

Vergaderjaar 2019–2020

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1045

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 januari 2020

Tijdens het ordedebat van 10 december 2019 is een verzoek gedaan om een brief (Handelingen II 2019/20, nr. 34, Regeling van Werkzaamheden) over het recht op zorg en onnodige behandelingen. Hierbij ontvangt u mijn antwoord.

De drie voornaamste punten in deze brief zijn:

- Als mensen een naturaverzekering hebben, hebben ze recht op zorg. Er moet voldoende zorg ingekocht worden door de zorgverzekeraar, maar het is niet zo dat verzekerden recht hebben op zorg door een specifieke aanbieder.
Bij een restitutieverzekering hebben mensen recht op vergoeding van zorg, en kunnen ze kiezen voor een aanbieder ongeacht contractering of omzetplafonds.
- Dat moet helder zijn voor mensen en dus is informatieverstrekking aan verzekerden van groot belang.
- Mensen moeten niet te weinig zorg krijgen, maar ook niet te veel. Dat bepaalt de professional, in overleg met de patiënt. Het is van belang dat mensen de juiste zorg krijgen, en dus zijn afspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars over gepast gebruik nodig.

In het overleg heeft u gevraagd om een brief over «hoe het stelsel werkt» op dit punt. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht en moeten er dus voor zorgen dat hun verzekerden zorg ontvangen of dat de ontvangen zorg (onder de daarvoor geldende voorwaarden) wordt vergoed.

Als er sprake is van een naturaverzekering betekent de invulling van de zorgplicht dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen. Dat mag middels contracten met of zonder omzetplafonds, zolang er in totaliteit maar voldoende zorg is ingekocht in een regio. De NZa ziet er op toe dat zorgverzekeraars aan de zorgplicht voldoen. Ieder jaar worden er bij bepaalde zorgaanbieders en verzekeraars patiëntenstops ingesteld als er sprake is van omzetplafonds. Uw Kamer heeft hier vaker vragen over gesteld.

Voor mensen met een restitutieverzekering gelden andere regels. Mensen kiezen dan zelf hun aanbieder en de rekening wordt dan (onder de daarvoor geldende voorwaarden) vergoed. Omzetplafonds en contractering zijn dan niet relevant. Ik heb u over omzetplafonds, rechten van verzekerden en «het stelsel» eind 2018 een uitgebreide brief geschreven (Kamerstuk 29 689, nr. 956). Hierin ben ik ingegaan op de zorgplicht van zorgverzekeraars en het recht op zorg. Mensen hebben recht op zorg, maar dat betekent niet dat zij altijd bij de aanbieder van hun voorkeur terecht kunnen. Dit is dus afhankelijk van de verzekering die ze afsluiten.

Voor mij is het dan ook vooral van belang dat mensen zich bij de keuze van hun zorgverzekering goed informeren over welke voorwaarden aan de polis zitten die ze willen afsluiten. Voor een verzekerde danwel patiënt kan het verwarrend zijn, als hij niet meer bij een bepaalde aanbieder terecht kan, omdat het omzetplafond is bereikt. 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 de eventuele gevolgen zijn als er financiële afspraken zijn gemaakt tussen verzekeraar en ziekenhuis (zoals een omzetplafond) of als hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Verder staat in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de NZa dat een zorgverzekeraar die met volumeafspraken of budgetplafonds werkt, verzekerden moet informeren over de afspraken en de mogelijke consequenties.

Ik verwijs uw Kamer dan ook naar de hiervoor genoemde brief voor de uitleg over het stelsel en de brief die ik u heb gestuurd over de vindbaarheid van informatie (Kamerstuk 29 689, nr. 965).

Per 1 november 2019 heeft de NZa de regels rondom het informeren van verzekerden over volumeafspraken of omzetplafonds aangescherpt. Zorgverzekeraars dienen sinds dit overstapeseizoen op de website per zorgaanbieder aan te geven dat een volumeafpraak danwel omzetplafond wordt gehanteerd wanneer deze mogelijke consequenties hebben voor de verzekerden. De zorgverzekeraar dient dan ook aan te geven wat deze mogelijke consequenties zijn. De NZa ziet erop toe dat dit op juiste wijze gebeurt en stuurt mij in het voorjaar een brief over de acties van de NZa tijdens het overstapeseizoen 2019/2020. Ik zal uw Kamer daarover informeren.

Soms wordt zorg geleverd, waarvan het de vraag is of deze wel nodig of effectief is. Over gepast gebruik heb ik oktober jl. nog een brief aan uw Kamer geschreven (Kamerstuk 29 248, nr. 318). Hierin heb ik uiteengezet hoe alle ondertekenaars van het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg (HLA MSZ) in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) samenwerken. Alle partijen onderstrepen het belang van gepast gebruik en willen dit samen bevorderen. Daarbij gaat het om het ontwikkelen van kennis over de effectiviteit en de implementatie hiervan in de praktijk. Op deze manier wordt duidelijker wat wel of geen overbodige zorg is en werken partijen samen om te voorkomen dat overbodige zorg geleverd wordt. Bij implementatie in de praktijk spelen onder andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars een grote rol. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over gepast gebruik in de praktijk. In de eerder genoemde brief heb ik u toegezegd na de zomer van dit jaar resultaten van het programma met uw Kamer te delen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins