

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 153

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 september 2007

Op 16 augustus 2007 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar thematisch onderzoek «Zorgplicht; hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht» gepubliceerd¹.

Toezichtkader en risicoanalysemodel

In het rapport staan de normen uitgewerkt waaraan de NZa de zorgverzekeraars op het punt van de zorgplicht toetst namelijk de toegankelijkheid van zorg, de kwaliteit en de tijdigheid. In het eerste hoofdstuk van het rapport staat een handzaam overzicht opgenomen. Daar waar sprake is van open normen stelt de NZa zich op het standpunt dat het niet haar intentie is deze nader in te vullen. De NZa dringt er eerst bij marktpartijen op aan dit te doen zoals dat bijvoorbeeld is gebeurd met de Treeknormen. Ik ben het van harte met deze opstelling eens. Waar de wetgeving ruimte laat voor een eigen invulling, is het niet de bedoeling dat een overheidsorgaan de zorgverzekeraars en detail uitvoeringsvoorschriften oplegt. Wel is het zaak de uitvoering goed te volgen en dat is precies wat de NZa met zijn aanpak doet. Waar nodig kan op basis daarvan gericht worden ingegrepen. De NZa werkt daarbij aan de hand van een risicoanalysemodel. Dit houdt in dat de NZa zich concentreert op die gebieden waar zich risico's voordoen met betrekking tot de naleving.

De NZa heeft in haar thematische onderzoek specifiek gekeken naar de door verzekeraars gehanteerde toestemmingsvereisten, kwaliteit (onder meer het zittend ziekenvervoer) en tijdigheid (wachtlijden plastische chirurgie). Ter uitvoering van een toezegging van mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer, gaat de NZa ook in op de uitvoering van het experiment met het PGB hulpmiddelen. Hierna geef ik mijn reactie op de bevindingen in het rapport en de aanbevelingen die de NZa daaraan verbindt.

Toestemmingsvereisten

Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars redelijke

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

toestemmingsvereisten aan het recht op (vergoeding van) bepaalde verzekerde zorg stellen en dat zij de organisatie rond het beoordelen van aanvragen degelijk hebben vormgegeven. De in het onderzoek gebleken verschillen in afwijzingspercentages leiden niet tot het oordeel dat verzekeraars hun verzekerden ten onrechte vergoedingen van zorgkosten onthouden. Aanbevelingen uit het onderzoek hebben betrekking op vereenvoudiging van de toestemmingsprocedures, duidelijke afspraken hierover met zorgverleners en goede informatie voor verzekerden. Verder constateert de NZa dat een aantal zorgverzekeraars ten onrechte het recht op een vergoeding opnieuw beoordeelt indien een verzekerde is gewisseld van verzekeraar. Dit is niet in overeenstemming met artikel 14, lid 5, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) dat zorgverzekeraars verplicht eenmaal afgegeven toestemmingen (verwijzingen en recepten) van de vorige zorgverzekeraar over te nemen. De NZa heeft hierop actie ondernomen en zorgverzekeraars erop gewezen dat dit niet is toegestaan. Zonodig zal ze toezichtmaatregelen nemen.

Kwaliteit van zorg/zittend ziekenvervoer

Op het punt van kwaliteit schetst de NZa in haar rapport de ontwikkeling van de afgelopen jaren. Zorgverzekeraars maken afspraken over de aanlevering van kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsverbeteringen. Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars verbindt prikkels aan de naleving van de afspraken. De constatering van de NZa dat transparantie over de kwaliteit zich in een fase van ontwikkeling bevindt, kan ik onderschrijven. In mijn brief aan de Tweede Kamer *Koers op kwaliteit* (TK 2006–2007, 28 439, nr. 98) ben ik uitgebreid ingegaan op de wijze waarop ik wil bevorderen dat de prestaties van zorgaanbieders en de oordelen van cliënten (CQ index) inzichtelijk worden gemaakt. Naarmate verzekerden meer inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg zal er ook druk op de zorgverzekeraars ontstaan om de beste kwaliteit te contracteren. De opmerking van de NZa dat zorgverzekeraars de structurele borging van de kwaliteit moeten verbeteren, plaats ik in dit perspectief.

Daarnaast wijst de NZa op enkele randvoorwaarden voor keuzeondersteuning die zij ook in de rapportage *Richting geven aan keuzes* heeft verwoord. In mijn brief aan uw Kamer van 27 juli 2007 (TK 2006–2007, 29 689, nr. 148) heb ik daarop al gereageerd. De maatregelen die de NZa mij voorstelt te nemen – verdere liberalisering van zorgmarkten, afbouw ex post vereveningsmechanismen – sluiten aan bij mijn voornemens.

De NZa heeft tevens de knelpunten in het zittend ziekenvervoer onderzocht. Dit naar aanleiding van meldingen dat vervoersbedrijven patiënten te lang laten wachten. De NZa geeft aan dat meerdere zorgverzekeraars de geschetste problemen in het zittend ziekenvervoer herkennen en dat zij maatregelen hebben genomen om de kwaliteit weer voldoende te waarborgen. Ik kan mij vinden in de aanpak waartoe de NZa heeft besloten. Deze komt er op neer dat er op dit moment geen aanleiding is voor het treffen van aanvullende maatregelen. Wel gaat de NZa de situatie goed volgen. In het kader daarvan start de NZa een breder onderzoek naar de contractering van zittend ziekenvervoer en de kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen. De resultaten hiervan zijn begin 2008 beschikbaar.

Overige punten uit het onderzoek

De NZa heeft ook de wachttijden voor plastische chirurgie in het onderzoek betrokken. Aanleiding daarvoor was de situatie in 2005 dat zorgverzekeraars ondanks wachttijden geen extra productie hiervoor afspraken. Mijn ambtsvoorganger heeft destijds aan uw Kamer toegezegd dit signaal aan de NZa door te geven. De bevindingen die de NZa nu in zijn rapport presenteert, geven een positief beeld. De meerjarige ontwik-

keling van wachttijden en productieafspraken duidt niet op structureel te lage productieafspraken. Zorgverzekeraars zijn via productieafspraken of langs andere wegen (zoals bemiddeling) in staat te voldoen aan hun zorgplicht. De wachttijden bij algemene ziekenhuizen zijn afgenomen (maar zijn nog wel hoger dan de Treeknormen).

Tot slot is het persoonsgebonden budget (PGB) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) onderzocht. Dit PGB voor visuele hulpmiddelen is per 2007 ingevoerd. De NZa wijst erop dat zorgverzekeraars nauwelijks tijd hebben gekregen voor de invoering. Zorgverzekeraars hebben bij de invulling van het PGB volstaan met een verwijzing naar het Reglement hulpmiddelen. Bij zorgverzekeraars en andere partijen zijn vragen ontstaan over de uitvoering. In reactie daarop heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in overleg met onder meer Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland een richtlijn opgesteld die partijen handvatten biedt voor een eenduidige uitvoering¹. Gelet op deze omstandigheden acht de NZa het nog te vroeg voor een conclusie over de meerwaarde van het PGB. De NZa wil daarom in 2008 een bredere evaluatie van deze regeling uitvoeren. Ik kan mij vinden in de aanpak en conclusies van de NZa. Wel wijs ik erop dat mijn ambtsvoorganger partijen al in juli 2006 heeft geïnformeerd. Dit neemt niet weg dat de periode voor invoering betrekkelijk kort was. Het is begrijpelijk dat zorgverzekeraars meer tijd nodig hebben om tot een eigen invulling te komen van het PGB. Uit het rapport komt naar voren dat verschillende zorgverzekeraars daar nu in overleg met Per Saldo mee bezig zijn. De richtlijn van het CVZ kan daarbij goed van pas komen. Ten slotte merk ik op dat ik het eens ben met de suggestie van de NZa om een uitgebreidere evaluatie uit te voeren van het PGB in de Zvw. Ik zal de NZa vragen in dat onderzoek ook de uitvoering van het per 2008 in te voeren PGB voor de geestelijke gezondheidszorg mee te nemen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

¹ Richtlijn PGB hulpmiddelen voor visueel gehandicapten, College voor zorgverzekeringen, juli 2007, www.cvz.nl.