

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

### 1199

Vragen van het lid **Slob** (ChristenUnie) aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport over *contant betalen bij de apotheek* (ingezonden 11 januari 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 6 februari 2013)

#### Vraag 1

Bent u bekend met het bericht dat cliënten van BENU, Escura en LLOYDS apotheken, die verzekerd zijn bij zorgverzekeraar DSW, deze week een brief hebben ontvangen dat zij voortaan contant moeten betalen, omdat deze apotheken geen contract hebben kunnen afsluiten met DSW?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja, ik heb kennis genomen van dat bericht.

#### Vraag 2

Hoeveel mensen hebben deze brief gehad?

#### Antwoord 2

Uit navraag blijkt dat nagenoeg alle cliënten van de BENU apotheken (waartoe Escura en Lloyd apotheken behoren) deze hebben brief ontvangen.

#### Vraag 3, 4 en 6

Hoe kan het dat klanten van DSW een brief hebben ontvangen met daarin deze mededeling, nadat ze niet meer van zorgverzekeraar kunnen veranderen? Deelt u de mening dat dit zeer onwenselijk is?

Deelt u de mening, dat iedereen, voorafgaand van het kiezen van een zorgverzekeraar, moet weten met welke zorgaanbieders een zorgverzekeraar wel of geen contract heeft?

Deelt u de mening dat verzekerden bij DSW hiervan de dupe zijn, aangezien zij nu niet meer kunnen veranderen van zorgverzekeraar?

<sup>1</sup> <https://www.benuapotheek.nl/pages/nieuws.asp?articleid=156961&token=1@1&HTTPSHASH=>

### Antwoord 3, 4 en 6

Om te beginnen kan ik u mededelen dat ik inmiddels van DSW en BENU apotheken heb vernomen dat er recentelijk een contract is gesloten, waardoor verzekerden hun medicijnen per 11 januari 2013 weer zonder contante betaling kunnen verkrijgen.

Overigens zijn verzekerden van DSW verzekerd via een restitutiepolis. Bij een restitutiepolis zijn verzekerden vrij in hun keuze voor een zorgaanbieder, maar bestaat de mogelijkheid dat de verzekerde eerst zelf de rekening moet betalen en deze vervolgens zelf in moet dienen bij de zorgverzekeraar<sup>2</sup>. Verzekerden hebben recht op een vergoeding van 100% van de gemaakte kosten, met dien verstande dat niet meer wordt betaald dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (en onder aftrek van eigen bijdragen en eigen risico). Dit is het karakter van een restitutieverzekering. DSW sluit overigens wel contracten met apotheken, indien er een contract is gesloten hoeft de verzekerde niet contant af te rekenen omdat er betalingsafspraken tussen de apotheek en de zorgverzekeraar zijn gemaakt. Voor wat betreft de duidelijkheid voor verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod, kan ik het volgende aangeven. De contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden niet altijd voor aanvang van het polisjaar afgerond. Ik ben van mening dat op het moment van het kiezen voor een zorgverzekeringspolis (doorgaans in december) verzekerden moeten weten welke aanbieders gecontracteerd zijn voor het komende polisjaar. In de beleidsregel informatieverstrekking<sup>3</sup> van de NZa staat welke informatieverplichting de zorgverzekeraars hebben. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden duidelijk informeren over het gecontracteerde danwel niet-gecontracteerde zorgaanbod. Bovendien dienen verzekeraars onder andere een toelichtende tekst op hun website te plaatsen indien tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten zijn afgesloten. Zorgverzekeraars moeten jaarlijks aangeven in hoeverre zij aan de beleidsregel voldoen en de NZa houdt toezicht op zorgverzekeraars de informatieverplichtingen nakomen en kan zo nodig handhavende maatregelen nemen om te borgen dat deze informatieverplichtingen worden nageleefd.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerden voldoende informeert over welke contracten met welke aanbieders zijn gesloten en over wat de gevolgen voor de verzekerden zijn indien er geen contract is afgesloten, kunnen verzekerden op basis daarvan kiezen voor hun zorgverzekeringspolis.

Naast de informatieverplichting heeft de versnelling van de contractering mijn aandacht. Er ligt momenteel in de Tweede Kamer een voorstel tot wijziging van art 13 Zvw<sup>4</sup>. Deze wijziging houdt in dat de zorgverzekeraar die een naturaverzekering aanbiedt in zijn modelovereenkomst – en daarmee in zijn zorgpolis – zelf kan bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte<sup>5</sup>. Tevens wordt met de wetswijziging geregeld dat een naturaverzekerde die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, recht heeft op volledige vergoeding indien niet uiterlijk zes weken voor 1 januari van het kalenderjaar waarin hij die zorg genoten heeft, bekend was met welke zorgaanbieders zijn zorgverzekeraar een zorgcontract had gesloten. De verzekeraar kan hieraan voldoen door de gecontracteerde zorgaanbieders op zijn website bekend te maken. Indien deze wetswijziging door de Tweede Kamer wordt aangenomen zullen zorgverzekeraars een grote prikkel ervaren om uiterlijk zes weken voor 1 januari op hun website duidelijk aan te geven met welke zorgaanbieders

<sup>2</sup> Dit kan overigens ook gelden ingeval een verzekerde met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

<sup>3</sup> NZa, Beleidsregel Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars en volmachten, 2010

<sup>4</sup> De wijziging van art 13 Zvw is opgenomen bij het wetsvoorstel verticale integratie.

<sup>5</sup> Het gewijzigde artikel 13 Zvw zal niet van toepassing zijn voor de restitutieverzekering. Restitutieverzekeraars dienen hun verzekerden ingevolge artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekeringspolis altijd 100% van de gemaakte kosten (uiteraard alleen voor zover het om verzekerde zorg ging) te vergoeden, met dien verstande dat niet meer wordt betaald dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (en onder aftrek van eigen bijdragen en eigen risico). Dit geldt derhalve ook voor restitutieverzekeraars die met zorginkoopcontracten werken: indien hun verzekerden niet naar dergelijke gecontracteerde zorgaanbieders gaan, hebben zij toch recht op laatstbedoelde vergoeding. Anders dan een naturaverzekeraar, mag een restitutieverzekeraar de verzekerde in dat geval derhalve geen korting op de vergoeding in rekening brengen.

een contract is gesloten, zodat de verzekerde duidelijk weet waar hij aan toe is op het moment dat hij voor het komende jaar voor een zorgverzekering kiest.

Voorts ben ik in het kader van het hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg met partijen (ZN en aanbieders) in gesprek over de versnelling van de contracteercyclus en wordt momenteel onderzocht welke stappen hiervoor ondernomen dienen te worden. Ik zal u van de voortgang op de hoogte houden.

Vraag 5

Waarom loopt de periode dat zorgaanbieders een contract kunnen afsluiten niet parallel met de periode waarbinnen mensen de keuze kunnen maken voor een andere zorgverzekering?

Antwoord 5

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn private partijen en daarom vind ik het niet wenselijk het tijdstip van het afsluiten van een contract wettelijk vast te leggen. Zoals toegelicht in mijn antwoord op vragen 3, 4 en 6 onderneem ik wel diverse andere stappen om zorgverzekeraars te stimuleren hun contractering tijdig af te ronden dan wel hierover duidelijke informatie te verschaffen aan de verzekerden.

Vraag 7

Vindt u dat er in het najaar 2012 voldoende informatie beschikbaar was voor cliënten om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar? Zo nee, welke informatie ontbrak er volgens u? Zo ja, waaruit leidt u af dat er voldoende informatie was?

Antwoord 7

De NZa houdt toezicht op het feit of zorgverzekeraars voldoen aan de beleidsregel informatieverstrekking, waarin ook is opgenomen welke informatie verzekeraars dienen te verstrekken over het gecontracteerde zorgaanbod.

De NZa heeft in 2012 onderzoek gedaan of zorgverzekeraars, naast de verplichte informatie die op de website moet staan volgens de beleidsregel informatieverstrekking, hun klanten op een andere wijze actief informeren over de contractering. Uit dit onderzoek blijkt het volgende. Eén verzekeraar heeft zijn klanten per brief laten weten wat er in hun aanbod veranderde. Dat is een goed voorbeeld hoe verzekeraars hun consumenten extra kunnen informeren. Andere verzekeraars informeren hun klanten via de media of melden dat de verzekerde dit zelf moeten navragen bij de verzekeraar. Jaarlijks onderzoekt de NZa hoe verzekeraars hun verzekerden via de website informeren over verschillende aspecten van de zorgverzekering<sup>6</sup>. Als de informatie op de website niet correct, incompleet of niet actueel is, spreekt de NZa zorgverzekeraars daarop aan en kan zij handhavend optreden waar nodig om naleving te borgen. Als de onderhandelingen met bepaalde zorgaanbieders nog lopen op het moment dat de polissen bekend worden, moeten verzekeraars dat ook op hun website vermelden.

Vraag 8

Bent u van mening dat, wanneer dit soort situaties zich vaker voordoen, overwogen dient te worden cliënten de mogelijkheid te bieden om tweemaal in het jaar te wisselen van zorgverzekeraar?

Antwoord 8

Ik vind het niet wenselijk om wettelijk te regelen dat verzekerden de mogelijkheid hebben tweemaal per jaar te wisselen van zorgverzekeraar. Met de huidige informatieverplichtingen van de zorgverzekeraars, het toezicht van de NZa hierop en de maatregelen die ik heb geschetst bij mijn antwoord op vragen 3, 4 en 6 meen ik dat er voldoende actie wordt ondernomen om het consumentenbelang in deze te beschermen. De situatie waarnaar u vraagt

<sup>6</sup> Zie voor meer informatie welke eisen de NZa aan de informatieverstrekking worden gesteld de beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2012, op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

betreft daarnaast een restitutieverzekering waar dit van totaal andere orde is dan een natura verzekering, zie antwoorden op vragen 3, 4 en 6.