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet. Of een zorgverzekeraar de eis van toestemming vooraf hanteert, is de eigen beslissingsbevoegdheid van de verzekeraar. Zorgverzekeraars die een machtigingsprocedure hanteren, geven desgevraagd aan dat zij binnen tien werkdagen een reactie geven op een machtigingsaanvraag. Zorgverzekeraars geven eveneens aan dat wanneer er

¹ AD, «Zorgverzekeraars steeds vaker op stoel arts», d.d. 15 december 2016

informatie ontbreekt om een goede toetsing uit te voeren, aanvullende informatie kan worden opgevraagd en kan de procedure langer duren. Mocht een patiënt van mening zijn dat hij onterecht moet wachten, of een procedure duurt «maandenlang» zonder dat de zorgverzekeraar ingrijpt, dan kan hij dat melden bij de NZa.

Vraag 3

Erkent u dat het schadelijk is om niet direct met revalidatie te kunnen starten voor het herstel van mensen na bijvoorbeeld een ongeluk of een hersenbloeding? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

Indien er sprake is van acute zorg, dan kan het verkrijgen van een toestemming niet leiden tot vertraging in de zorgverlening. Spoedeisendheid was in deze gevallen, zo heb ik begrepen, niet aan de orde. In die gevallen is overigens ook vlotte start van het revalidatietraject belangrijk. De zorgverzekeraar heeft ter zake een zorgplicht.

Vraag 4, 5

Bent u van mening dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar beter de zorginhoudelijke afweging kan maken of iemand een revalidatietraject moet ondergaan dan de medisch specialist? Kunt u uw antwoord nader toelichten? Op basis waarvan oordeelt de medisch adviseur van de zorgverzekeraars, dat de verwijzing van de medisch specialist onterecht is? Zijn deze adviseurs die vaak helemaal geen expertise hebben op dit gebied, daar überhaupt toe bevoegd?

Antwoord 4, 5

De medisch specialist stelt de medische indicatie en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar stelt de verzekeringsindicatie. De medisch adviseur is degene die beoordeelt of er – gelet op de zorginhoudelijke afwegingen en de vigerende Zvw aanspraken – in de individuele situatie sprake is van een aanspraak in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Vraag 6, 9

Wat vindt u ervan dat de zorgverzekeraars op deze manier op de stoel van de arts gaan zitten en ervoor zorgen dat mensen ondanks een verwijzing van de medisch specialist maandenlang moeten wachten op een behandeling of deze zelfs helemaal niet krijgen?

Bent u voorts van mening dat zorgverzekeraars die mensen met een verwijzing de zorg waar zij recht op hebben, onthouden of frustreren, voldoen aan hun zorgplicht? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6, 9

Zorgverzekeraars toetsen of er sprake is van een aanspraak. Zorgverzekeraars gaan daarmee niet op de stoel van de arts zitten maar doen een toets op de doelmatigheid en rechtmatigheid. Het weigeren van toestemming op deze gronden staat dus niet op gespannen voet met de zorgplicht. De zorgplicht schrijft voor dat de nodige zorg geleverd wordt, niet door wie en waar de zorg wordt geleverd. De zorgplicht schrijft ook voor dat er sprake moet zijn van redelijke termijnen. Voldoet de zorgverzekeraar daar niet aan dan kan dat worden gemeld bij de NZa.

Vraag 7

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars revalidatiecentra onder druk zetten allerlei vertrouwelijke informatie uit het medisch dossier aan te leveren als onderdeel van de motivatie waarom een patiënt recht heeft op revalidatie?

Antwoord 7

Om de voorafgaande toetsing uit te voeren, dienen zorgverzekeraars de beschikking te hebben over de gegevens die hiervoor noodzakelijk zijn maar ook niet meer dan dat. Zonder gegevens kunnen zorgverzekeraars de toetsing niet uitvoeren en kan de verzekerde niet de garantie worden geboden dat de te volgen behandeling door de zorgverzekeraar wordt vergoed. In de procedure heeft OCA overigens aangegeven dat de privacy van patiënten

geen onderwerp van geschil is, omdat het toezicht daarop in goede handen is bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Vraag 8

Bent u van mening dat een verwijzing van een medisch specialist het recht op zorg aantoonst? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

Verwijzing naar medisch-specialistische zorg is een voorwaarde voor vergoeding ten laste van de zorgverzekeringswet. Een verwijzing geeft niet per definitie uitsluitel of en hoe een verzekerde op die zorg van de aangezochte arts is aangewezen in het kader van vergoeding door de Zvw. Uit de historie zijn voldoende voorbeelden bekend dat dit oordeel alleen niet automatisch een aanspraak impliceert.

Vraag 10

Is het niet in strijd met de Zorgverzekeringswet dat de ene zorgverzekeraar revalidatietrajecten wel vergoedt vanuit de basisverzekering en de andere niet? Wat vindt u van de willekeur die zo ontstaat?

Antwoord 10

Het basispakket is voor iedere verzekerde gelijk. Het is aan zorgverzekeraars om te beoordelen of er – gelet op de zorginhoudelijke afwegingen en de vigerende Zvw- aanspraken – in de individuele situatie sprake is van een aanspraak in de zin van de Zvw. Het is ook aan de zorgverzekeraars om te bepalen hoe zij hun contracteer- en machtigingsbeleid inrichten. Als er onduidelijkheden of grote verschillen bestaan in het oordeel van zorgverzekeraars is het aangewezen om het Zorginstituut Nederland te vragen om een zienswijze.

Vraag 11

Erkent u dat het voor een zorgverzekeraar lucratief kan zijn de groep verzekerden die gebruik maakt van revalidatiezorg, van zich af te stoten? Erkent u voorts dat het frustreren of ontzeggen van revalidatiezorg een zoveelste manier van risicoselectie kan zijn?

Antwoord 11

Het systeem van de risicoverevening zorgt ervoor dat zorgverzekeraars ex ante worden gecompenseerd voor hoge kosten van hun verzekerden. Dit systeem is sterk ontwikkeld en in hoge mate verfijnd. De NZa heeft in haar brede onderzoek naar risicoselectie geen doelbewuste acties van zorgverzekeraars gericht op risicoselectie vastgesteld. In het onderhavige geval geldt dat iedere verzekerde bovendien gebruik kan maken van gecontracteerd aanbod waar geen machtigingsbeleid geldt.

Vraag 12

Wat vindt u ervan dat zorgaanbieders via de rechter af moeten dwingen dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen? Is dit niet de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)?

Antwoord 12

Dit volgt uit de wijze waarop de rollen en verantwoordelijkheden in Nederland zijn vormgegeven. Indien zorgaanbieders het niet eens zijn met het beleid van zorgverzekeraars kunnen zij zich wenden tot de rechter of tot de onlangs opgerichte «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering». De NZa houdt in het algemeen toezicht op het nakomen van de zorgplicht door zorgverzekeraars. In dat kader kunnen zorgaanbieders en patiënten ook klachten melden bij de NZa.

Vraag 13

Onderschrijft u hetgeen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen stelt, namelijk dat veel meer revalidatiecentra zoals OCA tegen dit probleem aanlopen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 13

Ik heb hier geen gegevens over. Als er ten aanzien van een behandeling onduidelijkheid bestaat of die onderdeel is van het pakket en zorgverzekeraars daar verschillend over oordelen, dan kan een zienswijze worden gevraagd aan het Zorginstituut Nederland.

Vraag 14

Klopt het dat bij gecontracteerde revalidatiecentra een verwijzing van de specialist volstaat en dat dit probleem zich uitsluitend voordoet bij revalidatiecentra die geen contract hebben met de betreffende zorgverzekeraar?

Antwoord 14

Binnen een contract is het mogelijk afspraken te maken over de doelmatige inzet en de criteria op grond waarvan een toetsing uitgevoerd wordt. Deze mogelijkheid bestaat niet voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De criteria op grond waarvan getoetst wordt of een verzekerde op de betreffende zorg is aangewezen dienen voor alle verzekerden dezelfde te zijn, ongeacht of zij naar een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan.

Vraag 15

Is het derhalve juist om te concluderen dat zorgverzekeraars aanvragen niet afwijzen op zorginhoudelijke gronden maar uitsluitend om revalidatiecentra te dwingen een contract met hen af te sluiten?

Antwoord 15

Zorgverzekeraars mogen aanvragen slechts afwijzen op zorginhoudelijke gronden. Daarnaast is er over en weer sprake van contractvrijheid.

Vraag 16

Bent u bereid om de zorgverzekeraars aan te spreken op hun gedrag en de Nederlandse Zorgautoriteit alsnog handhavend op te laten treden in het kader van het naleven van de zorgplicht? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 16

De NZa heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. Op het moment dat de zorgplicht in het geding komt, zal de NZa vanuit haar toezichtsrol de verzekeraar hierop aanspreken.