

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

1150

Vragen van de leden **Ellemeet** (GroenLinks) en **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in academische ziekenhuizen* (ingezonden 19 december 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 januari 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 928.

Vraag 1

Kunt u een overzicht geven van alle behandelingen bij (academische) ziekenhuizen die hoe dan ook vergoed worden, omdat deze slechts in een ziekenhuis worden gegeven, ook als deze niet gecontracteerd zijn, zoals u in antwoorden op eerder gestelde vragen aangaf?¹

Vraag 2

Bent u bereid voornoemd overzicht te publiceren, zodat verzekerden zekerheid hebben welke zorg hoe dan ook vergoed wordt, ook als deze niet gecontracteerd is?

Antwoord 1 en 2

Een dusdanig overzicht voor alle behandelingen en voor alle verzekeraars is onmogelijk om zo te geven. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Door deze zorgplicht is gegarandeerd dat alle zorg wordt geleverd. Dit betekent namelijk dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het leveren van zorg aan de verzekerde binnen een redelijke afstand en een redelijke termijn. Indien de zorgverzekeraar niet zou voldoen aan zijn zorgplicht heeft de verzekerde recht op een volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten, ook als de zorg niet gecontracteerd is. Dus indien een verzekerde is aangewezen op een bepaalde behandeling, die mogelijk slechts in één ziekenhuis wordt gegeven, maar zijn verzekeraar heeft geen contract met de aanbieder(s) die deze behandeling aanbied(t)(en), dan is de verzekeraar vanuit zijn zorgplicht verplicht om deze behandeling te vergoeden. Bij bepaalde

¹ Antwoorden op vragen van het lid Ellemeet (GroenLinks) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht dat mensen met een budgetpolis volgend jaar niet terecht kunnen bij academische ziekenhuizen.

complexe zorg zal het hierbij in het bijzonder kunnen gaan om academische ziekenhuizen. Deze zorgplicht biedt dus meer garanties dan een opsomming.

Vraag 3

Als u niet in staat bent dit overzicht te maken of te publiceren, hoe kunnen verzekerden dan tijdig te weten komen welke niet gecontracteerde zorg wel of niet vergoed wordt?

Antwoord 3

Elke individuele zorgverzekeraar dient op zijn website inzichtelijk te maken welke zorgaanbieders door hem zijn gecontracteerd, welke (financiële) consequenties dit kan hebben voor de verzekerde en ook dient hij duidelijkheid te verschaffen over de wijze waarop wordt omgegaan met volumenor- men zoals omzetplafonds. Deze verplichting is vastgelegd in de beleidsregel «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Indien nodig kan de NZa hier handhavend optreden.

Ook dienen zorgverzekeraars te allen tijde te voldoen aan hun zorgplicht, zoals ook aangegeven bij het antwoord op vragen 1 en 2. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het leveren van zorg aan de verzekerde binnen een redelijke afstand en een redelijke termijn. Indien de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht heeft de verzekerde recht op een volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten (ook als de zorg niet gecontracteerd is).

Het is uiteraard van belang dat verzekerden zich goed moeten informeren over het gecontracteerde aanbod (in het geval van een naturapolis) en de eventuele gevolgen indien hij gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. Via het raadplegen van de website van de zorgverzekeraar kunnen zij zien welk aanbod is gecontracteerd. Verzekerden kunnen daarnaast het beste voorafgaand aan een bezoek aan het ziekenhuis de website checken dan wel contact opnemen met de zorgverzekeraar en zich laten informeren over de zorgaanbieders die zijn gecontracteerd.

Vraag 4

Wie bepaalt dat een bepaalde behandeling bij een (academisch) ziekenhuis zodanig uniek is dat deze hoe dan ook vergoed wordt?

Antwoord 4

Dit is primair aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is ervoor verantwoordelijk te voldoen aan zijn zorgplicht en zorg binnen een redelijke afstand en redelijke termijn te leveren. Deze zorgplicht brengt ook met zich mee dat de zorgverzekeraar ervoor moet zorgen dat de verzekerde, indien dit medisch noodzakelijk is, hoog complexe zorg krijgt bij een zorgaanbieder (bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis) die niet door hem is gecontracteerd. In dat geval heeft de verzekerde ook recht op een volledige vergoeding van de genoten (niet-gecontracteerde) zorg.

Indien de verzekerde van mening is dat hij is aangewezen op een behandeling bij een niet-gecontracteerde aanbieder omdat de zorgverzekeraar deze behandeling niet binnen het gecontracteerde aanbod aanbiedt en de verzekeraar het hier niet mee eens is, en nader contact biedt geen soelaas, dan kan de verzekerde een klacht indienen bij zijn verzekeraar. Indien het meningsverschil blijft bestaan staat de weg naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en eventueel de civiele rechter open.

Vraag 5

Als achteraf toch blijkt dat de betreffende niet gecontracteerde zorg ook in een ander ziekenhuis verleend wordt, wie betaalt dan de rekening?

Antwoord 5

Elke verzekeraar heeft de verplichting zijn verzekerden in te lichten over het door hem gecontracteerde aanbod. Zoals aangegeven in mijn antwoord op vraag 3 doet de verzekerde er echter verstandig aan om zich ook voorafgaand aan zijn bezoek aan een ziekenhuis telefonisch door zijn verzekeraar goed te laten informeren over de zorg die is gecontracteerd. Dit is om misverstanden te voorkomen. De zorgverzekeraar kan de verzekerde voorlichten over de plek

waar hij de benodigde zorg kan krijgen en recht heeft op een volledige vergoeding.

Mocht de verzekerde toch gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg en na afloop van zijn behandeling geconfronteerd worden met een deel van de rekening van de zorg die hij heeft genoten, dan kan hij verschillende stappen ondernemen.

Allereerst kan de verzekerde in overleg treden met de zorgverzekeraar. Indien de verzekeraar aantoonbaar onvolledige informatie heeft verstrekt aan de verzekerde, is de verwachting dat de zorgverzekeraar alsnog de niet-gecontracteerde zorg vergoed. Mocht overleg met de zorgverzekeraar voor de verzekerde niet tot het gewenste resultaat leiden, dan kan de verzekerde alsnog overgaan tot het indienen van een klacht bij de zorgverzekeraar. Indien zorgverzekeraar en verzekerde niet tot overeenstemming kunnen komen, heeft de verzekerde de mogelijkheid om zich te wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de civiele rechter. In deze gevallen is het aan de zorgverzekeraar om aan te tonen dat hij op basis van het gecontracteerde aanbod heeft voldaan aan zijn zorgplicht en hier de verzekerde goed over heeft voorgelicht.