

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 497**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 maart 2014

In het Algemeen Overleg zorgverzekeringwet van 4 december 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 493) is aandacht gevraagd voor de ontwikkeling dat zorgverzekeraars steeds meer selectief gaan inkopen en dat dit leidt tot meer differentiatie tussen polissen. Dit kan tot gevolg hebben dat een verzekeraar bepaalde vormen van zorg niet langer bij een aanbieder contracteert waardoor een patiënt, afhankelijk van zijn polis, de kosten van een behandeling gedeeltelijk zelf moet vergoeden.

In het AO heb ik aangegeven dat er een gedeelde verantwoordelijkheid ligt bij partijen om dit in goede banen te leiden. Verzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om tijdig informatie te verstrekken over de inhoud van de polissen, zorgaanbieders hebben op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de verantwoordelijkheid om hun patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de prestatie die geleverd wordt en het tarief dat daarvoor geldt en verzekerden hebben een verantwoordelijkheid om zelf ook goed hun polis na te kijken. Zij kunnen ook navraag doen bij de verzekeraar of iets wel of niet vergoed wordt.

Ik heb u toegezegd contact op te nemen met de huisartsen, de belangrijkste verwijzers, om na te vragen of zij dit probleem herkennen en zo ja, welke acties zij ondernemen om hun patiënten op dit risico te wijzen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) geeft aan nog geen signalen ontvangen te hebben van huisartsen dat de selectieve inkoop door verzekeraars in de praktijk tot problemen leidt. In reactie op de maatschappelijke onrust eind vorig jaar heeft de LHV desondanks besloten het initiatief te nemen om een poster voor in de wachtkamer te maken waarmee patiënten er op gewezen worden dat de mogelijkheid bestaat dat niet alle zorg (volledig) vergoed wordt door de verzekeraar en dat het verstandig is om in de polis na te gaan welke zorg wel en niet vergoed wordt om te voorkomen dat zij geconfronteerd worden met een onverwachte zorgnota.

De LHV geeft verder aan dat huisartsen verwijzen op basis van medisch inhoudelijke gronden. Zij zien het niet als taak van een huisarts om de inhoud van de verschillende polissen van verzekeraars te kennen. Dit vind ik overigens ook niet reëel om van huisartsen, of andere zorgverleners, te vragen.

Verzekeraars kunnen ook nog winst boeken in het helder communiceren over wie wel en wie niet is gecontracteerd. In het wetsvoorstel «Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben» (Kamerstuk 33 362, nr. 2) zijn striktere eisen opgenomen over wanneer zorg moet zijn gecontracteerd (voor de overstapperiode) en dat daarover helder met de verzekerden gecommuniceerd moet worden. Dit zal een grote verbetering betekenen in de informatievoorziening aan de verzekerden. Met partijen houden wij de vinger aan de pols. Mocht in de praktijk blijken dat er problemen ontstaan, dan zullen we ons nader moeten beraden op vervolgstappen.

Ik ga ervan uit u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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