

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

1093

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *omzetplafonds in de zorg* (ingezonden 10 december 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 januari 2015)

Vraag 1

Is u bekend dat zorgverzekeraar Zilveren Kruis omzetplafonds afsprekt met zorgverleners, waardoor gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2015 niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2015?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2 en 3

Klopt het dat door de invoering van een omzetplafond zorg bij een bepaalde zorgaanbieder vanaf een bepaalde datum niet meer volledig (in dit geval voor 75%) wordt vergoed, terwijl dat eerder in het jaar wel volledig werd vergoed? Klopt het dat de zorgverzekeraar zelf aangeeft dat het zo kan zijn dat, als het omzetplafond bereikt is, een zorgverlener pas een afspraak maakt in het nieuwe kalenderjaar? Ziet u ook het risico dat hierdoor wachtlijsten kunnen ontstaan? Zo nee, waarom niet? Zo ja, vindt u dit wenselijk?

Antwoord 2 en 3

Een zorgverzekeraar kan werken met omzetplafonds om te zorgen dat hij enerzijds de kosten beheerst door niet teveel in te kopen en anderzijds zijn zorgaanbod zo breed en divers mogelijk te laten zijn. Afgesproken is dat de zorgverzekeraar in de informatie over de zorgpolis helder is over of er sprake is van een omzetplafond en wat dit betekent.

Daarnaast is het zo dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. In het geval van een naturapolis betekent dit dat de zorgverzekeraar ervoor dient te zorgen dat de zorg binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand beschikbaar is. Ook bij het bereiken van een omzetplafond bij een bepaalde

¹ Zilveren Kruis, «Belangrijkste wijzigingen polisvoorwaarden 2015, Basis Zeker» <https://www.zilverenkruis.nl/VergoedingenDownloads/basis-zeker-extra-wijzigingen-40483-1411.pdf>

aanbieder dient de zorgverzekeraar te voldoen aan de zorgplicht. Dit kan bijvoorbeeld door de verzekerde naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen of door aanvullende afspraken te maken met de betreffende zorgaanbieder.

Indien de verzekerde toch kiest voor behandeling door deze zorgaanbieder (en er geen aanvullende afspraken zijn gemaakt), kan dit betekenen dat de afspraak pas in het nieuwe kalenderjaar wordt gemaakt.

Vraag 4 en 5

Is het volgens de huidige regels voldoende als de zorgverzekeraar op een website laat zien welke zorgaanbieder gecontracteerd is, en bij het bereiken van het plafond de contractering weghaalt? Zo ja, is dit naar uw mening voldoende transparant en misleidend?

Zijn zorgverzekeraars verplicht op het moment dat een verzekerde kiest voor een polis, per zorgaanbieder aan te geven of er een omzetplafond is afgesproken, en hoe hoog dat omzetplafond is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4 en 5

In september 2014 heeft de NZa haar beleidsregel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014» gepubliceerd. Hierin is aangegeven op welke wijze invulling wordt gegeven aan het toezicht op artikel 40 Wmg en aan welke transparantieverplichtingen de zorgverzekeraar moet voldoen.

In deze beleidsregel geeft de NZa aan welke informatie zorgverzekeraars moeten bieden ten aanzien van het gecontracteerde zorgaanbod, eventuele volumeafspraken (zoals omzetplafonds) en informatie over de vergoeding van niet gecontracteerde zorg:

«Volumeafspraken (zoals omzetplafonds) kunnen gevolgen hebben voor een verzekerde. Het bereiken van een omzetplafond kan bijvoorbeeld als gevolg hebben dat de verzekeraar de zorgaanbieder niet meer financiële ruimte biedt om patiënten te behandelen.

Als volumeafspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, dient de verzekeraar de volgende punten over deze volumeafspraken te vermelden:

- een algemene uitleg over de volumeafspraken en de mogelijke consequenties voor de verzekerde*
- een toelichting, bijvoorbeeld in een online zorgwijzer, waarin het bestaan van de volumeafspraken en de mogelijke gevolgen voor de verzekerde per zorgaanbieder worden aangegeven.»*

Vraag 6

Herinnert u zich dat u in uw brief van 2 juni 2014 schrijft dat zorgverzekeraars realistische volumes dienen in te kopen bij gecontracteerde zorgaanbieders?² Wat verstaat u onder «realistische volumes», en waar is in de regelgeving vastgelegd dat zorgverzekeraars hieraan moeten voldoen?

Antwoord 6

In mijn brief van 2 juni 2014 over recht op gecontracteerde zorg heb ik aangegeven dat zorgverzekeraars realistische volumes dienen in te kopen. Het zou immers onwenselijk zijn wanneer zorgverzekeraars bij hun polisverkoop adverteren met een breed gecontracteerd aanbod, terwijl zij in de praktijk weinig volume inkopen. Dat zou verzekerden op het verkeerde been kunnen zetten.

Op grond van artikel 40 Wmg dragen verzekeraars zorg voor de door hen beschikbaar gestelde informatie waaronder ook reclame-uitingen. Deze informatie mag geen afbreuk doen aan de Zvw en mag ook niet misleidend zijn. De NZa houdt hier toezicht op.

Met de bij vraag 5 genoemde beleidsregel vult de NZa de open normen van artikel 40 Wmg nader in zodat dit duidelijkheid en rechtszekerheid biedt voor de verzekerde en de verzekeraar. Daarnaast is dit van belang vanwege mogelijke handhavingsacties van de NZa naar aanleiding van eventuele overtredingen van artikel 40 Wmg.

² Kamerstuk 32 620 nr. 120

Overigens merk ik op dat omzetplafonds een belangrijk instrument zijn voor zorgverzekeraars bij de contractering van zorgaanbieders. Daarmee dragen ontzetplafonds bij de betaalbaarheid en het van hoge kwaliteit blijven van de zorg. Immers – zoals ik bij mijn antwoord op vraag 2 en 3 al aangeef – voorkomen omzetplafonds dat er teveel zorg wordt ingekocht en maken omzetplafonds een breed en divers zorgaanbod mogelijk.

Vraag 7

Klopt het dat, als een omzetplafond is bereikt, het mogelijk is dat de zorgverzekeraar de klant naar een andere instelling verwijst die nog wel ruimte heeft? Als een zorgverzekeraar daarvoor kiest, kan dat dan een teken zijn dat de verzekeraar primair stuurt op prijs, en niet op kwaliteit? Kunt u uw antwoord onderbouwen?

Antwoord 7

Deze stelling is mijns inziens onjuist omdat meerdere aanbieders aan dezelfde kwaliteitseisen kunnen voldoen. Inkoop van verschillende aanbieders van goede kwaliteit geeft de verzekerden meer mogelijkheden. Zonder omzetplafonds zouden echter ofwel de kosten omhoog lopen ofwel de keuzevrijheid afnemen.

Bovendien, zoals ik in mijn antwoord bij 2 en 3 aangeef, dient de zorgverzekeraar te voldoen aan de zorgplicht. Bij het bereiken van een omzetplafond kan dit betekenen dat de verzekeraar – in overleg met de verzekerde – deze naar een andere zorgaanbieder bemiddelt. Ik zie niet waarom dit zou betekenen dat de zorgverzekeraar primair stuurt op prijs en niet op kwaliteit. Immers, ook de zorgaanbieder waarnaar wordt bemiddeld, is gecontracteerd op basis van kwaliteit en prijs.

In het verlengde hiervan heb ik in mijn brief van 2 december aan de NZa gevraagd om ten aanzien van de budgetpolissen expliciet te kijken of de contractering via deze polissen voldoende is om aan de zorgplicht te voldoen. Tevens heb ik gevraagd daarbij te beoordelen of de verschillende budgetpolissen en andere polissen van één verzekeraar een lijn kennen in wie wel en wie niet wordt gecontracteerd. Dit om een indicatie te krijgen in hoeverre alleen prijs het criterium is geweest van de contractering. De NZa heeft in haar reactie aangegeven dat zij zullen kijken of een verzekeraar voor alle polissen dezelfde contractvoorwaarden met aanbieders heeft of dat deze verschillen tussen budgetpolissen en overige polissen. En of budgetpolishouders dezelfde kwaliteit van zorg krijgen als degenen die andere, duurdere polissen afsluiten. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in de loop van het eerste kwartaal van dit jaar.

Vraag 8

Klopt het dat de zorgverzekeraar de keuze heeft tussen bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of iemand op de wachtlijst laten zetten? Kunt u aangeven wanneer de zorgverzekeraar moet bemiddelen, en wanneer het op een wachtlijst zetten is toegestaan? Welke stem heeft de verzekerde daarbij?

Antwoord 8

Gelet op de zorgplicht dienen verzekeraars ervoor te zorgen dat de zorg binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand beschikbaar is. Wat redelijk is, is afhankelijk van de soort zorg. Zo is een redelijke termijn voor spoedeisende zorg anders dan voor planbare zorg.

In het geval van het bereiken van een omzetplafond zal de zorgverzekeraar altijd in overleg met de verzekerde naar een oplossing zoeken. Daarbij kan een verzekerde zelf kiezen om liever even te wachten of juist niet.

Vraag 9

Klopt het dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangeeft dat, als er omzetplafonds worden afgesproken, de verzekeraar een algemene uitleg moet vermelden, samen met een toelichting waarin de mogelijke gevolgen voor de verzekerde per zorgaanbieder worden gegeven?³ Bent u van mening

³ Beleidsregel «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten» http://www.nza.nl/1048076/1048090/TH_BR_015__Informatieverstrekking_ziektekostenverzekeraars_en_volmachten_2014.pdf

dat Zilveren Kruis voldoet aan de vereisten uit de beleidsregel? Zo ja, bent u van mening dat de vereisten uit de beleidsregel afdoende zijn om transparantie te garanderen?

Antwoord 9

Ja, dit klopt. Zie ook mijn antwoord op vraag 4 en 5.

In de algemene informatie over de belangrijkste wijzigingen polissen 2015 maakt Zilveren Kruis kenbaar dat er sprake is van omzetplafonds en wat het gevolg is als dit plafond wordt bereikt. Dit is ook opgenomen in de polisvoorwaarden.

Daarnaast geeft Zilveren Kruis op haar website aan wat een omzetplafond is, wat de gevolgen kunnen zijn voor een verzekerde van een omzetplafond en een verwijzing naar de zorgzoeker waar verzekerden kunnen terugvinden met welke zorgverleners er omzetplafonds zijn afgesproken. De NZa geeft aan dat Zilveren Kruis hiermee voldoet aan de eisen die hieromtrent zijn opgenomen in de beleidsregel.