

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

1559

Vragen van het lid **Ploumen** (PvdA) aan de Minister voor Medische Zorg over *de manier waarop het zorgstelsel klantvriendelijker kan worden* (ingezonden 16 januari 2020).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 3 februari 2020).

Vraag 1

Bent u op de hoogte van de voorstellen van de directeur belangenbehartiging van de Consumentenbond? Wat is uw reactie?¹

Antwoord 1

Ja. Ik ben het niet eens met het voorstel om tussentijds overstappen mogelijk te maken, zodat iemand altijd bij de aanbieder van zijn voorkeur terecht zou kunnen. Ik ga hier bij de beantwoording van de onderstaande vragen dieper op in.

Vraag 2

Deelt u de mening dat het niet acceptabel is om burgers de dupe te laten worden van het onvermogen van zorgverzekeraars om tijdig duidelijkheid te geven over contracten met zorgaanbieders? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u hier aan doen?

Antwoord 2

Bij discussies over hun onderlinge afspraken moeten zorgverzekeraars en ziekenhuizen hun uiterste best doen om de patiënt zo veel mogelijk te ontzien. Goede en toegankelijke zorg moet vooropstaan. Verzekeraars en aanbieders hoeven bij de start van het overstapeseizoen op 12 november nog niet alle contractonderhandelingen afgerond te hebben. Dat wil ik ook niet verplichten. Het vaststellen van een datum wanneer alle contracten afgesloten moeten zijn zou de onderhandelingsmacht tussen de partijen uit balans brengen.

Onderscheid moet worden gemaakt tussen de restitutie- en naturapolis. Bij de laatste moeten zorgverzekeraars voldoende inkopen om aan de zorgplicht te voldoen. Wil een verzekerde maximale keuzevrijheid hebben in de keuze van zorgaanbieder, dan kan hij/zij ervoor kiezen om een restitutiepolis af te sluiten. In het geval van een restitutiepolis heeft een verzekerde geen recht

¹ Telegraaf, 15 januari 2020, «Zadel consument niet op met geruzie over geld».

op zorg, maar recht op vergoeding van zorg. Dan is het ook niet nodig dat er door de zorgverzekeraar gecontracteerd wordt. Verzekeraars geven op hun website aan met welke zorgaanbieders zij een contract hebben gesloten. Verzekeraars zetten zich in om deze informatie up-to-date te houden; zodra er een contract is afgesloten, wordt dit aangepast op hun website. Wanneer de contractonderhandelingen nog lopen, dan kan een verzekeraar kiezen voor drie varianten: vergoeding alsof er een contract is, vergoeding alsof er geen contract is, of nog niet bekend. Wanneer er uit wordt gegaan van vergoeding alsof er niet is gecontracteerd, kan er sprake zijn van financiële consequenties in de vorm van een bijbetaling. Een verzekeraar mag dus ook aangeven dat het nog niet bekend is wat de vergoeding wordt, maar die onduidelijkheid heeft niet mijn voorkeur. Het is namelijk van belang dat voor een verzekerde duidelijk is wat de vergoeding is die hij of zij kan verwachten bij een zorgaanbieder. Verder verwijs ik u nog naar de brief die tijdens het ordedebat van 10 december 2019 is verzocht over het recht op zorg en onnodige behandelingen. Deze brief heb ik op 29 januari 2020 aan u toegestuurd. Verzekeraars hebben afgelopen overstapeseizoen aangegeven hoe zij omgaan met aanbieders waar zij nog mee in onderhandeling zijn. De meeste verzekeraars hebben in de loop van december aangegeven dat de onderhandelingen nog niet met alle ziekenhuizen zijn afgerond, maar dat desondanks bij deze aanbieders de zorg vergoed zal worden als ware het gecontracteerde zorg. Ook wanneer er uiteindelijk geen contract wordt afgesloten.

Vraag 3 en 4

Wat vindt u van het voorstel om consumenten de mogelijkheid te geven om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar als ze tijdens het kalenderjaar geconfronteerd worden met een patiëntenstop en er op het moment van afsluiten van de verzekering nog geen duidelijkheid was over gecontracteerde zorgverleners?

In hoeverre is deze mogelijkheid in te passen binnen het huidige stelsel? Wat zouden voor- en nadelen zijn?

Antwoord 3 en 4

Het is van belang dat de zorg van goede kwaliteit is en betaalbaar blijft. Een van de manieren om dat te bewerkstelligen is het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars; budgetplafonds en/of volumeafspraken maken daar soms onderdeel van uit. Het is van belang dat patiënten goed worden voorgelicht wanneer er een patiëntenstop is afgekondigd. (NB: Patiënten die acute zorg nodig hebben kunnen overal en altijd geholpen worden.) Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Bij een patiëntenstop moeten verzekeraars er voor zorgen dat patiënten ergens anders in de omgeving op tijd terecht kunnen.

In de Regeling «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-010) van de NZa staat dat een zorgverzekeraar die met volumeafspraken of budgetplafonds werkt, verzekerden moet informeren over de afspraken en de mogelijke consequenties. Per 1 november 2019 heeft de NZa de regels rondom het informeren van verzekerden over volumeafspraken of omzetplafonds aangescherpt. Zorgverzekeraars dienen sinds 1 november 2019 op de website per zorgaanbieder aan te geven hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken of budgetplafonds wanneer deze mogelijke consequenties hebben voor de verzekerden. De verzekeraars dienen dan ook aan te geven wat deze mogelijke consequenties zijn. De NZa ziet er op toe dat dit op juiste wijze gebeurt en informeert mij in het voorjaar hierover in de Brief «Acties NZa tijdens het overstapeseizoen 2019/2020».

Het voorstel van de Consumentenbond is dat verzekerden van verzekering mogen wisselen als er toch een patiëntenstop van kracht is en dit bij het afsluiten van de verzekering niet te voorzien was omdat de onderhandelingen nog liepen.

Hoewel het voorstel sympathiek lijkt voor verzekerden, vind ik het geen goed plan. Verzekerden kunnen als ze niet geconfronteerd willen worden met een patiëntenstop kiezen voor een restitutieverzekering of voor een naturaverzekeraar die de onderhandelingen al wel heeft afgerond en heeft gemeld dat er geen budgetplafond is afgesproken bij de zorgaanbieder van zijn/haar voorkeur. Tussentijds wisselen van zorgaanbieder is qua uitvoering lastig, bijvoorbeeld voor de risicoverevening en het eigen risico.

Maar daarbij komt dat als verzekerden mogen overstappen bij een patiëntenstop, de verzekeraar minder goed afspraken kan maken met zorgaanbieders om zo de zorg betaalbaar te houden. Zorgverzekeraars kunnen naast het beperken van de stijging van de zorgkosten, ook andere redenen hebben om een omzetplafond af te spreken, bijvoorbeeld om te sturen op zorgkwaliteit of op de spreiding van voldoende zorgaanbod in de regio.

Vraag 5

In hoeverre zijn zorgverzekeraars nu transparant over de contracten met zorgaanbieders wat betreft de kwaliteit? Hoe zou dit volgens u beter kunnen?

Antwoord 5

Een analyse van de websites van elf zorgverzekeraars (van ieder concern één) wijst uit dat de meeste zorgverzekeraars expliciet aandacht besteden aan het onderwerp «kwaliteit» en de rol die kwaliteit speelt bij zorginkoop. De mate van detail verschilt tussen zorgverzekeraars en tussen typen zorgaanbieders. Uit onderzoek² blijkt dat verzekerden interesse hebben in informatie over de kwaliteit van zorg vanuit de zorgverzekeraar. Zij zien de zorgverzekeraar na de huisarts als de meest aangewezen partij om informatie te verstrekken over de kwaliteit van zorg. Wel ontvangt het merendeel deze informatie het liefst op het moment dat ze zorg nodig hebben. De voorkeur gaat hierbij uit naar een gedetailleerd overzicht op de website van zorgverzekeraars met informatie van alle zorgaanbieders over hoe ze scoren op verschillende criteria. Daarnaast zet ik mij in om de kwaliteit van zorg meer transparant te maken via uitkomstinformatie. In mijn programma Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 werk ik aan uitkomstinformatie voor 59 aandoeningen die samen ruim 50% van de Nederlandse ziektelast vormen.

Vraag 6

Welke andere wijzigingen in het huidige stelsel zouden de zorgverzekering volgens u gemakkelijker en beter maken voor consumenten?

Antwoord 6

Ik verwacht u in maart te kunnen informeren over het onderzoek naar overstapgedrag van zorggebruikers en het overstapseizoen 2019/2020 (inclusief acties van de NZa). Daarnaast laat ik een monitor over het polisaanbod uitvoeren. Ook start ik een onderzoek naar de beleving van mensen met een polis met beperkende voorwaarden. Ik verwacht u deze onderzoeken rond het zomerreces toe te sturen. De resultaten van bovenstaande onderzoeken kunnen aanleiding geven om verbeteringen door te voeren in het huidige stelsel.

² Onderzoek Informatiebehoefte kwaliteit van zorg, Kantar Public, 21 maart 2019