

Vergaderjaar 2013–2014

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 120**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2014

Tijdens het AO Zvw op 4 december 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 493) heb ik toegezegd u nader te informeren over de vraag of de zorgverzekeraar de verzekerde moet garanderen dat hij bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan, ook indien een eventueel (omzet)plafond is bereikt. Dit tegen de achtergrond van het feit dat de verzekerde er bij de poliskeuze vanuit gaat dat hij bij de gecontracteerde aanbieder(s) terecht kan.

In mijn brief d.d. 12 december 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 98) over de situatie dat het Radboud Ziekenhuis geen nieuwe patiënten meer aannam van Achmea, ben ik reeds gedeeltelijk op bovenstaande vraag ingegaan en heb ik de relatie gelegd met de vraag van mevrouw Bouwmeester hoe de positie van de patiënt versterkt kan worden in dergelijke situaties.

In deze brief zal ik eerst ingaan op de vraag of er gegarandeerd recht is op zorg bij een bepaalde gecontracteerde aanbieder, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar het type polis dat de verzekerde heeft en de daarbij behorende zorgplicht van de verzekeraar. Tevens zal ik aangeven op welke wijze ik de positie van de cliënt zal versterken. In deze brief zal ik met name in gaan op de positie van de patiënt in relatie tot omzetplafonds. Tijdens de rondgang samenwerking en mededinging in de curatieve zorg is ook vanuit de zorgaanbieders het thema omzetplafonds aan de orde geweest. Zoals toegezegd ontvangt u over deze rondgang nog voor het zomerreces een brief.

Ook zal ik op uw verzoek van d.d. 17 januari 2014 (kenmerk 2001400712) in deze brief ingaan op de stand van zaken bij de situatie tussen Achmea en het Radboud Ziekenhuis.

## **Is er sprake van gegarandeerd recht op zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders?**

Of er sprake is van gegarandeerd recht op zorg bij een aanbieder is afhankelijk van de polis van de verzekerde.

### ***Naturapolis***

De verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg. De zorgverzekeraar dient deze zorg aan zijn verzekerden te (laten) leveren en dient voldoende zorg te contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen.

Zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders waarbij zij afspraken maken met betrekking tot inhoud en kwaliteit van de zorg. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over prijs en volume. Hierbij kan met een aanbieder een «omzetplafond<sup>1</sup>» (hierna plafond) worden afgesproken. In dat geval kan het zijn dat een aanbieder bij het bereiken van het plafond verzekerden van een verzekeraar voor planbare zorg weigert (met uitzondering van acute zorg, die altijd door de zorgaanbieder dient te worden geleverd, ook indien een omzetplafond bereikt is). Indien er ook een «doorleverplicht» is afgesproken, zal de zorgaanbieder ook bij het bereiken van het plafond de zorg toch moet leveren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen ook een afspraak maken over spreiding van de zorg over het jaar, zodat voorkomen wordt dat al halverwege het jaar het plafond wordt bereikt.

Indien een plafond wordt bereikt bij een bepaalde gecontracteerde aanbieder is de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht verplicht aan de verzekerde een andere oplossing te bieden. Dit kan door aanvullende afspraken met de zorgaanbieder te maken (over extra productie) of door de verzekerde te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder die nog wel «ruimte» heeft.

Uiteraard dient de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden uit te leggen wanneer de verzekerde niet bij een gecontracteerde aanbieder terecht kan. De zorgverzekeraar dient tevens richting zijn verzekerden volkomen en tijdig transparant te zijn over het feit dat omzetplafonds of andere volumeafspraken consequenties kunnen hebben voor het invoeren van zorg bij gecontracteerde aanbieders, verzekerden dienen zich hier van bewust te zijn bij de keuze voor een polis. Dit is van belang voor het vertrouwen van verzekerden in de werking van het zorgstelsel en de centrale rol die verzekeraars daarin gekregen hebben. Overigens wil ik benadrukken dat een verzekerde die eenmaal een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht heeft op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt, tenzij de verzekerde de behandelrelatie zelf beëindigt (op basis van het huidige art 13 lid 5 Zvw).

### ***Restitutiepolis***

De verzekerde met een restitutiepolis heeft recht op vergoeding van kosten van zorg (tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse omstandigheden passend is) en desgevraagd zorgbemiddeling, ongeacht of de verzekerde zorg van een niet-gecontracteerde

---

<sup>1</sup> Er zijn verschillende vormen van contracten die zorgverzekeraars en zorgaanbieders afsluiten. Dit kunnen aanneemsommen of lumpsumafspraken zijn, ook worden er p\*q afspraken gemaakt, bij al deze verschillende contractvormen kan er sprake zijn van een omzetplafond, waarbij afhankelijk van het soort contract sprake van een doorleverplicht kan zijn.

zorgaanbieder of van een gecontracteerde aanbieder afneemt en ongeacht of er sprake is van een plafondspraak.

Uiteraard blijft de situatie mogelijk dat door oorzaken gelegen bij de aanbieder een verzekerde met een restitutiepolis niet terecht kan bij een bepaalde aanbieder (bijv. aanbieder levert gewenste zorg niet, door vakantieplanning te weinig personeel, capaciteit volledig benut, eigen keuzes van de aanbieder). In die situatie heeft de restitutieverzekeraar de plicht hem te bemiddelen naar een andere aanbieder.

### **Combinatiepolis**

Bij een combinatiepolis heeft de verzekerde bij bepaalde prestaties recht op zorg (natura) en bij andere prestaties recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). Per verzekerde prestatie is het dan van belang om te weten of het om een «natura-» of «restitutie» prestatie gaat. Er geldt dan wat hiervoor is vermeld in de paragrafen over natura en restitutie.

### **Maatregelen om de positie van de verzekerde dan wel patiënt te versterken**

Voor een verzekerde danwel patiënt kan het verwarrend zijn indien hij niet meer bij een bepaalde aanbieder terecht kan omdat het zogenaamde plafond is bereikt.

De naturaverzekerde gaat er immers van uit dat hij terecht kan bij de zorgaanbieders die zijn zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en die de zorgverzekeraar op zijn website heeft vermeld. De verzekerde met een restitutiepolis gaat ervan uit dat hij bij elke zorgaanbieder terecht kan en die zorg vergoed krijgt. Daar heeft de verzekerde immers bij de keuze voor zijn verzekering rekening mee gehouden.

Voor de verzekerde is het dus van belang dat op het moment dat hij kiest voor een polis (of dit nu gaat om een natura-, restitutie- of combinatiepolis) duidelijk en transparant is bij welke zorgaanbieders hij terecht kan en wat eventuele gevolgen zijn indien hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Ook zal de verzekeraar duidelijk dienen te vermelden in zijn polis en via andere communicatiemiddelen zoals de zorgwijzer op zijn website of er sprake is van (omzet)plafonds of andere volumeafspraken, dat dit consequenties kan hebben voor de verzekerde en wat die consequenties zijn. De zorgverzekeraar zal volledig transparant moeten zijn over de inhoud van de polis en het feit dat ondanks dat een aanbieder is gecontracteerd, het mogelijk is dat de zorgverzekeraar de aanbieder op een gegeven moment (bij het bereiken van een omzetplafond) niet meer financiële ruimte biedt om patiënten te behandelen. Ook dienen zorgverzekeraars realistische volumes in te kopen bij gecontracteerde zorgaanbieders. Het zou onwenselijk zijn wanneer zorgverzekeraars bij hun polisverkoop adverteren met een zeer breed gecontracteerd aanbod, terwijl zij in praktijk weinig volume inkopen. Dat zou verzekerden op het verkeerde been kunnen zetten. De informatie die de verzekeraar verstrekt moet op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) duidelijk en transparant zijn en mag niet misleidend zijn. De NZa houdt hier toezicht op.

Ik zal in overleg met de NZa bezien op welke wijze de beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten<sup>2</sup> aangepast kan worden, zodat verzekeraars hier nog duidelijkere infor-

<sup>2</sup> In deze beleidsregel geeft de NZa aan hoe zij invulling geeft aan de taak om toezicht te houden op de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan consumenten over onder andere de inhoud van hun polis en het gecontracteerde zorgaanbod en wat in dat opzicht van hen wordt verwacht.

matie over zullen verstrekken aan hun verzekerden en verzekerden bij de keuze voor een polis hierover goed geïnformeerd zijn.

### **Huidige stand van zaken Achmea en Radboud Ziekenhuis**

Conform het verzoek van de Tweede Kamer d.d. 17 januari 2014 (kenmerk 2001400712), treft u hierbij informatie over de wijze waarop de casus is verlopen, en hoe in dat verband verklaard kan worden dat naar verluidt enkele honderden patiënten, die verzekerd zijn bij Achmea, geen zorg hebben gekregen in het Radboudumc.

Volledigheidshalve wil ik vooraf nogmaals de verantwoordelijkheidsverdeling benadrukken, zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief van 12 december 2013 (kenmerk 182482–115226-Z). Achmea dient zijn zorgplicht te vervullen, verzekerden moeten goed geïnformeerd worden en de NZa ziet daarop toe.

### ***De patiënten***

Het Radboudumc is, zoals ook aangegeven in mijn brief van 12 december aan u, zorg blijven verlenen voor spoedeisende hulp, zorg waarvoor geen alternatief in de regio voorhanden is, zorg voor kinderen en reeds geplande afspraken en behandeling van patiënten, die reeds bij het Radboudumc onder behandeling waren.

Het is echter wel zo dat het Radboudumc heeft aangegeven voor circa 500 patiënten, die bij Achmea verzekerd zijn, in 2013 geen ruimte te hebben gehad. De periode waarover dit gaat is van 25 november 2013 tot 1 januari 2014.

Nieuwe afspraken voor nieuwe Achmea verzekerden zijn waar mogelijk in januari 2014 gepland. Daarbij heeft het Radboudumc alle zorgvuldigheid in acht genomen. Het waren de artsen die hebben besloten of het medisch mogelijk was het eerste consult in het nieuwe jaar plaats te laten vinden. In circa 20 gevallen hebben verzekerden zich bij Achmea gemeld en heeft Achmea deze verzekerden naar een ander ziekenhuis bemiddeld.

Het is ook mogelijk dat mensen zich uit eigener beweging bij een ander ziekenhuis hebben gemeld. Het is niet bekend hoeveel mensen dit gedaan hebben.

### ***Financieel***

Zoals al aangegeven in mijn brief van 12 december, is er in november 2013 een werkgroep van financieel experts van Achmea en Radboudumc gestart, die de aard en de omvang van de problematiek van de inkoopafspraken voor de jaren 2012 en 2013 in kaart brengt. Een gezamenlijk onderzoek was belangrijk om de situatie in het Radboudumc in beeld te brengen. Er is onderzocht of en in welke mate er sprake is van overschrijdingen van het overeengekomen plafond. Op basis van prognoses had Radboudumc aangegeven dat er sprake is van een overschrijding van het overeengekomen plafond voor 2013. Hierover bestond verschil van inzicht tussen Achmea en Radboudumc. Uitkomsten van dit onderzoek zijn inmiddels bekend en Radboudumc en Achmea hebben hun verschil van inzicht over de zorgkosten 2013 bijgelegd.

De werkgroep heeft de gegevens nader geanalyseerd en de hoogte en oorzaak van de overschrijding in kaart gebracht. Uit de analyse is gebleken dat, tegen de landelijke trend in, het aantal behandelde Achmea-verzekerden in het Radboudumc is toegenomen. Een andere uitkomst van het onderzoek is dat bij een beperkt aantal Achmea-

verzekerden de kosten van dure niet planbare academische zorg hoger zijn uitgevallen dan gezamenlijk werd verwacht. Op basis van de uitkomsten van de analyse is afgesproken dat Achmea 6,4 miljoen euro extra betaalt voor de academische, niet planbare zorg, zoals zorg buiten de regio, langdurige zorg op IC en dure geneesmiddelen. Het Radboudumc neemt tevens een deel van de ontstane overschrijding voor haar rekening (2,2 miljoen euro). Daarnaast was er in het contract 2013 reeds voorzien in het vergoeden van een aantal academische behandelingen (2,7 miljoen euro) op basis van de werkelijke gemaakte kosten.

Overigens zijn op basis van de uitkomsten van bovengenoemd onderzoek, de reeds gemaakte afspraken over 2014 aangepast, waarbij naast kwaliteit en prijs ook afspraken zijn gemaakt over monitoring en de medisch inhoudelijke informatie achter de financiële cijfers.

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