

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 956

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2018

Tijdens het ordedebat van 22 november is een verzoek gedaan om een brief (Handelingen II 2018/19, nr. 27, item 9) over het «op» zijn van zorg. Hierbij ontvangt u mijn antwoord.

Mijn drie voornaamste reactiepunten zijn:

- Zorgverzekeraars en ziekenhuizen moeten hun uiterste best doen om de patiënt niet de dupe te laten zijn van (discussies over) hun onderlinge afspraken. Voor hen moet goede en toegankelijke zorg vooropstaan.
- Omzetplafonds (ook wel budgetplafonds) zijn een onderdeel van de reguliere wijze van contractering in de zorg. Zorgverzekeraars moeten er wel voor zorgen dat patiënten ergens anders in de omgeving op tijd terecht kunnen.
- Van belang is dat de patiënten goed worden voorgelicht. In de afgelopen jaren is hierin een aantal stappen gezet. De NZa onderzoekt momenteel opnieuw de vindbaarheid van informatie op de website van zorgverzekeraars. De resultaten worden in maart 2019 verwacht.

Als eerste merk ik op dat het niet goed is als discussies over (bij)contractering over de rug van patiënten wordt gespeeld. Zoals ik in mijn antwoorden op Kamervragen over Medisch Spectrum Twente (MST) en Zuyderland heb aangegeven (Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nrs. 906, 907 en 854) vind ik dat zorgverzekeraar en ziekenhuizen hun uiterste best moeten doen om de patiënt niet de dupe te laten zijn van afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Patiënten die acute zorg nodig hebben kunnen overal en altijd gewoon geholpen worden. Dat moet ook. Acute zorg kan niet geweigerd worden. MST heeft voor alle poliklinieken een stop ingesteld, met als uitzondering kinderen, verdenking op ernstige aandoening, zwangeren, dure geneesmiddelen, oncologie (<https://www.mst.nl/p/langere-wachttijden-poliklinisch-consult-patienten-zilveren-kruis/>). Zuyderland heeft voor een beperkte groep een patiëntenstop ingesteld. Bij Zuyderland is ook een

gezamenlijke verklaring uitgegaan van ziekenhuis en verzekeraar om patiënten uit te leggen wat er aan de hand is (<https://www.zuyderland.nl/nieuws/wachttijd-van-8-weken-voor-deel-vgz-patienten/>). Ik wil benadrukken dat door de zorgplicht van verzekeraars zij uiteraard wel verplicht zijn om te borgen dat patiënten voor andere vormen van zorg ergens anders in de omgeving op tijd terecht kunnen.

Ik ben me er van bewust dat er op dit moment al op diverse plekken wachttijden zijn, die de Treeknormen overschrijden. Zorgaanbieders zijn verplicht wachttijden inzichtelijk te maken (beleidsregel transparantie zorgaanbieders). Door omzetplafonds nemen de wachttijden voor een polikliniekbezoek voor bepaalde groepen patiënten toe. In de beantwoording van de schriftelijke vragen over de situatie bij het MST en Zilveren Kruis heb ik aangegeven dat ook de reguliere wachttijden voor een polikliniek bezoek voor enkele specialismen de Treeknorm overschrijden (peildatum oktober 2018). Hetzelfde geldt voor een paar poliklinieken in het Zuyderland. De extra wachttijden voor Zilveren Kruis en VGZ verzekerden komen daar bij. Zilveren Kruis en VGZ hebben aangegeven voldoende electieve zorg te hebben ingekocht bij andere zorgaanbieders in de omgeving. Betreffende patiënten kunnen dus eerder elders de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Uiteraard kunnen zij er ook zelf voor kiezen om de extra wachttijd bij het MST of het Zuyderland te accepteren.

Ten aanzien van de thuiszorg in Noord-Brabant voor verzekerden bij VGZ was er sprake van een andere situatie. Er is hier geen sprake van een patiëntenstop vanwege de (dreigende) overschrijding van omzetplafonds. Er is onder andere in Heeze-Leende een groot tekort aan personeel, waardoor patiënten niet meer terecht kunnen bij grote aanbieders in die regio. VGZ heeft actief bemiddeld naar andere aanbieders. Voor 2019 probeert VGZ ook ZZP'ers te contracteren om deze situatie structureel te verbeteren.

In de beantwoording van bovengenoemde schriftelijke vragen noemde ik tevens de rol van de NZa bij het toezicht op het nakomen van de zorgplicht, en daarmee het tegengaan van wachttijden. Indien nodig gaat de NZa na welke acties de zorgverzekeraar in kwestie onderneemt om het proces voor betreffende patiënten probleemloos te laten verlopen. De NZa kan de partijen bij elkaar roepen. Mocht dit niet tot een oplossing leiden en patiënten niet tijdig zorg ontvangen, dan kan de NZa extra maatregelen nemen richting de verzekeraar in verband met het niet nakomen van de zorgplicht, bijvoorbeeld door het geven van een aanwijzing of uiteindelijk een last onder dwangsom.

Tegelijkertijd is een betaalbare premie van belang. En dat houdt in dat verzekeraars financiële afspraken maken met ziekenhuizen. Soms gebeurt dat door lagere prijzen af te spreken, soms door zorg op een andere, goedkopere plek te leveren, maar soms ook door het afspreken van een maximum bedrag dat een ziekenhuis mag declareren. Door dit soort afspraken zijn de kosten van medisch specialistische zorg de afgelopen jaren maar beperkt gestegen. Dat wil ik ook zo houden, daarom heb ik ook hoofdlijnenakkoorden gesloten. Het in de hand houden van de kosten heeft soms tot gevolg dat een financiële grens wordt bereikt. Zorgverzekeraars kunnen soms andere redenen hebben om een omzetplafond af te spreken, bijvoorbeeld om te sturen op de spreiding van voldoende zorgaanbod in de regio.

Een aantal weken geleden was er dus sprake van dat het omzetplafond bij het MST en Zilveren Kruis was bereikt. En de week erna was het bij Zuyderland en VGZ. En begin december kwam het Deventer ziekenhuis en

Zilveren Kruis in het nieuws. Hierover heeft uw Kamer ook kamervragen gesteld (Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 959), waar u inmiddels de antwoorden op heeft ontvangen. Het is niet uitgesloten dat het dit jaar nog op een aantal andere plekken speelt of zal spelen, zoals ook blijkt uit de afgelopen jaren. Omzetplafonds zijn een onderdeel van de reguliere wijze van contractering in de zorg. Als ziekenhuis en verzekeraar echt een meningsverschil hebben, dan moeten ze dat niet over de rug van de verzekerde uitvechten. Als ze er onderling niet uitkomen, kunnen ze ook naar de onafhankelijke geschillencommissie stappen, die is daarvoor speciaal in het leven geroepen.

Zorgbemiddeling is belangrijk als er sprake is van het bereiken van een omzetplafond, of als vanwege andere redenen de zorg »op« is. Patiënten moeten, als ze niet willen wachten, doorverwezen kunnen worden naar een ander ziekenhuis. Zowel bij MST als bij Zuyderland is die mogelijkheid er. Ik wil hier ook kort de rol van de verzekerde zelf aanhalen. In het overstapeseizoen, dat nu in volle gang is, kunnen mensen op de website van de verzekeraar zien of zij werken met omzetplafonds. En dat kan betekenen dat ze aan het einde van het jaar wellicht moeten wachten of doorverwezen kunnen worden. Dat is soms moeilijk te begrijpen en verzekeraars zijn wettelijk verplicht hun best te doen om dit duidelijk te maken. Maar mensen kunnen kiezen voor een verzekering waar dergelijke beperkingen niet zijn. Ik kom later nog terug op de wijze waarop verzekerden goed geïnformeerd kunnen worden.

Positie van patiënten en verschillende polissen

In juni 2014 heeft mijn ambtsvoorganger een brief aan u gestuurd over het recht op zorg bij een specifieke aanbieder (Kamerstuk 32 620, nr. 120). De wet- en regelgeving is ten aanzien van het recht op zorg niet aangepast. Ik vind het niet nodig om op dit punt meer te gaan doen. Ik ben van mening dat de nadruk meer komt te liggen op goede voorlichting en begeleiding van de patiënt (zie hierna). Hiervoor is dan ook een aantal wijzigingen in de regelgeving doorgevoerd.

In de brief uit 2014 heeft mijn ambtsvoorganger uitgelegd of een zorgverzekeraar een verzekerde moet garanderen dat hij bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan, ook indien een eventueel (omzet)plafond is bereikt. Of er sprake is van gegarandeerd recht op zorg bij een aanbieder is afhankelijk van de polis van de verzekerde. Voor alle volledigheid geef ik hierbij de inhoud van deze brief (*cursief*) weer:

Naturapolis

De verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg. De zorgverzekeraar dient deze zorg aan zijn verzekerden te (laten) leveren en dient voldoende zorg te contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen. Zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders waarbij zij afspraken maken met betrekking tot inhoud en kwaliteit van de zorg. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over prijs en volume. Hierbij kan met een aanbieder een «omzetplafond¹» (hierna plafond) worden afgesproken. In dat geval kan het zijn dat een aanbieder bij het bereiken van het plafond verzekerden van een verzekeraar voor planbare zorg weigert (met uitzondering van acute zorg, die altijd door de zorgaanbieder dient te worden geleverd, ook indien een omzetplafond bereikt is). Indien er ook een «doorleverplicht» is

¹ Er zijn verschillende vormen van contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders afsluiten. Dit kunnen aanneemsommen of lumpsumafspraken zijn, ook worden er p*q afspraken gemaakt, bij al deze verschillende contractvormen kan er sprake zijn van een omzetplafond, waarbij afhankelijk van het soort contract sprake van een doorleverplicht kan zijn.

afgesproken, zal de zorgaanbieder ook bij het bereiken van het plafond de zorg toch moet leveren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen ook een afspraak maken over spreiding van de zorg over het jaar, zodat voorkomen wordt dat al halverwege het jaar het plafond wordt bereikt. Indien een plafond wordt bereikt bij een bepaalde gecontracteerde aanbieder is de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht verplicht aan de verzekerde een andere oplossing te bieden. Dit kan door aanvullende afspraken met de zorgaanbieder te maken (over extra productie) of door de verzekerde te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die nog wel «ruimte» heeft.

Uiteraard dient de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden uit te leggen wanneer de verzekerde niet bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan.[...] De zorgplicht is niet zo ingevuld dat er garantie bestaat op een specifieke (gecontracteerde) zorgverlener. De naturaverzekerde heeft dus geen garantie dat hij bij een specifieke gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan. Het is niet wenselijk wettelijk te regelen dat de verzekerde altijd gegarandeerd bij een specifieke gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze terecht kan. Dit zou in strijd zijn met de sturingsfilosofie van de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars worden geacht via hun zorginkoop te sturen op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Zorgverzekeraars letten er daarbij tevens op dat ze binnen de afspraken van het Bestuurlijk Akkoord blijven en daarmee de kosten in de zorg beheersen. Sommige zorgverzekeraars hebben ervoor gekozen om daarom «omzetplafonds» met zorgaanbieders af te spreken, op die manier sturen zij op volume. Als bepaald wordt dat een verzekerde gegarandeerd terecht moet kunnen bij een specifieke gecontracteerde aanbieder, heeft een omzetplafond geen waarde meer. Zonder deze omzetplafonds is de verzekeraar minder goed in staat om te sturen op de kosten.

Uiteraard moet de naturaverzekeraar er wel voor zorgen dat zijn verzekerde terecht kan bij één van de door hem gecontracteerde aanbieders, anders heeft de zorgverzekeraar niet voldoende zorg ingekocht om aan zijn zorgplicht te voldoen. En de zorgverzekeraar dient richting zijn verzekerden volkomen en tijdig transparant te zijn over bovenstaande, zodat de verzekerde zich hier van bewust is bij zijn keuze voor een polis. Dit is van belang voor het vertrouwen van verzekerden in de werking van het zorgstelsel en de centrale rol die verzekeraars daarin gekregen hebben. [...].

Overigens heeft een verzekerde die eenmaal een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt, tenzij de verzekerde de behandelrelatie zelf beëindigt (op basis van art 13 lid 5 Zvw).

Restitutiepolis

De verzekerde met een restitutiepolis heeft recht op vergoeding van kosten van zorg (tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse marktomstandigheden passend is) en desgevraagd zorgbemiddeling, ongeacht of de verzekerde zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of van een gecontracteerde aanbieder afneemt en ongeacht of er sprake is van een plafondafpraak.

Uiteraard blijft de situatie mogelijk dat door oorzaken gelegen bij de aanbieder een verzekerde met een restitutiepolis niet terecht kan bij een bepaalde aanbieder (bijv. aanbieder levert gewenste zorg niet, door vakantieplanning te weinig personeel, capaciteit volledig benut, eigen

keuzes van de aanbieder). In die situatie heeft de restitutieverzekeraar de plicht hem te bemiddelen naar een andere aanbieder.

Combinatiepolis

Bij een combinatiepolis heeft de verzekerde bij bepaalde prestaties recht op zorg (natura) en bij andere prestaties recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). Per verzekerde prestatie is het dan van belang om te weten of het om een «natura-» of «restitutie» prestatie gaat. Er geldt dan wat hiervoor is vermeld in de paragrafen over natura en restitutie.

Kortom, een patiënt heeft dus niet altijd recht op behandeling bij een specifieke zorgaanbieder. Dat geldt nog steeds. Van belang is vooral hoe de positie van de patiënt versterkt kan worden in dergelijke situaties. Ik wil de nadruk leggen op goede voorlichting en begeleiding. Daar zijn de afgelopen jaren een aantal stappen gezet.

Informatieverstrekking richting verzekerden/patiënten

Voor een verzekerde dan wel patiënt kan het verwarrend zijn indien hij niet meer bij een bepaalde aanbieder terecht kan omdat het zogenaamde plafond is bereikt.

Er zijn verschillende soorten polissen, voor de verzekerde is het dus van belang dat op het moment dat hij kiest voor een bepaalde polis (of dit nu gaat om een natura-, restitutie- of combinatiepolis) het duidelijk en transparant is bij welke zorgaanbieders hij terecht kan en wat eventuele gevolgen zijn indien hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Verder staat in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de NZa dat een zorgverzekeraar die met volumeafspraken of omzetplafonds werkt, verzekerden moet informeren over de afspraken en de mogelijke consequenties. Uit de toelichting op deze Regeling volgt dat zorgverzekeraars verzekerden hierover in algemene termen en op een begrijpelijke manier moeten informeren.

In de monitor van het overstapseizoen van 2017–2018 (Kamerstuk 29 689, nr. 895) is de informatievoorziening op de websites van zorgverzekeraars getoetst aan de hand van de vindbaarheid en begrijpelijkheid van de beschrijvingen van onder andere het marktconforme tarief en de financiële consequenties van zorggebruik bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In het algemeen konden de onderzoekers de informatie over deze onderwerpen snel vinden. De informatie bleek voor verzekerden echter vaak lastig te begrijpen. Ik heb zorgverzekeraars daarom opgeroepen om te werken aan de vindbaarheid en de begrijpelijkheid van de informatie die zij verstrekken. Toepassingen als animaties, infographics en rekenvoorbeelden kunnen er aan bijdragen dat alle lezers de informatie begrijpen en weten wat eruit te concluderen.

Volledigheidshalve wil ik nog het volgende melden. De NZa onderzoekt op dit moment de vindbaarheid van informatie op de website van zorgverzekeraars. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Enerzijds heeft de NZa een extern onderzoeksbureau (Nivel) ingeschakeld om de vindbaarheid van informatie op de website te controleren. De NZa heeft zorgverzekeraars in een eerder stadium betrokken bij het bepalen van de focus binnen dit onderzoek. Anderzijds kijkt de NZa naar de wijze waarop zorgverzekeraars hun interne processen hebben ingericht met het oog op het doorlopend

verbeteren van de aansluiting van de informatieverstrekking via de website bij de informatiebehoefte en het zoekgedrag van mensen. De resultaten van het onderzoek van de NZa worden in maart 2019 verwacht.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins