

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 404

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2012

In het Algemeen Overleg van 27 juni 2012 over Europsyche heb ik u toegezegd zorgverzekeraars te verzoeken om patiënten van bij Europsyche aangesloten behandelaars zo snel mogelijk uitsluitel te geven over de vraag of de lopende behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Zoals toegezegd wil ik u door middel van deze brief informeren over de termijn waarbinnen de zorgverzekeraars uitsluitel verwachten te kunnen geven.

Zoals ik in het Algemeen Overleg al aangaf, vind ik het heel belangrijk dat behandelingen, indien er sprake is van verzekerde zorg, zo snel mogelijk voortgezet kunnen worden. Ook vind ik het van groot belang dat wanneer dat niet het geval is, en er wel sprake is van een indicatie voor verzekerde zorg, patiënten snel een zorgaanbieder vinden die de geïndiceerde zorg kan leveren. Zorgverzekeraars hebben hierin een zorgplicht. In het Algemeen Overleg heb ik aangegeven dat ik de zorgverzekeraars zal oproepen om aan hun zorgplicht te voldoen. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar om te zorgen dat de continuïteit van de zorg voor hun patiënten/verzekerden is geborgd. De zorgverzekeraar maakt hiervoor afspraken met de zorgaanbieder/behandelaars. Indien geen sprake is van cruciale zorg, heb ik daarin geen rol. Zie hiervoor ook het wetsvoorstel over o.a. de continuïteit van zorg dat ik op 9 mei 2012 aan uw Kamer heb gezonden (Kamerstukken 33 253).

Natuurlijk vind ik dat ook de bij Europsyche aangesloten behandelaars, in het geval zij menen zorg te leveren die voor vergoeding in aanmerking komt, daar snel uitsluitel over moeten krijgen van de zorgverzekeraar. Ik vraag verzekeraars dan ook hierover snel duidelijkheid te verschaffen. Maar er is wel een verschil met de verantwoordelijk die zorgverzekeraars hebben ten aanzien van hun verzekerden. Ten aanzien van hun verzekerden hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, ten aanzien van behandelers niet.

Overigens wil ik er op wijzen dat het bij de zorg die via de Europsyche-constructie werd verleend om niet-gecontracteerde zorg ging. Zorgverzekeraars hadden geen overeenkomst met Europsyche. Bij niet-gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar op het punt van de zorgplicht een minder vergaande verantwoordelijkheid dan bij gecontracteerde zorg: de zorgverzekeraar moet de genoten zorg vergoeden, en waar nodig bemiddelen. Bemiddeling is hier slechts een inspanningsverplichting: de verzekeraar kan erop aangesproken worden dat hij zijn best niet doet, niet dat de bemiddeling wel of niet succesvol is.

Uiteraard hebben behandelaars en patiënten ook zelf een verantwoordelijkheid. De polisvoorwaarden van de betreffende verzekeraar geven in de meeste gevallen uitsluitel of de lopende behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, en of de betreffende behandelaar deze mag declareren. Indien dat niet het geval is, kan de patiënt naar zijn huisarts gaan, om samen een zorgaanbieder te vinden die de geïndiceerde zorg kan bieden.

Er zullen echter ook gevallen zijn waarin er desondanks twijfel blijft bestaan, of gevallen waarin een patiënt zekerheid wil of de lopende behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. In dat geval kan een patiënt contact opnemen met zijn zorgverzekeraar, om uitsluitel te vragen of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Ik verwacht van de zorgverzekeraars dat zij alles in het werk zullen stellen om patiënten zo snel mogelijk een antwoord op hun vraag te geven. Indien de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt, maar er is wel een indicatie voor verzekerde zorg, dan verwacht ik dat de verzekeraar de patiënt bijstaat bij het vinden van een alternatief.

Ik heb contact opgenomen met alle zorgverzekeraars van wie verzekerden zorg ontvingen via Europsyche. Ik heb hen verzocht verzekerden die willen weten of de lopende behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, daar zo snel mogelijk uitsluitel over te geven.¹ Ik heb hen tevens gevraagd hoeveel tijd zij, na ontvangst van een vraag van een verzekerde, verwachten daarvoor maximaal nodig te hebben.

Het betreft hier verzekerden die onder behandeling zijn bij GGZ-aanbieders die via Europsyche werkten en die hun behandeling bij dezelfde behandelaar willen voortzetten voor rekening van de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dus dat het om verzekerde zorg moet gaan. Het gaat om de situatie dat een dergelijke verzekerde contact met zijn verzekeraar opneemt met de vraag of dat mogelijk is, en of die zorg dan door zijn verzekeraar vergoed wordt.

Concrete vragen aan de zorgverzekeraars:

1) Binnen welke termijn kunt u uitsluitel geven op vragen van verzekerden of het verzekerde zorg betreft, of de behandeling bij dezelfde behandelaar als voorheen kan worden voortgezet en de verzekerde (restitutie)vergoeding krijgt voor die behandeling?

Antwoord verzekeraars

Bijna alle zorgverzekeraars geven aan dat zij uitsluitel kunnen geven binnen een termijn die loopt van nul tot tien werkdagen. Hierbij tekenden de zorgverzekeraars aan dat zij dan wel voldoende informatie over de behandeling en de behandelaar moeten hebben; zonder die informatie is het ondoenlijk om uitsluitel te geven.

Een kleine zorgverzekeraar gaf aan dat hij minimaal enkele weken nodig denkt te hebben. Deze verzekeraar gaf daarbij aan dat die termijn ook

¹ Overigens is het niet aan mij om de zorgverzekeraar een termijn op te leggen. De NZa is bevoegd toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars en kan handhavend optreden tegen verzekeraars indien zij hun zorgplicht onvoldoende nakomen. De NZa heeft in een beleidsregel (Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)) de reikwijdte van de zorgplicht weergegeven. Dit toezichtskader geeft de normen weer die de NZa hanteert in haar toezichthoudende activiteiten ten aanzien van die zorgplicht én over de rol die van zorgverzekeraar verwacht mag worden en welke verantwoordelijkheden zij daarbij hebben.

afhankelijk is van de medewerking van de klant, de betreffende hulpverlener en de opstelling van de inmiddels failliete instelling Europsyche. Overigens had deze verzekeraar tot nu toe alleen een vraag van een behandelaar ontvangen.

2) Als een behandeling niet kan worden voortgezet, binnen welke termijn kunt u dan bemiddelen naar een andere zorgaanbieder?

Antwoord verzekeraars

Bemiddeling naar een andere zorgaanbieder kan bij verreweg de meeste zorgverzekeraars plaatsvinden binnen een termijn die loopt van nul tot tien werkdagen. Een enkele verzekeraar noemt als bovengrens de betreffende Treeknorm, te weten zes weken.

Ik ben blij met deze toezeggingen van de zorgverzekeraars. Mijns inziens zijn de termijnen waarbinnen zorgverzekeraars patiënten van Europsyche van uitsluitel kunnen voorzien, en waarbinnen zij kunnen bemiddelen naar een andere zorgaanbieder voor verzekerde zorg, alleszins redelijk.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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