

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

## 768

Vragen van de leden **Bouwmeester** en **Wolbert** (beiden PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Patiënt de dupe van beperkende voorwaarden zorgverzekeraars»* (ingezonden 24 november 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 december 2016).

### Vraag 1

Kent u de conclusies uit het onderzoek van de Consumentenbond en de zorgverlenersorganisatie VvAA, waaruit blijkt dat ruim driekwart van de zorgverleners die met zorgverzekeraars contracten sluiten door beperkende voorwaarden van zorgverzekeraars steeds vaker niet de behandeling kunnen geven die zij als professionals nodig achten?<sup>1</sup>

### Antwoord 1

Ja.

### Vraag 2

Deelt u de mening dat het onacceptabel is dat patiënten door zorgaanbieders worden geweerd vanwege een conflict over geld met zorgverzekeraars? Bent u het ermee eens dat hierdoor het conflict over de rug van patiënten wordt uitgevochten, en dat dit altijd moet worden voorkomen? Welke oplossingen ziet u voor deze problematiek?

### Antwoord 2

Ja. De oplossing is dat tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt afgesproken dat meningsverschillen niet ten koste gaan van de patiënt.

### Vraag 3

Heeft u ook de signalen van fysiotherapeuten ontvangen, waarmee ze aangeven dat zij in sommige gevallen graag eerder zorg zouden willen verlenen, om bijvoorbeeld een dure en belastende behandeling in het ziekenhuis te voorkomen, maar dat dit gezien het pakket niet mogelijk is? Wat vindt u ervan dat fysiotherapeuten laten weten dat zij soms minder behande-

<sup>1</sup> De Consumentenbond. Patiënt de dupe van beperkende voorwaarden zorgverzekeraars. 22 november 2016.

lingen kunnen geven dan ze zelf denken dat nodig is door beperking opgelegd door zorgverzekeraars?

Antwoord 3

Ja, daarom heb ik het Zorginstituut een advies gevraagd over het pakket. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is het aan de professional om te beoordelen of er een behandeling moet worden ingezet en hoeveel behandelingen hij of zij nodig acht. Ik vind het van belang dat daarbij de beroepsrichtlijnen en standaarden het uitgangspunt zijn. Een fysiotherapeut moet een patiënt niet langer of korter behandelen dan medisch noodzakelijk is.

Vraag 4

Deelt u de mening dat bij de financiering van zorg de medische noodzaak, meerwaarde en kwaliteit van zorg moet meewegen in plaats van slechts het kostenplaatje?

Antwoord 4

Ja. Een en ander is ook afhankelijk van de positie van de patiënt. Bijvoorbeeld een patiënt die niet aanvullend is verzekerd, zal zelf bepalen hoe lang hij zijn behandeling wil financieren. Van een patiënt die aanvullend is verzekerd zal de behandeling geheel of gedeeltelijk (afhankelijk van zijn verzekering) worden vergoed.

Vraag 5

Wat is uw reactie op het beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, namelijk dat er «geheime beperkende afspraken» zijn tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars? Kunt u zich het onbegrip van verzekerden hierover voorstellen? Wat is uw reactie op het feit dat mensen kennelijk niet kunnen vertrouwen op de aanbiedingen die zorgverzekeraars hen doen? Wat is uw reactie op het voorbeeld van de door de zorgverzekeraar aangeboden dertig extra fysiotherapiebehandelingen voor de verzekerde, terwijl zorgverleners hier de helft niet van kunnen verlenen vanwege het contract met deze zorgverzekeraars?

Antwoord 5

Zorgverzekeraars zijn verplicht verzekerden te informeren over eventuele beperkingen die voortkomen uit contractuele afspraken met zorgaanbieders. De NZa houdt toezicht of verzekeraars zich hieraan houden. Een verzekerde heeft indien er een medische noodzaak is, recht op het aantal behandelingen dat in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering vermeld staat. Dit moet niet worden verward met de totale aanvullende verzekering. Wanneer een patiënt is uitbehandeld voordat het maximale aantal behandelingen is bereikt waar hij/zij volgens de polisvoorwaarden recht op heeft, dan is het evident dat de behandeling stopt. In essentie gaat de discussie hierover. De zogenoemde behandelindex die wordt gehanteerd bij de zorginkoop is steen des aanstoots van de behandelaren. Het gebruik van deze behandelindex wordt momenteel besproken in het overleg dat ik met de paramedische beroepsgroep, de zorgverzekeraars en de patiëntenverenigingen voer.

Vraag 6

Bent u bereid het onderzoek van de Consumentenbond en de VvAA aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) door te geven, zodat deze als onafhankelijke scheidsrechter kan acteren, en eventueel kan ingrijpen indien de patiënt benadeeld wordt? Zo ja, op welke termijn acht u dit mogelijk? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Het onderzoeksverslag van de Consumentenbond en de VvAA is openbaar. De NZa neemt signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het verloop van het contracteerproces serieus en houdt toezicht op de randvoorwaarden waarbinnen onderhandelingen in het veld plaatsvinden. Indien noodzakelijk kan de NZa handhavingmaatregelen inzetten.

#### Vraag 8

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars dit jaar opnieuw niet in staat zijn gebleken niet alle contracten af te sluiten vóór 19 november 2016? Wat is hiervan de oorzaak? Hoe kan het volgend jaar worden voorkomen?

#### Antwoord 8

Er bestaat geen verplichting om alle contracten af te sluiten voor 19 november. Er is sprake van contracteervrijheid en ook na 19 november kunnen contracten worden afgesloten. Dat is juist belangrijk omdat een zorgverzekeraar altijd moet voldoen aan de zorgplicht. Daarvoor moet hij te allen tijde kunnen (bij)contracteren.

De partners in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg hebben in maart van dit jaar bestuurlijke afspraken gemaakt over het verloop van het contracteringsproces en de communicatie hierover naar patiënten en verzekerden<sup>2</sup>. Binnenkort zal de NZa de monitor over het contracteerproces MSZ 2017 uitbrengen. Ik zal deze aan uw Kamer toesturen en dan verder ingaan op het contracteerproces 2017. Ook zijn er in de afgelopen periode veel inspanningen gedaan om het contracteerproces in de eerste lijn te verbeteren<sup>3</sup>. Ik vind vooral een goede communicatie naar de verzekerde van belang en dat eventuele meningsverschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet over de rug van de patiënt worden uitgespeeld. Ik vind dat de eerste indrukken een aanzienlijke verbetering laten zien ten opzichte van vorig jaar.

#### Vraag 7,9 en 10

Bent u het ermee eens dat voor een verzekerde duidelijk moet zijn welke zorg hij krijgt, op het moment dat iemand een polis bij een verzekeraar kiest?

Hoe kan in deze situatie toch worden bereikt dat verzekerden volledig geïnformeerd worden over de verschillende verzekeringen en pakketten, en de inhoud en voorwaarden hiervan?

Op welk aanbod mag de verzekerde vertrouwen, aangezien deze nu wel kan kiezen voor een polis, maar nog niet alle contracten met zorgaanbieders zijn gesloten? Hoe gaat u verzekerden hierover informeren?

#### Antwoord 7, 9 en 10

Zorgverzekeraars zijn op grond van de regelgeving van de NZa (TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten) verplicht om duidelijkheid te bieden over wat een polis inhoudt. Dat geldt ook voor afspraken die zij maken met een zorgaanbieder als deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde. Zorgverzekeraars dienen op de website per soort zorgaanbieder een overzicht te presenteren van welke afspraken gemaakt zijn en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben. De medische noodzaak is leidend. Daarover gaat de discussie. Niet zozeer over het totaal aantal behandelingen. De inkoop met behulp van de zogenoemde behandelindex is onderwerp van gesprek. Zie ook antwoord 5.

Indien de onderhandelingen nog niet zijn afgerond moet de zorgverzekeraar aan de verzekerde melden hoe zij hiermee omgaan. De NZa houdt toezicht op de informatieverstrekking van de zorgverzekeraars.

---

<sup>2</sup> Tweede Kamer, 29 689 Herziening Zorgstelsel 29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), nr. 695

<sup>3</sup> Tweede Kamer, 29 515 Aanpak regeldruk en administratieve lasten, Voortgangsbrief Merkbaar minder regeldruk nr. 395