

Vergaderjaar 2014–2015

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 december 2014

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben mij op 9 december 2014 verzocht te reageren op een aantal vragen over een persbericht inzake verzekeringscontracten voor huisartsenzorg in 2015. Met deze brief doe ik u mijn antwoorden toekomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

1

Klopt het dat huisartsen een contract krijgen voorgelegd waar niet meer over onderhandeld kan worden?

2

Wat moeten huisartsen doen als zij per 1 januari 2015 geen contract met de dominante verzekeraar hebben gesloten?

3

Klopt het dat niet dominante zorgverzekeraars in een regio het contract van de dominante verzekeraar automatisch volgen?

1, 2 en 3

Met ingang van 2015 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd. Dat model kent drie segmenten: 1) de basis huisartsenzorg, 2) programmatische multidisciplinaire zorg en 3) resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Voor de basis huisartsenzorg geldt dat de huisarts geen overeenkomst met de zorgverzekeraar hoeft te sluiten om deze zorg te kunnen declareren. De enige uitzondering daarop vormt een aantal verrichtingen die nu nog op de beleidsregel Modernisering en Innovatieverrichtingen staan en waarvoor een contractvereiste geldt dat tijdelijk (voor een jaar) wordt gecontinueerd in 2015. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal komend jaar, op basis van actuele gegevens, een reëel tarief voor deze verrichtingen vaststellen, waarna de NZa deze bekostiging van deze verrichtingen kan verdisconteren in de reguliere prestaties in segment 1. Huisartsen kunnen dus ook zonder overeenkomst met de zorgverzekeraar, de prestaties binnen segment 1 van de bekostiging, waaronder de inschrijftarieven en consulten, vanaf 1 januari 2015 declareren.

Het feit dat er geen contract nodig is om de prestaties binnen de basis huisartsenzorg te kunnen declareren, neemt niet weg dat in de praktijk doorgaans wel een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars hierover wordt gesloten. Verzekeraars leggen huisartsen gestandaardiseerde overeenkomsten voor, welke veelal in samenspraak met een afvaardiging van de huisartsen in de regio wordt opgesteld. De ruimte voor aanpassingen hierop is doorgaans beperkt, maar niet uitgesloten (met name in de afspraken over Modernisering en Innovatieverrichtingen is ruimte voor individuele afspraken). Dit heeft te maken met het grote aantal aanbieders van huisartsenzorg in Nederland en de administratieve belasting voor zowel zorgaanbieders (die meestal te maken hebben met verschillende zorgverzekeraars) als zorgverzekeraars, die het maken van geïndividualiseerde overeenkomsten voor de basis huisartsenzorg met zich mee brengt. In het algemeen wordt de overeenkomst die de dominante verzekeraar sluit met de zorgaanbieder voor de basis huisartsenzorg, gevolgd door de andere verzekeraars. Dit gebeurt niet automatisch, de huisarts dient zelf het zogeheten «volgformat» aan te bieden aan de andere verzekeraars.

4

Klopt het dat op de site van VGZ (potentiële) verzekerden geen informatie kunnen vinden inzake het ontbreken van gecontracteerde huisartsen in de regio's Noord-Holland en Noord-Limburg?

4

Op de site van VGZ is een overzicht te vinden van zorgaanbieders, waarbij staat aangegeven¹: « Dit is een door ons gecontracteerde of erkende huisarts of huisartsenpraktijk.» Van verzekeraarskant heb ik begrepen dat

¹ www.vgz.nl op 10 december 2014.

deze tekst op de website bedoeld is om aan (potentiële) verzekerden aan te geven bij welke huisarts zij terecht kunnen. Dat kan ook in het geval er geen overeenkomst is over de basis huisartsenzorg, zoals ik hierboven heb toegelicht.

5

Zijn er meer regio's waar huisartsen op grote schaal geen contract hebben kunnen sluiten met de dominante zorgverzekeraar? Zo ja, om welke regio's gaat het?

5

Op basis van een artikel in de NRC van zaterdag 13 december 2014, begrijp ik dat in de regio Zuid-Kennemerland een groep huisartsen nog geen contract heeft gesloten met de dominante zorgverzekeraar.

6

Ziet de NZa toe op de wijze waarop de onderhandelingen plaatsvinden, en grijpt de NZa in als de onderhandelingen niet naar behoren verlopen?

6

De NZa monitort de contractering van huisartsenzorg en de inhoud van de contracten. De NZa acht het ongewenst om lopende contracteerprocessen te verstoren. De NZa grijpt daarom niet in in lopende onderhandelingen, wel kan de NZa achteraf algemene maatregelen nemen om onderhandelingsproces in de toekomst beter te laten verlopen. Ter ondersteuning van het contracteerproces heeft de NZa «good contracting practices» gepubliceerd; deze zijn begin 2014 nog geactualiseerd.

7

Herinnert u zich dat in het kader van de behandeling van het wetsvoorstel inzake artikel 13 het amendement Bouwmeester is aangenomen, dat zegt dat als de onderhandelingen op 19 november niet zijn afgerond verzekerden recht hebben op het geldende aanbod van dit jaar, zodat mensen niet achteraf worden verrast? Wat betekent dit voor de nu nog lopende onderhandelingen?

7

Naar aanleiding van de behandeling van het wetsvoorstel inzake artikel 13 Zvw zijn drie amendementen van Kamerlid Bouwmeester aangenomen. Het eerste amendement heeft betrekking op de rapportageverplichting door de NZa (Kamerstuk 33 362, nr. 43), het tweede amendement over het evalueren van het gewijzigde artikel 13 Zvw (Kamerstuk 33 362, nr. 17). Het derde amendement heeft betrekking op artikel 13 (Kamerstuk 33 362, nr. 11), tweede lid, onderdeel b in het wetsvoorstel artikel 13. In het artikel wordt geregeld dat een verzekerde recht heeft op een volledige vergoeding van zorg indien hij niet ten minste zes weken voorafgaande aan het kalenderjaar geïnformeerd was over het gecontracteerde aanbod. Via het amendement Bouwmeester is aan dit onderdeel toegevoegd dat de verzekeraar de verzekerde hierbij ook moet informeren over de verschillen ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar. Het artikel houdt strikt genomen niet de verplichting in dat zorgverzekeraars zes weken voor het nieuwe polisjaar klaar moet zijn met het contracteren van zorgaanbieders. Met het artikel krijgt de naturazorgverzekeraar wel een forse prikkel om tijdig, dat wil zeggen uiterlijk zes weken voor aanvang van het verzekeringsjaar, bekend te maken met welke zorgaanbieders hij een contract heeft gesloten. De naturazorgverzekeraar zal immers de volledige kosten moeten vergoeden van zorg als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. De zorgverzekeraar kan gedurende het verzekeringsjaar nog contracten met zorgaan-

bieders sluiten. Deze zorgaanbieders zullen dan toegevoegd worden aan de lijst van de zorgverzekeraar met het gecontracteerde zorgaanbod. Indien het wetsvoorstel in de Eerste Kamer wordt aangenomen, zal bovenstaande van kracht zijn voor het kalenderjaar 2016.