

Restaurateur

Tel./Fax: 0031 (0)20 - [redacted]

Mobile: 06 [redacted]

Betr; Zorgverz.Probl.

Ministerie van Volksgez.Welz.Sport.
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
T.a.v. [redacted] [redacted] [redacted]

Postbus [redacted] Amsterdam

Amsterdam, 10 juni 2014

Geachte [redacted],

Uw zeer diplomatieke beantwoording aan mijn brief, gaat voorbij aan mijn grote zorg, dat de huidige zorgverzekeraars nu gewone in de zakenmarkt opererende bedrijven zijn geworden met een absoluut en duidelijk winstoogmerk, i.p.v. het voormalige NUTSbedrijf zonder winstoogmerk.

De E.B. van € 220.-- was al niet direct nodig, gezien de kasinhoud en moest toen ook nog worden verhoogd naar € 350.-- (Waarom) en daarna weer € 10.--.

E.e.a. blijkt een uitgesproken "Farce" te zijn, gezien de overmatig opgepotte miljarden die de gezamenlijke verzekeraars in kas blijken te hebben.

Het zgn. scherpe inkopen door de verzekeraars, brengt met zich, dat de kans bestaat, dat de kwaliteit uit het oog verloren wordt en het uitsluitend nog om de winst gaat.

De genoemde doelmatige werkwijze KUNNEN een concurrerende premie bieden, edoch welke verzekeraar heeft dat tot heden gedaan?.

U beweert, te hebben gezien, dat de verzekeraars een deel van hun winst via een lagere premie teruggeven aan de verzekerden.

Dat moet ook niet zo moeilijk zijn, na het invoeren van de genoemde E.B.

Als U de door mij meegestuurde mediaberichten eens goed doorleest, dan zult U met mij eens zijn, dat hier niemand vrolijk van kan worden.

Onze A.O.W. is al jaren zo goed als gelijk gebleven en door de jaren niet aangepast aan indexeringen of andere loon- en prijsafspraken en zelfs de zgn. zorgtoeslag heeft men verlaagd.

Het werkelijke zorgsysteem is in de loop der tijd via partijpolitieke uitruil van standpunten samengesteld in de vorm van een kwartetspel, Heb jij voor mij, dan heb ik voor jou.....

Het is toch onvoorstelbaar, dat er in den Haag bij de Ministerie's geen elite aanwezig is die kans zien om de zorgverzekerings problematiek in goede banen te leiden en rekening te houden met de Nederlandse bevolking.

De bijgevoegde mediaberichten liegen er niet om en bieden Uw Ministerie de mogelijkheid, deze tenminste te onderzoeken.

Tot zover verbleeft met vriendelijke groeten,

[redacted]
Bijlagen; divers.

De

Doc. 104
centraal

verzekeraar neemt het over

Het is één ding dat de zorgverzekeraars zo nu en dan om de spreekwoordelijke hoek van zijn spreekkamer in de Amsterdamse Pijp komen kijken, maar straks dreigen ze zich ook nog comfortabel te maken in de stoel van huisarts Joost Leferink (48) én die van zijn patiënt. "Vanuit medisch oogpunt is het heel prettig dat ik samen met mijn patiënt met hartproblemen kan bepalen welke cardioloog hem het best kan helpen – die kennis ligt in deze praktijk." Leferink is sinds twaalf jaar huisarts, waarvan zeven jaar bij Huisartsen Rustenburg. "Maar straks zijn we overgeleverd aan een zorgverzekeraar die de knopen al heeft doorgehakt."

Door zijn ervaring weet hij naar welke zorgverlener hij zijn patiënt moet verwijzen – als het even kan in de eigen buurt. Maar hoe stelt een verzekeraar vast wat de beste zorg voor diezelfde patiënt is? "Met het oog op de bezuinigingen. Wie zegt mij dat geld niet leidend is?"

Het zit Leferink bepaald niet lekker, de wending die het Kamerdebat over de Zorgverzekeringswet genomen heeft. De kleine verzekeraar DSW spreekt al van een oligopolie nu de vier grote verzekeraars Achmea, VGZ, CZ en Menzis ruim negentig procent van de markt in handen hebben. Met de komst van een nieuwe zorgpolis zonder vrije artskeuze heeft het machtsblok het steeds meer voor het zeggen, menen zorgverleners.

Stella Zonneveld van Huisartsenkring Amsterdam: "We zien liever geen marktwerking in de zorg, maar als die er dan toch is, dan liever één met veel meer kleine verzekeraars. Zorgverleners krijgen nu vaak simpelweg een contract toegestuurd waar ze het mee moeten doen."

De Vereniging van praktijkhoudende huisartsen (VPH) voelde zich genoodzaakt aangesloten artsen op te

roepen vandaag het werk een uur stil te leggen.

Leferink: "Er is een duidelijke ontwikkeling gaande. De verhouding van patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar trekt helemaal scheef. De nieuwe zorgpolis zal de keuzevrijheid van patiënten ernstig beperken, en de macht van de verzekeraars vergroten. Huisartsen blijven buiten schot, tandartsen, fysiotherapeuten en psychologen waarschijnlijk ook, maar voor hoe lang nog?"

De zorgpolis met vooraf vastgelegd aanbod pakt hoe dan ook nadelig uit voor patiënten en huisartsen, zeggen de artsen. De polis wordt goedkoper, maar zijn mensen zich voldoende bewust van de beperkingen? "Er wordt maar van uitgegaan dat men goed uitloopt welke polis geschikt is, maar in de spreekkamer merken wij dat patiënten toch niet zo goed geïnformeerd zijn," zegt Zonneveld. "We vrezen dat mensen straks de goedkope optie kiezen, zonder de consequenties te overzien."

Ze wijst op het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis dat vorig jaar enige tijd geen contract had met Achmea. "Dan zie je direct de effecten: als je een patiënt op dat moment naar een goede specialist in het Slotervaart stuurt, mag hij de kosten zelf betalen."

Maar de onrust begint eigenlijk al in Leferink's spreekkamer. "Als hier een reumapatiënt binnenkomt, bespreken we zijn klachten en besluiten we welke specialist het meest geschikt zou zijn – niet bij welke zorgverzekeraar de patiënt loopt." In de toekomst wordt dat juist de hamvraag bij patiënten met een zorgpolis zonder vrije artskeuze. "Dan ben ik minuten kwijt om vast te stellen naar welke specialist hij mag – minuten die ik liever aan de patiënt zelf besteed. Vervolgens ontdek ik dat de specialist naar wie onze

voorkeur uitgaat, niet gecontracteerd is en dat ik van de meeste namen op de lijst nog nooit heb gehoord. Hoe kan ik mijn patiënt dan goed adviseren?"

De nieuwe, goedkopere zorgpolis tast zo het gezag van de huisarts aan, vindt hij. Immers: de zorgverzekeraar heeft voor de patiënt de mogelijke zorgverleners al geselecteerd, daar komt de huisarts niet meer aan te pas. En dat terwijl die huisarts juist een uitgebreid netwerk heeft in zijn eigen gemeente en buurt – van de wijkverpleegkundige tot de psychiater en de oogarts in het ziekenhuis.

"Doordat ik hier al zeven jaar zit, weet ik welke fysiotherapeut goed is

'Straks moet ik eerst bespreken waar de patiënt verzekerd is'

met knieën, welke diëtist wat praktischer is ingesteld en welke juist meer aandacht heeft voor de psychologische kant. Het is fijn om te kunnen verwijzen naar zorgverleners in wie je vertrouwen hebt, óók omdat de patiënt jou vertrouwt. Dat scheelt al snel een paar vervolfspraken."

Voor de persoonlijke voorkeuren van de patiënt is bij de goedkopere variant eveneens minder ruimte. Een familielid is ooit goed geholpen in revalidatiecentrum X in Amsterdam, maar nu de patiënt zelf moet revalideren, behoort X niet tot de opties; hij kan naar revalidatiecentrum Y in Hilversum óf de kosten van de revalida-

De beperking van de vrije artsenkeuze leidt tot onrust in de zorg. Met een goedkope zorgpolis kun je niet meer naar iedere arts. De grote zorgverzekeraars krijgen het steeds meer voor het zeggen.

tekst MEREL STRAATHOF en EDWIN VAN DER AA illustratie TRIK

vervolg.

tie voor eigen rekening nemen.

Net als minister Edith Schippers meent Leferink dat er geld bespaard kan worden in de zorg, maar niet op haar manier. Volgens hem zou elke beroepsgroep in de zorg moeten onderzoeken waar het goedkoper kan. "Moet een tweede of derde opinie niet voor kosten van de patiënt komen? Wie betaalt het als de patiënt niet voor de afspraak komt opdagen? Wat doen we met praktijken die te veel declareren voor hun spreekuur?"

Zelf ziet Leferink nu al voldoende voordeel van zijn eigen, lokale zorgnetwerk. "Op een werkdag bel ik al snel één à twee bekende specialisten voor patiëntoverleg. Zo kan een oogarts mij bijvoorbeeld adviseren medicijnen voor te schrijven en te wachten met doorverwijzen – dat scheelt weer een duur ziekenhuisbezoek."

Die samenwerking kan ook de andere kant op werken. Een patiënt met verhoogde bloeddruk die al twee jaar stabiel is, hoeft niet meer voor elke controle naar het ziekenhuis. De huisarts kan de patiënt overnemen zolang de situatie niet verslechtert.

Voor al psychiatrische en chronische patiënten – mensen met een vaste groep zorgverleners om zich heen – zou de huisarts de nieuwe zorgpolis niet aanbevelen, ondanks de lagere zorgpremie. "Zij hebben kans dat het zorgnetwerk uit elkaar valt omdat plots blijkt dat hun verzekeraar cardioloog A en wijkverpleegkundige B in het nieuwe jaar niet gecontracteerd heeft."

Daarmee lijkt de nieuwe polis vooral interessant voor jonge, gezonde mensen. "Maar als er plots iets gebeurt – ziekte, revalidatie na een ongeval – kan dat op onverwachte beperkingen van de zorg leiden. Bij deze nieuwe polis moet je dus eigenlijk al weten wat je het komende jaar gaat gebeuren."

centraal

De wet

Met het oog op de zorgbezuinigingen introduceert minister Edith Schippers een derde zorgpolis. Nu kunnen verzekerden al kiezen voor een naturapolis die alleen gecontracteerde zorg voor honderd procent vergoedt. Kiest een verzekerde voor niet-gecontracteerde zorg, dan krijgt hij zo'n tachtig procent vergoed.

Mensen met een restitutiepolis betalen iets meer premie, maar krijgen dan zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg volledig vergoed. Schippers wil nu een derde variant waarbij de verzekeraar alleen zorg bij gecontracteerde zorgverleners hoeft te vergoeden. Die polis valt goedkoper uit. De besparing moet een flinke bijdrage leveren aan een beoogde zorgbezuiniging van 1 miljard euro.

Op verzoek van vooral ChristenUnie en SGP moeten de verzekeraars nog wel altijd de hulp (deels) vergoeden van de huisarts, fysiotherapeut en andere aanbieders waarvoor mensen geen verwijzing nodig hebben.

De discussie

Volgens critici sloopt de wetswijziging het recht van mensen zelf hun zorgverlener te kiezen. Maar de coalitie en de minister vinden de maatregel noodzakelijk, omdat nu vaak onnodig dure zorg wordt afgenomen. Dat jaagt uiteindelijk de premies op. Daarnaast worden de 'cowboys', vooral in de geestelijke gezondheidszorg, van de markt gehaald. En mensen kunnen altijd tijdig switchen naar een verzekeraar die de zorgaanbieder van hun keuze vergoedt, zegt de minister.

De vereniging van vrijgevestigde psychologen en therapeuten hekelt het beeld van 'cowboys' dat wordt geschetst. "We werken al jaren hard aan de kwaliteit en transparantie in de sector. We lopen hierin internationaal ver voorop. Deze uitspraken werken demoraliserend en beschadigen niet alleen de sector, maar zeker ook de patiënten."

Tegenstanders claimen dat de politiek louter uit financiële overwegingen af wil van de huidige situatie, waarbij patiënten via hun verzekering altijd (bijna) alle zorg vergoed krijgen. Directeur Wilma Wind van de Patiëntenfederatie NPCF vindt dat te eenzijdig gesteld.

"Onderwerpen die voor patiënten belangrijk zijn – transparantie, informatie over kwaliteit en prijs van zorg – komen nu niet aan de orde. Dus momenteel is het ook niet goed geregeld! Mensen hebben vaak geen idee wat voor soort zorgpolis ze hebben, wat hun rechten zijn en hoe ze kunnen kiezen voor goede zorg. Dus nu bestaat er voor patiënten ook geen optimale keuzevrijheid."

Momenteel kennen we daarbij al een beperking van de keuzevrijheid via de naturapolis, stelt Wind. "Dan kun je in principe alleen naar de gecontracteerde aanbieders. Doe je dat niet, dan moet je twintig procent van de rekening zelf betalen. Dat kan niet iedereen betalen, in elk geval niet in mijn omgeving."

Wind vindt dat de discussie over aanpassing van de wet sowieso is uitgegroeid tot een hype, waarbij steeds maar wordt beweerd dat de vrije artsenkeuze straks in gevaar komt. "Dat lijkt me op z'n minst een lobby van de zorgaanbieders, die vrezen voor hun inkomen."

Door onze redacteur
Jeroen Wester

AMSTERDAM. Waar geld rolt, blijft geld hangen. De grootste zorgverzekeraars van Nederland hebben een groelende berg kapitaal achter de hand om zich te wapenen tegen de onzekerheden in de zorg. Dat blijkt uit de cijfers van de top-vier, die 90 procent van de markt beheerst.

De ontwikkeling van winst en vermogen bij de zorgverzekeraars roept de vraag op van wie het geld is en of het goed besteed wordt. Zorgverzekeraars werken met gemeenschapsgeld: met de premies die Nederlandse burgers verplicht afdragen - via basisspolis en via loonstrook.

De verzekeraars moeten financieel gezond blijven dus hebben zij een deel van het premiegeld nodig om als buffer te gebruiken. Dat moet ook van De Nederlandsche Bank. Tot voor kort eiste de toezichthouder een eigen vermogen dat 9 procent van de jaarlijkse omzet uit maakt. Die eis is verhoogd naar 11 procent, omdat zorgverzekeraars grotere financiële risico's zijn gaan lopen. Minister Schippers (Zorg, VVD) is minder risico gaan lopen, de zorgverzekeraars meer.

Maar wat doen de verzekeraars? Die leggen een nog veel hogere dijkbewaking aan dan nodig. Hun eigen vermogens zijn inmiddels ruim 4 miljard hoger dan de toezichthouder wenst. Hun buffers zijn de laatste jaren gestaag gegroeid, en veel sneller dan hun omzet of balanstotaal.

Bestaat er wel voldoende concurrentie tussen de zorgverzekeraars?

Neem VGZ, de niet op winst gerichte coöperatie met 4,2 miljoen verzekerden. De verzekeraar deed goede zaken door goedkoper in te kopen, met name door beter te onderhandelen over de prijzen van geneesmiddelen. Dat kan een succes van marktwerking worden genoemd.

Van De Nederlandsche Bank dient VGZ 1,1 miljard eigen vermogen aan te houden. Maar eind 2013 bedroeg die buffer 2,2 miljard euro. Het concern mikt vanuit extra veiligheidsoverwegingen op de helft meer dan wat de toezichthouder eist, dus op 1,6 miljard. En door meevallers kwam het nog hoger uit. Maar dat zal volgens de verzekeraar via lagere premie aan de verzekerden worden teruggegeven.

Groelende reserves

Achmea is daarentegen op winst gericht, maar het concern zegt dat het geld dat binnen de zorgdivisie verdiend wordt ook daar blijft. Dat is moeilijk te verifiëren, al was het maar omdat de zorgdivisie van Achmea als enige nog niet haar jaarverslag heeft gepubliceerd.

Zelfs de rijkste grote verzekeraar, CZ, blijft zijn buffers aanleggen. Ook in relatieve zin. Inmiddels heeft de verzekeraar een eigen vermogen dat 257 procent bedraagt van wat De Nederlandsche Bank eist.

In theorie zal een te veel oppottende zorgverzekeraar zichzelf uit de markt prijzen. Door de lange strijdstok zou de zorgverzekeraar niet meer een concurrerende

Verzekeraar zorgt goed voor zichzelf

Doc 104

Pagina 13

Zorgverzekeraars boeken hoge winsten, maar dat leidt niet tot forse premiedalingen. Ze houden liever extra financiële buffers aan.

E 3

premie kunnen bieden. Dat zeggen de zorgverzekeraars al een paar jaar, maar ondertussen groeien hun reserves gestaag. Functioneert de markt eigenlijk wel? Slechts vier partijen domineren. Bestaat er wel voldoende concurrentie tussen hen?

Marco Varkevisser, verbonden aan de Erasmus Universiteit, zegt dat zorgverzekeraars te maken hebben met grote onzekerheden. Alleen al het feit dat een groot deel van de langdurige zorg (AWBZ) naar de zorgverzekering verhuist, zal extra buffers vergen. Daarnaast zijn er aangescherpte kapitaalsels van uit Brussel onderweg. „Dat maakt deze discussie heel complex. Maar tegelijkertijd roept de omvang van wat verzekeraars opzij zetten vragen op.”

Varkevisser zegt blij te zijn dat er nog altijd kleine verzekeraars zijn als DSW die met hun prijsvechtersmentaliteit de grote verzekeraars bij de les houden als het om de hoogte van de premies gaat. In de categorie: het had nog veel erger kunnen zijn.

Nu blijft inmiddels meer dan 8 miljard euro hangen bij de zorgverzekeraars - ruim 709 euro per verzekerde, ofwel 1,3 procent van het bruto binnenlands product. Dat is dood geld: het wordt voornamelijk gebruikt voor beleggingen, in staatsleningen, of gewoon in kas gehouden. En een deel zijn zorgverzekeraars kwijt omdat het weer ergens anders blijft hangen. In de vorm van onderlinge vorderingen, zoals voorschotten aan ziekenhuizen, of afdrachten aan de centrale kas van minister Schippers.

Gezondheidszorg

Zorgverzekeraars houden veel meer geld achter de hand dan vereist is. Dat roept de vraag op of de markt wel werkt.

TOPBELONINGEN

Regel versus praktijk

Sinds 1 januari 2013 zijn de inkomens van zorgverzekeraars gemaximeerd. In de sector is afgesproken dat topfunctionarissen maximaal 300.000 euro verdienen, exclusief onkosten, pensioenpremies en sociale premies. Ook vertrekpremies hebben een plafond gekregen van 75 mille.

Maar elke beloningscode kent uitzonderingen. Er geldt een overgangsregime van zeven jaar voor bestuurders die daarvoor al een andere beloning overeenkwamen. Dat VGZ-bestuurder Rob Hillebrand meer dan 3 ton meekrijgt bovenop zijn beloning van ruim een half miljoen is mogelijk, omdat dit al vóór 2013 zo was afgesproken.

Ook de bestuurders van Achmea onttrekken zich aan de beloningscode. Dat kan dankzij het feit dat het concern ook levensverzekeringen verkoopt en bescheiden banklert. De bestuursvoorzitter van Achmea heeft een basissalaris van 931.000 euro en de vier andere leden van de raad van bestuur hebben ieder een basissalaris van 698.000 euro.

De directie zorg van Achmea, onder de raad van bestuur, houdt zich wel aan de norm van drie ton. Bij de andere zorgverzekeraars verdienen de (voormalige) bestuursvoorzitters 546.000 (Martin Duvivier, VGZ), 431.000 (Wim van der Meeren, CZ) en 411.000 (Roger van Bortel, Menzis).

NRC - 23-05-14

Zorgwinsten blijven in kas

Zorgverzekeraars potten miljoenen aan premie op

Doc 104

NRCHANDELSBLAD
VRIJDAG 23 MEI 2014

Onderzoek Geld wordt niet besteed aan zorg, maar belegd.

Door onze redacteur
Jeroen Wester

AMSTERDAM. Zorgverzekeraars hamsteren steeds meer premiegeld. Het geld gaat niet naar de zorg, maar naar beleggingen. Sinds begin 2012 namen de reserves van de vier grootste zorgverzekeraars met twee miljard euro toe. Dat komt neer op ruwweg 175 euro per verzekerde.

Dat blijkt uit onderzoek van deze krant. Zorgverzekeraars krijgen hun geld van de burgers die verplicht een zorgverzekering afsluiten en die daarnaast via hun werkgever zorgpremies afdragen.

In de Tweede Kamer is al vaker kritiek geuit op de weelde bij zorgverzekeraars, vooral door de SP. Volgens de critici is het vet op de botten bij zorgverzekeraars opgebouwd met gemeenschapsgeld. Het is daarom aan de politiek om die vermogensaanwas te begrenzen, zo is de redenering. Ook bij de vakbonden en binnen de Sociaal-Economische Raad is al vaker geopperd de rijkdom bij verzekeraars af te romen. Dat het geld niet wordt gebruikt voor de zorg klemmt temeer nu daar banen verdwijnen.

Met uitzondering van Achmea zijn alle zorgverzekeraars niet op winst gerichte instellingen. Toch steeg hun ge-

zamenlijke jaarresultaat van 0,4 miljard in 2011 naar 1,4 miljard vorig jaar. VGZ, een coöperatie en de een na grootste zorgverzekeraar van Nederland, behaalde in 2011 27 miljoen winst en vorig jaar ruim 510 miljoen, een stijging van 1.789 procent.

De vier grootste verzekeraars hebben gezamenlijk 90 procent van de

markt in handen. Achmea (Zilveren Kruis, De Friesland, FBTO, Avéro, Agis) is met 32 procent marktaandeel de grootste van het land. Daarna volgen VGZ (Univé, Zekur), CZ en Menzis (Azivo, Anderzorg).

De zorgverzekeraars zeggen dat ze bewust extra geld oppotten omdat zij verantwoordelijk zijn geworden voor overschrijding van de budgetten. De Nederlandsche Bank heeft ook om die reden de kapitaaleisen aan zorgverzekeraars verhoogd. Maar Nederlandse zorgverzekeraars zitten ver boven die normen. De grote vier hebben naar schatting meer dan 4 miljard euro aan premiegeld extra opzij gezet als „veiligheidsmarge”. Dat is 350 euro per verzekerde.

Verzekeraars houden echter nu ook al rekening met de extra taken die op ze afkomen. Zij worden voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de uitvoering van de langdurige zorg. Het kabinet rekende eerder uit dat zorgverzekeraars daar 400 miljoen extra voor nodig hebben. Maar staatssecretaris Van Rijn (Zorg, PvdA) wees er op dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen geen extra reserves aan te leggen vanwege hun „forse overschot op de minimaal vereiste solvabiliteit”.

[+] **Zorgverzekeraars** pagina E3

GROTE ZORGVERZEKERAARS

Winst over 2013

529 mln

Achmea (brutowinst)

510 mln

VGZ

191 mln

CZ

126 mln

Menzis

In het nieuws

Gezondheidszorg

Schaf de perverse marktwerking af; ga weer samenwerken

Ab Klink, architect van invoering van de marktwerking in de zorg in 2006, is niet blij met het effect van deze stelselwijziging (NRC, 3 mei). Hij voert KNO-arts Oel ten tonele die afziet van onnodige handelingen. Zo zou het moeten, maar marktwerking staat hier haaks op: afzien van behandeling wordt niet beloond.

Marktwerking prikkelt de arts meer te doen dan de concurrent, anders verliest hij zijn patiënt. De concurrent in het nieuwe model is de collega van vroeger, samenwerking heeft plaatsgemaakt voor concurrentie. Als de patiënt niet krijgt wat hij wenst, moet hij gemakkelijk kunnen overstappen naar een arts die gewilliger is, daar ziet de ACM (Autoriteit Consument en Markt) scherp op toe. In 2012 legde de ACM de Landelijke Huisartsen Vereniging nog een megaboete van 7,7 miljoen euro op, omdat er niet genoeg geconcentreerd werd.



NRCWEEKEND

ZATERDAG 17 MEI & ZONDAG 18 MEI 2014

Marktwerking betekent omzet bevorderen en winst maken. Bloedlijn, want in de zorg bepalen degenen die de omzet moeten maken ook de indicatie voor de medische handelingen. Het geïntroduceerde verrichtingentarif (betalen per behandeling) leidt tot volumegroei en daarmee tot kostenstijging. Alleen het doen van handelingen wordt beloond.

VVD-minister Hoogervorst voerde de wet in 2006 in onder het mom van loon naar werken. Opmerkelijk genoeg door de huidige minister, eveneens van VVD-huize, betiteld als perverse prikkels! En nu ook door Ab Klink, in 2006 warm voorstander van invoering van het nieuwe stelsel, terecht bekritiseerd.

Het is gelukkig niet erg ingewikkeld om de Nederlandse gezondheidszorg te restaureren: schaf de marktwerking af en ga samenwerken in plaats van concurreren.

Hans Gimbel, huisarts te Heerhugowaard

'lanet van zorgverlener moet omlaag

Dec 104

Hoe hard 'schrappen' van de vrije artsenukeuze de lage inkomenkraakt, is nog onduidelijk. Zeker is dat minister Schippers de verzekeraars meer macht wil geven.

Huisartsen verenigd In VPHuisartsen leggen het werk vanmiddag een uur neer uit protest tegen 'de voorgenomen afschaffing van de vrije artsenukeuze'. De Tweede Kamer spreekt morgen over het onderwerp.

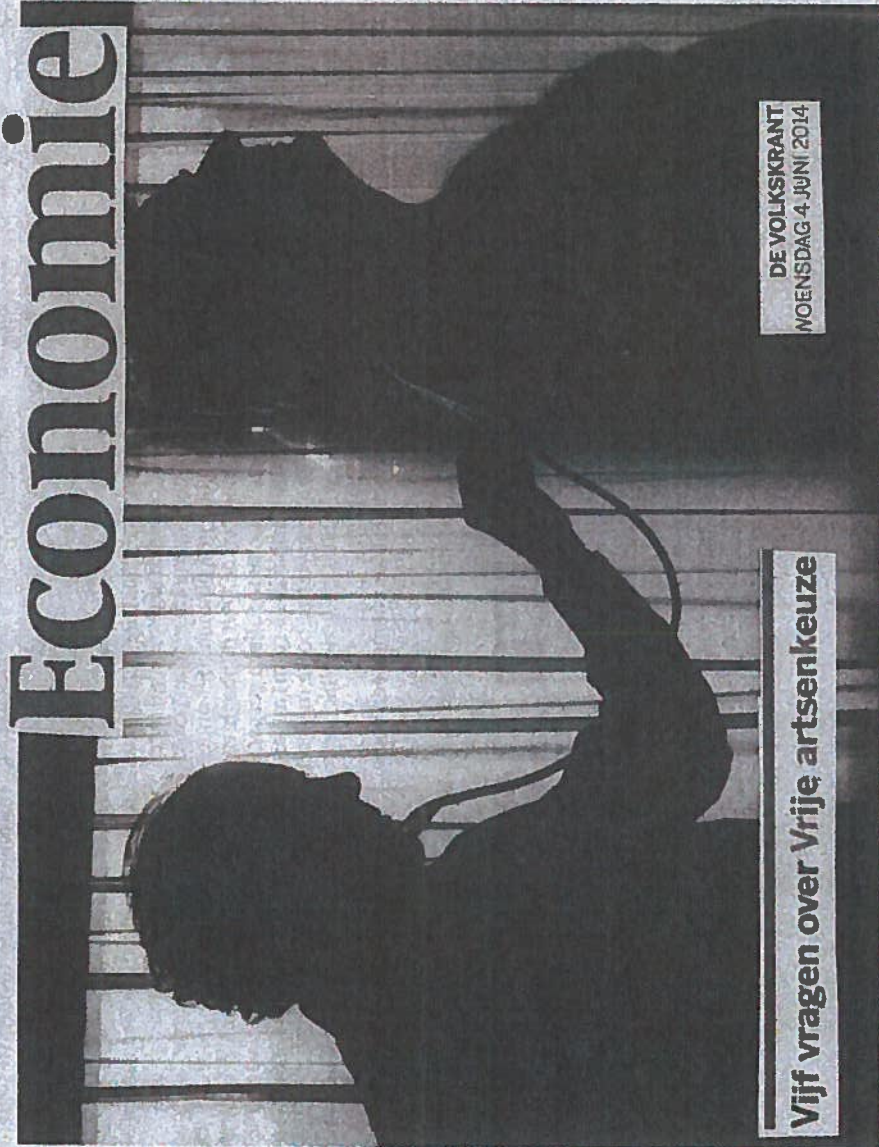
Verdwijnt de vrije artsenukeuze?

Ja, zeggen de huisartsen en een groot aantal andere zorgverleners. Verzekeraars kopen de zorg voor hun verzekerden op voorhand in. Het staat verzekeraars vrij niet alle dokters te contracteren, zolang ze over voldoende zorgaanbod voor al hun verzekerden beschikken. Maar verzekeraars moeten vooral nog ook bij niet-gecontracteerde zorg 80 procent van de kosten vergoeden. Minister Schippers van Volksgezondheid wil deze verplichting schrappen. Daarmee vervalt de vrije artsenukeuze, vinden de huisartsen.

Nee, zegt minister Schippers. Verzekeraars bieden verschillende soorten polissen aan. Bij goedkopere 'budgetpolissen' staat het verzekeraars nu al vrij niet alle ziekenhuizen en paramedici te contracteren. Daarnaast bestaan er iets duurdere 'restitutiepolissen'. Bij deze verzekeringen kunnen patiënten onbeperkt bij iedere zorgverlener terecht, ook als deze geen contract heeft met de verzekeraar. De restitutiepols blijft en daarmee ook de vrije artsenukeuze, aldus Schippers.

Wie heeft gelijk?

Technisch gezien de minister. Zolang de restitutiepols blijft bestaan, behoudt iedereen de mogelijkheid om een verzekering af te sluiten waarmee de vrije artsenukeuze is gegarandeerd. Op deze zienswijze valt wel het een en ander af te dingen, zegt huisarts Annelies Leloup van VPHuisartsen. De meeste patiënten kennen het verschil



Vrij vragen over Vrije artsenukeuze

Een arts onderzoekt een patiënt. Huisartsen vrezen dat zij patiënten niet langer zonder meer naar de beste specialisten kunnen verwijzen als minister Schippers haar zin krijgt.

tussen de polissen nietten letten, zolang ze jong en gezond zijn, vooral op de prijs. Leloup: 'Ook als je 24 bent kun je plots ernstig ziek worden. Als je dan de verkeerde polis hebt afgesloten heb je geen vrije artsenukeuze.' De huisartsen vrezen eveneens voor ondermijning van de solidariteit in de zorg. Met name patiënten met een smalle beurs zullen de duurdere restitutiepols niet altijd kunnen betalen, waarmee de vrije artsenukeuze voor hen de facto verdwijnt.

Je kunt je afvragen of er iets anders is voor arme patiënten. Houder van een goedkope 'naturopolis' met een smalle beurs kunnen de eigen bijdrage van 20 procent voor niet-gecon-

tracteerde zorg nu ook al niet betalen.

Waarom verzetten uitgerokende huisartsen zich tegen de plannen?

Huisartsen worden ontzien in de plannen van Schippers. Verzekeraars blijven verplicht alle huisartsen te contracteren. Het gaat de stakende huisartsen vooral om het belang van hun

patiënten. Ze vrezen patiënten niet langer zonder meer naar de beste specialisten te kunnen verwijzen. Ook de belangenvereniging ZKN van de zelfstandige behandelklinieken is bezorgd over de maatregel. Nederland telt honderden van deze klinieken, die relatief eenvoudige zorg vaak goedkoop kunnen bieden. Desondanks contracteren verzekeraars de klinieken vaak niet. Het is voor verzekeraars eenvoudiger om per regio met enkele ziekenhuizen in conclaaf te gaan dan met tientallen klinieken.

Wordt er veel gebruik gemaakt van niet-gecontracteerde zorg?

Nee. Verzekeraars hebben tot nu toe alle ziekenhuizen gecontracteerd. Uit een rondgang langs de grote verzekeraars blijkt dat hooguit een paar procent van de patiënten uitwijkt naar zorgverleners zonder contract.

Hetschrappen van de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geeft verzekeraars wel een sterkere onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders. Als een ziekenhuis in de huidige situatie niet tot een overeenstemming komt met een verzekeraar, kan een zorgverlener al tijd 80 procent van de maximumvergoeding in rekening brengen. Dit ver-schaft zorgverleners enige onderhandelingsruimte bij verzekeraars.

Waarom wil Schippers verzekeraars zoveel macht geven?

Dan kunnen zij zorgverleners tot lagere tarieven dwingen. Dit leidt tot lagere premies en kan de schatkist volgens ramingen van het ministerie ook een besparing van een miljard euro per jaar opleveren. Schippers stelt het simpel, de besparing is nodig om het basispakket intact te houden.

Sander Heijne

Zorg steeds duurder en slechter

Doc. 104

NRCHANDELSBLAD
DINSdag 3 JUNI 2014

Als artsen staken heeft het zelden te maken met hun portemonnee. Zij protesteren nu tegen het om zeep helpen van de vrije artsenkeuze, waar het kabinet deze week een besluit over neemt.

Een patiënt met een restitutiepolis kan tot nu toe zelf kiezen voor een arts of een ziekenhuis, ook als deze geen contract hebben met zijn zorgverzekeraar. Die moet dan de rekening voor 80 procent vergoeden. Dit fundamentele recht wordt aangetast als de Kamer instemt met de wetswijziging. Het geeft de verzekeraars bovendien nog meer macht. Onverantwoord, want zij zijn nog lang niet in staat om te sturen op kosten en kwaliteit, blijkt uit groot journalistiek onderzoek dat deze week wordt gepubliceerd in *De Groene Amsterdammer*.

De almaar uitdijende zorgkosten betugelen en de kwaliteit bevorderen - dat was de bedoeling toen met de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) de zorgverzekeraars de rol van regisseur kregen. Waren zij tot dan toe polisboeren en declaratieboekhouders, met de introductie van 'gereguleerde marktwerking' kregen ze sturingsmacht in ons zorgstelsel.

Acht jaar na dato constateren wij dat de zorgregisseurs hebben gefaald: kosten bleven onnodig stijgen, er is niet geïnvesteerd in kwaliteit. De verzekeraars kunnen met veel moeite 20 procent van de behandelingen op kwaliteit en prijs beoordelen, maar knijpen via zorgcontracten de zorgleveranciers vooral op de kosten af. Zij stellen zich uitgerekend harder op tegen (kleine) zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die zich onderscheiden op kwaliteit. Ze zijn dus onvoldoende in staat om de beste en meest efficiënte behandelingen en artsen en ziekenhuizen voor ons te selecteren.

Wie zich achter de coulissen van het zorgstelsel waagt, belandt in een science fiction van 'big data', fictieve tarieven en virtuele patiëntengroepen. Oorzaak: het financieringssysteem is gebaseerd op drijfzand. Het diagnose-behandelingscombinatiesysteem (DBC) - waarmee medische handelingen werden vertaald in 30.000 declaratiecodes - is onwerkbaar en fraudegevoelig. Artsen hebben zo veel moeite met de weg vinden in het woud van coderingen dat zij ten einde raad terug grijpen naar oude systemen. In 2012 werd het aantal DBC's teruggebracht naar 4400 zogeheten DOT's, de afkorting van: DBC Op weg naar Transparantie. De sector is daarentegen ten prooi gevallen aan chaos.

Via het zogeheten vereveningssysteem maken de verzekeraars bovendien winst op gezonde klanten en verlies op zieke klanten. Het ontbreekt aan een intrinsieke prikkel om te investeren in preventie en in de chronisch zieken.

Ondertussen zijn de verzekeraars gefuseerd tot vier regionale grootmachten en hebben zij zichzelf rond gegeten: zij hebben miljarden aan reserves in kas.

Onze conclusie: de uitdijende kosten waar de Nederlandse ziekenhuiszorg aan lijdt, is bij lange na niet te diagnosticeren door te verwijzen naar vergrijzing of hogere 'zorgconsumptie'. De ziekte ligt in het financieringssysteem zelf en in de wijze waarop spelers met dat systeem omgaan.

Hierin worden wij bevestigd door een in maart dit jaar verschenen rapport 'Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening' van drie onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De auteurs constateren een fundamentele fout in het zorgstelsel. „Het vereveningssysteem ontmoedigt de zorgverzekeraars te investeren in de kwaliteit van zorg voor de groep chronisch zieken omdat zij daar verlies op draaien.” Zij stellen ook dat „het begrip 'kwaliteit' in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars nog een te beperkte rol speelt”. De reden: „De ontwikkeling, registratie en verspreiding van bruikbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg, is nog steeds de achilleshiel van het zorgstelsel.”

Onlangs gaf Ab Klink, voorzitter van zorgverzekeraar VGZ én oud-minister van Volksgezondheid, in een interview met de ze krant toe dat het declaratiesysteem niet werkt en op de schop moet. Helâas constateerde hij dat niet toen hij als minister in charge was. De politiek heeft in de afgelopen jaren de verantwoordelijkheid voor

de uitvoering van het nieuwe stelsel over de schutting gegoooid. Ook heeft de toezichthouder - de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) - de verzekeraars onvoldoende gecontroleerd. De NZa is meer met interne problemen bezig dan met haar controlerende taak.

Hoë heeft de gereguleerde marktwerking onder leiding van de zorgverzekeraars zo uit de hand kunnen lopen? Die vraag moet eerst beantwoord worden, bij voorkeur via een parlementaire enquête, voordat zij van de politiek nog meer taken op hun bord krijgen: de vrije artsenkeuze en de AWBZ, die ze vanaf volgend jaar onder hun hoede krijgen. Er wordt al jaren bezuinigd op de zorg, ondertussen morsen miljarden weg door (en in) een niet-functioenerend kostenstelsel.



Marcel Metze is hoofdredacteur van De Onderzoeksredactie. Het volledige onderzoek naar het zorgkosten-debacle verschijnt deze week in *De Groene Amsterdammer*.



Margreet Fogteloo is redacteur van *De Groene*.

Zorg werd niet beter van de Zorgverzekeringswet en de kosten stijgen almaar,

aldus Margreet Fogteloo en Marcel Metze.

22 *Trouw* opinie

06-05-14

Verzekeraar krijgt te veel macht in zorg!

Rob Bakx
huisarts te Santpoort-Noord

Zorgverzekeraar zijn, zo vinden de gezondheidseconomen Stephanie van der Geest en Marko Varkevisser, de aangewezen partij om zorg in te kopen voor hun verzekerden (Opinie, 7 mei). Daartoe onderhandelen ze met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit.

Ik ben huisarts en heb dus veel met zorgverzekeraars op verschillende niveaus te maken. En herken me helemaal niet in het door beide economen geschetste beeld. Ik zie juist dat zorgverzekeraars steeds meer macht krijgen, terwijl ze beperkingen opleggen aan hun verzekerden die tot zorg stemmen.

De praktijk is namelijk dat de zorgverzekeraars de zorgaanbieder vaak een contract als dictaat aanbieden. Daarover valt niet te onderhandelen. Het is slikken of stikken. Daarnaast wordt aan alle zorgaanbieders eenzelfde contract aangeboden.

Meestal is zo'n contract ook nog overgoten met een 'kwaliteits-sausje'. Zorgverleners worden daarbij verplicht allerlei data te genereren over de gezondheid en behandeling van hun patiënten. Deels zijn dat onzinnige data.

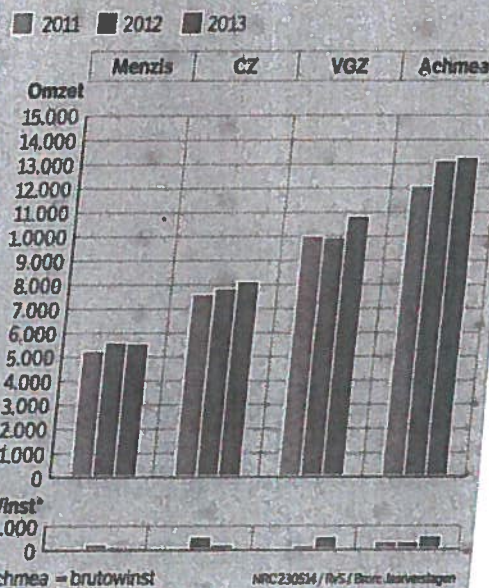
Maar ze moeten wel geleverd worden aan de zorgverzekeraar. Dergelijke praktijken vallen waarschijnlijk niet onder kartelvorming of iets dergelijks – ik ben arts, geen econoom. Maar van een echte vrije markt staat zo'n aanpak in ieder geval ver af.

Verder schrijven Van der Geest en Varkevisser dat de patiënt straks niet aan de grillen van de zorgverzekeraar is overgeleverd. Wie ontevreden is, kan immers overstappen, betogen zij. Dat is een vreemde redenering. Dat switchen kan niet op ieder moment van het kalenderjaar, alleen aan het einde. Als je in maart kanker krijgt, kan je heus niet met de behandeling wachten tot januari volgend jaar, het moment waarop je nieuwe zorgverzekering ingaat. De keuze voor behandeling of behandelaar is verder vooral een zaak van vertrouwen. En dat wordt zelden gevoed door kille statistiek.

Het is wel een punt dat verzekerden weinig vertrouwen hebben in hun verzekeraar. Goede voorlichting over zorg en kosten hoort daarbij. Maar ik denk niet om de beperking van keuzevrijheid voor arts te rechtvaardigen. Wel om patiënten en zorgverleners bewuster keuzes te laten maken. Naar mijn ervaring zijn de meeste patiënten na goede voorlichting wel degelijk in staat af te zien van ondoelmatige behandelingen. Of te kiezen voor een goed maar goedkoper alternatief.

Geïnformeerde patiënten kunnen best goede keuzes maken

Omzet en winst zorgverzekeraars, in miljoenen euro's



ECONOMIE KORT

NRCHANDELSBLAD
DINSDAG 13 MEI 2014

ZORGVERZEKERAAAR

Bestuurder krijgt 8 ton mee

AMSTERDAM. Zorgverzekeraar VGZ (Univé, Zekur) was vorig jaar 8 ton kwijt aan bestuursvoorzitter Rob Hillebrand. De bestuurder, die eind juni van dit jaar vanwege gezondheidsredenen uit dienst zal treden, krijgt 330.000 euro vertrekpremie bovenop zijn beloning van 472.000 euro. De beloning is aanzienlijk hoger dan het wettelijke plafond van drie ton dat per 1 januari 2013 is ingegaan, maar volgens VGZ zijn afspraken hierover al eerder gemaakt. Hillebrand valt „onder het overgangsregime”. De vertrekbonus moet nog worden uitgekeerd, maar de zorgverzekeraar heeft die vorig jaar als last verantwoord. Dat blijkt uit het jaarverslag dat de verzekeraar heeft gepubliceerd. VGZ, een niet op winst gerichte coöperatie, behaalde vorig jaar een winst van 510 miljoen euro, ruim driemaal zoveel als het jaar ervoor. De zorgverzekeraar had vorig jaar 10,8 miljard aan premie-inkomen en 4,2 miljoen verzekerden. Het is daarmee na Achmea de grootste zorgverzekeraar van Nederland. (NRC)

Deskundigen spreken voorzichtig van trendbreuk

Zorguitgaven vorig jaar nauwelijks gestegen

DE VOLKSKRANT
DONDERDAG 15 MEI 2014Van onze verslaggever
Wilco Dekker

AMSTERDAM De jarenlange noeste pogingen om de kosten in de zorg onder controle te krijgen, beginnen enig effect te sorteren. De uitgaven stegen vorig jaar met maar 1,6 procent tot 94,2 miljard euro, het laagste groeipercentage in vijftien jaar. Deskundigen zien een voorzichtige trendbreuk.

De kleine stijging van de tot voor kort snel oplopende zorgkosten werd woensdag gerapporteerd door het CBS. De winst zit vooral bij de medicijnen. Die werden gemiddeld genomen goedkoper, terwijl bovendien de groei van het gebruik afnam. Apotheken en drogisten verkochten 5 procent minder geneesmiddelen. Dat komt niet alleen doordat de dure geneesmiddelen te-

genwoordig door ziekenhuizen geleverd worden. Ook nam het medicijngebruik minder toe dan in eerdere jaren. Dat kan te maken hebben met het eigen risico. Dat werd vorig jaar flink verhoogd, tot 350 euro.

De uitgaven aan gehandicaptenzorg (0,7 procent) en de ouderenzorg (2,4 procent) stegen ook minder dan in voorgaande jaren. Dat komt door bezuinigingen: tarieven werden verlaagd, de groei ruimte voor de uitgaven werd beperkt en vergoedingen voor vervoer werden gemiddeld lager. Ouderenzorg en gehandicaptenzorg zijn samen goed voor bijna eenderde van de totale uitgaven aan zorg. Een jaar eerder stegen de zorgkosten nog bijna 4 procent. Zorgconoom Hugo Keuzenkamp, bestuurer van het Westfriesgasthuis in Hoorn, verwacht dat de kosten van de ouderenzorg dit jaar nog verder beperkt zullen worden,

door bezuinigingen als het sluiten van verzorgingstehuizen.

De kosten van de ziekenhuizen en medisch specialisten stegen vorig jaar het sterkst, met een kleine 5 procent tot bijna 25 miljard euro. Dat cijfer is enigszins vertekend, door 200 miljoen euro aan dure medicijnen die vroeger bij de apothekers meetelden. Mede daardoor, en door de prijsdalingen, gingen de uitgaven aan medicijnen bijna 5 procent omlaag.

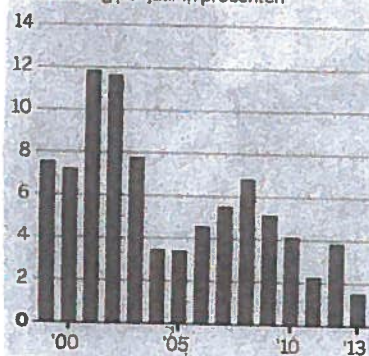
Volgens Keuzenkamp begint 'het onderhandelingspel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders effectief te worden'. Van die toegenomen macht van de zorgverzekeraars verwacht hij dit jaar ook een verdere rem op de zorgkosten. Keuzenkamp ziet daarom een trendbreuk. Het CBS laat dat in het midden, maar noteert wel dat een aantal maatregelen om de groei van de kosten af te remmen blijkbaar effect heeft.

Een van die maatregelen was een bezuiniging op de kinderopvang, die meegerekend wordt bij de zorguitgaven. Door het gedaalde gebruik liepen de kosten meer dan 4 procent terug. Keuzenkamp zet wel een kanttekening bij de trendbreuk. Tijdens een economische crisis valt de vraag naar gezondheidszorg altijd terug. Bij economisch herstel volgt een inhaalslag. Dat zou nu ook kunnen gebeuren.

Los daarvan is de beperkte stijging van de zorgkosten goed nieuws voor de schatkist. De uitgaven aan de zorg als percentage van het bruto binnenlands product bleven vorig jaar met 15,6 procent vrijwel stabiel. Drie jaar geleden waarschuwde het Centraal Planbureau nog dat door de vergrijzing de zorgkosten in 2040 kunnen oplopen naar 31 procent van het bbp.

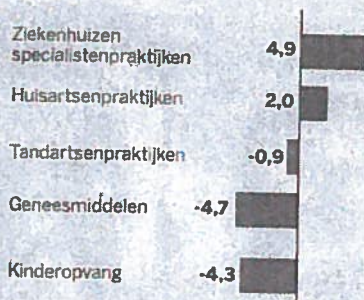
Laagste groei zorguitgaven in 15 jaar

Ontwikkeling kosten aan zorg, verandering per jaar in procenten



150514 © de Volkskrant. Bron: CBS

Uitgaven aan aanbieders van zorg, verandering ten opzichte van 2012 in procenten



Zorg

Nu de regering en het gedogende deel van de oppositie een akkoord hebben om de zorgverzekeringswet te veranderen, wordt het vanaf 2016 mogelijk dat verzekeraars polissen aanbieden waarbij de patiënt geen zeggenschap meer heeft over wie de zorg gaat verlenen. Het is voor dat deel van de verzekerden uit met de vrije keuze van een arts of zorgaanbieder. Wie dat wel wil moet daarvoor extra betalen.

TEL. 10-06-14

Het lijkt op het eerste gezicht een plausibele manier om de zorgkosten in de hand te houden. Maar schijn bedriegt. Het akkoord trekt het koord om de hals van zorgverleners weer iets strakker aan. Onzichtbaar voor patiënten speelt zich al enige tijd een ongelijke strijd af tussen een handvol oppermachtige verzekeraars en een versnipperd landschap van meer dan tweeduizend zorgaanbieders. Daar door de beperkte hoeveelheid verzekeraars de onderlinge concurrentie zwak is, staan zorgaanbieders met de rug tegen de muur.

En daar is de patiënt niet bij gebaat. Immers, het valt te vrezen dat vooral innovatieve zorgaanbieders steeds minder ruimte krijgen binnen het sterk vanuit rendement gestuurde verzekeringswezen. Het wordt daardoor denkbaar dat Nederlandse verzekerden binnenkort verstoken blijven van de best denkbare hulp.

Dit is des te zorgelijker omdat het toezicht op de verzekeraars niet de kracht heeft om adequaat op te treden bij machtsmisbruik. Ook dat hadden de regering en de bevriende oppositiepartijen afgelopen week kunnen regelen. Een gemiste kans.

Torn niet aan vrije artsenkeuze

Doc. 104

Zorg en winst *Pauwel*

Vorig jaar april werd bekend dat de zorgverzekeraars 1,3 miljard euro winst hadden gemaakt over 2012. Niet genoeg, lijkt het, want de verzekeraars willen meer winst maken door de regie te voeren over de keuze van een specialist of ziekenhuis.

Is de zorg duurder geworden, dan wordt er nog steeds veel, heel veel winst gemaakt. Winst die bedoeld was voor tegenvallers in de toekomst. Die toekomst is nu, wees tevreden met iets minder winst en doe wat je belooft hebt!

Rien Visscher, Weesp

07-06-14

7. 06-06-14

Zorgdeal

Van onze parlementaire redactie

DEN HAAG, vrijdag
Zorgverzekeraars moeten transparanter worden over welke contracten ze met zorgaanbieders sluiten. In ruil daarvoor mogen ze hulpverleners die te duur of te slecht zijn vanaf 2016 weigeren.

Dat hebben de coalitie en de gedoogpartijen D66, CU en SGP gisteren afgesproken met minister Schippers (Volkegezondheid). De eerstelijns zorg, zoals de huisarts, wordt van deze regeling uitgesloten, op de geestelijke gezondheidszorg na.

Koen Mous is advocaat bij Dirkzwager Advocaten. Wim Schouten is bestuurder van en psychiater bij Momentum GGZ.

Zorgakkoord

Art. 13, dat de vrije artsenkeuze waarborgt, dreigt slachtoffer te worden van de totstandkoming van een nieuw zorgakkoord.

In het afgelopen jaar is artikel 13 van de Zorgverzekeringswet meerdere malen het onderwerp geweest van juridische procedures. Meerdere rechters hebben op grond van dit artikel geoordeeld dat een zorgverzekeraar niet alleen verplicht is aan zijn verzekerden zorg te vergoeden die verleend is door gecontracteerde aanbieders, maar ook gehouden is zorg te vergoeden die verleend is door aanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten.

Artikel 13 beoogt iedere verzekerde, dus zowel die met een restitutie als een naturopolis, een vrije artsenkeuze te bieden. De vrije artsenkeuze is een fundamenteel element van ons zorgstelsel. Op basis van artikel 13 heeft een zorgverzekeraar de zorg die verleend is door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet volledig te vergoeden. De zorgverzekeraar mag een zekere korting toepassen op het tarief (daar aan gecontracteerde aanbieders wordt vergoed).

Verschillende rechters hebben inmiddels geoordeeld dat er een grens zit aan de korting die mag worden toegepast. De vergoeding die door de zorgverzekeraar wordt betaald mag

niet zodanig laag zijn, dat er voor verzekerden een 'feitelijke hinderpaal' ontstaat om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. Dit ook wel 'hinderpaalcriterium' genoemd. In de praktijk wordt een vergoedingspercentage van 80 procent aangehouden als ondergrens. De gedachte is dat een verzekerde zich niet meer vrij zal voelen om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan als hij minder dan 80 procent van de zorgkosten vergoed krijgt.

Minister Schippers heeft vorig jaar een wetsvoorstel ingediend ten einde zorgverzekeraars in de toekomst (nog) meer vrijheid te geven bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding. Zorgverzekeraars zouden volgens haanzelfs mogen besluiten om de zorgverlening door niet-gecontracteerde aanbieders niet langer te vergoeden. De minister pleit dan ook voor afschaffing van het hinderpaalcriterium uit artikel 13. In de Tweede Kamer bestaat veel verzet tegen dit wetsvoorstel. Veel partijen vrezen de teloorgang van het recht op vrije artsenkeuze. Met name ChristenUnie en SGP verzetten zich tegen het wetsvoorstel. Daarbij komt dat Europees recht in de weg lijkt te staan aan de door de minister gewenste aanpassing, zoals vorig jaar ook door de Europese Commissie kenbaar is gemaakt: Het vrij verkeer van diensten is in het geding.

Recent hebben de coalitiepartijen VVD en PvdA en oppositiepartijen D66, SGP en CU een zorgakkoord gesloten. In dat zorgakkoord is onder meer afgesproken dat er volgend jaar 360 miljoen minder wordt bezuinigd op de zorg. Bij het sluiten van het recente zorgakkoord heeft ook de beoogde aanpassing van artikel 13 een belangrijke rol gespeeld. Wat de betrokken politieke partijen daarover uiteindelijk hebben afgesproken, is

onduidelijk. Het lijkt erop dat de aanpassing van dit artikel het sluitstuk gaat worden van een politiek spelletje van geven en nemen. Daarmee zou miskend worden welke belangrijke rol artikel 13 op dit moment speelt.

Marktwerving in de zorg stoelt in de eerste plaats op een vrije keus van patiënten voor een zorgverzekeraar. Dit wordt wel 'stemmen met de vóeten' genoemd. Het houdt in dat een verzekerde die niet tevreden is over een verzekeraar kan overstappen naar een andere verzekeraar. Dit prikelt de verzekeraar tot het leveren van een beter aanbod (betere kwaliteit) en het bieden van een lagere premie door effectief in te kopen. Patiënten stemmen ook met hun voeten als het om zorgaanbieders gaat. Indien het door de verzekeraar gecontracteerde aanbod niet voldoet, dan zoekt de patiënt zijn heil bij een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is. Dit geldt ook wanneer de verzekeraar zorg in-

'Hinderpaal-criterium' uit artikel 13 speelt cruciale rol

DE VOLKSKRANT
DINSDAG 6 MEI 2014

koopt bij een aanbieder die wachttijsten heeft, terwijl hij nalaat een andere aanbieder, die geen wachttijsten heeft, te contracteren.

Zodra artikel 13 wordt aangepast en zorgverzekeraars mogen besluiten om de zorg die verleend wordt door niet-gecontracteerde aanbieders helemaal niet meer te vergoeden, komt er onevenredig veel macht te liggen

bij verzekeraars. De verzekeraar bepaalt dan niet langer alleen wie gecontracteerd wordt, maar ook wie er kan toetreden tot de markt. Innovatie en marktwerking worden daardoor ernstig gefrustreerd.

Door een sterke lobby van de zorgverzekeraars pleit de minister voor een wetswijziging omdat het huidige artikel 13 de marktwerking zou belemmeren. Volgens zorgverzekeraars zijn er te veel nieuwkomers die de zorgkosten opdrijven. Daarmee wordt uit het oog verloren dat artikel 13 juist een belangrijke pijler vormt van ons systeem van marktwerking. Het is opvallend dat juist een VVD-minister het artikel wil aanpassen.

Minister Schippers is gevoelig voor de stelling van zorgverzekeraars dat aanpassing van artikel 13 tot kostenbesparingen zal leiden. Doordat aanpassing de marktwerking beperkt, valt echter eerder het tegenovergestelde te verwachten. Nieuwe zorgaanbieders bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om bestaande zorgaanbieders te stimuleren om hun zorg te herzien inzake kosten en kwaliteit. De zorgverzekeraar krijgt meer keuze om te contracteren. Patiënten laten door hun keuze voor een niet-gecontracteerde aanbieder zien dat zij ontevreden zijn met het bestaande gecontracteerde aanbod. Dit zou opgevat moeten worden als een correctierend signaal richting zorgverzekeraars. Maar in plaats daarvan komt de minister met een wetswijziging. Wat blijft er dan over van marktwerking? De overheid zou haar regelfunctie op de zorgmarkt met meer inzicht en creativiteit moeten oppakken en daarmee vernieuwing, efficiëntie en concurrentie moeten bevorderen in plaats van frustreren. Nu dreigt door de afschaffing van artikel 13 het kind met het badwater te worden weggegooid.

Zorguitgaven

De collectieve uitgaven in de zorg zijn weliswaar afgeremd, maar de solidariteit is in het geding.

De spectaculaire groei van de zorguitgaven lijkt ten einde. Voor het eerst in vijftien jaar stegen de uitgaven met minder dan 2 procent. Een trendbreuk, zo constateert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat de cijfers bekendmaakte.

De cijfers wijzen zonder meer in de goede richting. Zonder drastische ingrepen dreigden de zorgkosten in 2040 op te lopen tot 31 procent van het bruto binnenlands product. De uitgaven blijven tot nog toe ruim 15 procent van het bbp. Dit is vooral het gevolg van forse bezuinigingen en de beperking van de toegang tot zorg.

Het kabinet heeft de afgelopen jaren sterk gestuurd op afvlakking van de groei. Succesvol waren met name de afspraken die minister Schippers van Volksgezondheid wist te maken met zorgverleners over maximering van de omzetgroei. In het zogeheten zorgakkoord is afgesproken dat de zorg jaarlijks met maximaal 1,5 procent mag groeien. Die afspraak heeft zorgverzekeraars de ruimte gegeven scherp te

De cijfers wijzen in de goede richting

Doc. 104

onderhandelen met zorgverleners over prijs en kwaliteit van behandelingen.

De ruimte voor onderhandeling heeft echter ook een schaduwzijde. Kleine of zelfstandige zorgaanbieders kunnen het amper opnemen tegen de inkoopmacht van de grote zorgverzekeraars en worden gedwongen in te stemmen met – vaak – te lage tarieven met als risico kopje onder te gaan. Het is goed wanneer met scherpe onderhandelingen lucht uit de markt wordt gepompt, zoals is gebeurd met de merkgenesmiddelen ten behoeve van generieke middelen, maar het mag niet zo zijn dat op deze manier kleine innovatieve aanbieders uit de markt worden geduwd.

Kortom, er is een grens aan beperking van de volumegroei met prijs- en volumeonderhandelingen. De echte trendbreuk moet komen van beperking van de zorgvraag. Dit gebeurt niet zolang zorgverleners beter betaald worden naarmate ze meer medische verrichtingen doen. Dan stijgt de zorgconsumptie gewoon door. De rekening wordt ondertussen neergelegd op het bord van de patiënt. Die betaalt steeds hogere eigen bijdragen en een hoger eigen risico. Met het beugelen van de collectieve zorguitgaven dreigt zo de solidariteit wel in het geding te komen.

Carlijne Vos

Ten eerste

DE VOLKSKRANT
ZATERDAG 24 MEI 2014

Kabinet kan tekort op begroting terugschroeven

Meevallers van 1,6 miljard bij zorg en kinderopvang

Van onze verslaggevers
Robert Giebels, Jan Hoedeman

DEN HAAG Ondanks 700 miljoen lagere gasopbrengsten weet het kabinet het tekort op de begroting dit jaar naar beneden te brengen. De zorg incasseert een meevaller van 600 miljoen euro en aan sociale zekerheid wordt 1 miljard minder uitgegeven dan gepland. Dat staat volgens betrouwbare bronnen in de Voorjaarsnota die woensdag uitkomt.

Die nota geeft een tussenstand van de overheidsfinanciën van het lopende begrotingsjaar.

Het kabinet reserveert een groot deel van de meevallers voor wensen van de drie gedoogpartijen D66, ChristenUnie en SGP, de C3. Die spraken in januari af na verschijning van de Voorjaarsnota te gaan onderhandelen over de wijze waarop de lagere gasopbrengsten worden gecompenseerd.

Eind januari besloot minister Kamp van Economische Zaken na grote onrust in Groningen de gaskraan iets dicht te draaien. Hij schatte dat daar

door dit jaar 700 miljoen minder in de schatkist zou rollen, volgend jaar 600 miljoen en in 2016 1 miljard euro. 'Natuurlijk' hebben de besluiten van het kabinet financiële consequenties, zei minister Dijsselbloem van Financiën in januari.

Dijsselbloem laat in die nota zijn begrote uitgaven in drie delen uiteen vallen: uitgaven aan de zorg, aan de sociale

Groot deel wordt gereserveerd voor wensen van de drie gedoogpartijen

zekerheid en aan de rest zoals onderwijs, defensie en rente. De som van die delen hoort nul te zijn. Tegenover de 'overschrijdingen' van 600 miljoen in de zorg en 1 miljard in de sociale zekerheid – vooral door minder kinderopvang – staat een 'overschrijding' in het resterende deel van 1,5 miljard.

De gasopbrengsten staan niet in

deze zogenoemde uitgavenkaders omdat het inkomsten zijn. De keuze is aan het kabinet: of het begrotingstekort loopt op door minder gasgeld, of er wordt geprobeerd compensatie te zoeken in minder uitgaven. Daarover moet het kabinet dan met de C3 onderhandelen.

In de 1,5 miljard overschrijding zit geld gereserveerd om die onderhandelingen te versoepelen. Maar er wordt ook geld opzij gezet om een statistisch probleem op te lossen. Dat komt omdat vanuit de EU een nieuwe definitie wordt gehanteerd voor het begrip 'bruto binnenlands product', dat staat voor de omvang van een economie.

Door die nieuwe definitie zal de Nederlandse economie op papier met mogelijk 4 procent groeien. Dat pakt zowel gunstig als ongunstig uit. Het begrotingstekort en de staatsschuld worden automatisch kleiner omdat die zijn uitgedrukt als percentage van het bbp. Maar de uitgaven aan ontwikkelingssamenwerking en aan de Europese Unie nemen toe, omdat ook die zijn uitgedrukt in procenten bbp. Die extra uitgaven zitten ook in de overschrijding van 1,5 miljard.

Het gaat fout met die steeds wisselende geneesmiddelen

Medicijnen worden te goedkoop, volgens T. van Gelder en A.G. Vulto. **NRC**

22-05-14

Generieke geneesmiddelen bevatten hetzelfde werkzame bestanddeel, in dezelfde hoeveelheid als het oorspronkelijke merkgeneesmiddel (de *spécialité*). Generieke geneesmiddelen komen op de markt als het patent van de *spécialité* is verlopen.

Omdat generieke geneesmiddelen goedkoper zijn dan de *spécialité* wordt het voorschrijven daarvan sterk gestimuleerd. Dat is een goede zaak want daarmee is al veel geld be-

spaard. In Nederland is inmiddels meer dan 60 procent van alle verstrekkingen generiek, en de besparing bedraagt inmiddels ongeveer 750 miljoen euro per jaar.

Sinds 2005 hebben in Nederland zorgverzekeraars een preferentiebeleid ingevoerd om het gebruik van generieke geneesmiddelen verder te stimuleren. De meeste zorgverzekeraars wijzen voor een bepaalde periode een generieke fabrikant van een geneesmiddel aan als preferente leverancier en apotheken zijn dan gehouden om aan de verzekerden van die zorgver-

zekeraar dat preferente fabricaat af te leveren. Met dit systeem worden veel kosten bespaard maar er zijn ook nadelen.

Voor de patiënt is een belangrijk nadeel dat het preferente middel van de verzekeraar vaak wisselt. Zorgverzekeraars sluiten contracten met fabrikanten steeds voor een korte periode, om dan weer aan alle aanbieders te vragen of de prijs nog wat lager kan. Fabrikanten die in een eerdere ronde de boot gemist hebben zijn dan geneigd om nog wat van de prijs af te doen, zodat zij nu wel een contract

binnenhalen en gedurende een bepaalde periode het preferente middel mogen leveren.

Voor patiënten betekent dit dat over een aantal jaren hetzelfde geneesmiddel in wisselende vormen wordt afgeleverd. Hoewel generieke geneesmiddelen wel hetzelfde werkzame bestanddeel in dezelfde dosis bevatten, hoeft niet de kleur en vorm van het generieke middel hetzelfde te zijn.

Het is dus zeer wel mogelijk dat voor een patiënt een bepaald medicijn in een paar jaar tijd er herhaaldelijk totaal anders uitziet: een ander doosje, een andere kleur van capsule of tablet, of een andere vorm. Als patiënten 's ochtends aan de keukentafel hun medicatie voor die dag uit de strips drukken of uit de potjes halen, dan worden de verschillende tabletten en capsules vaak gesorteerd op basis van kleur en vorm. Als daarin bij herhaling wisselingen zitten dan is een vergissing snel gemaakt. Patiënten klagen veel over dit aspect dat in-

herent is aan de wijze waarop nu het preferentiebeleid wordt gevoerd.

De prijs van het geneesmiddel is in dit systeem leidend. De concurrentie tussen de fabrikanten is moordend. Inmiddels is een situatie bereikt waar in voor een aantal veel voorgeschreven geneesmiddelen absolute bodemprijzen zijn bereikt. Dit is alleen maar

Patiënten die medicatie uit hun potjes halen, vergissen zich nu steeds vaker

mogelijk geworden doordat regelmatig generieke geneesmiddelen worden afgenomen vanuit lagelonenlanden. Met name de producent Ranbaxy uit India was recent in het nieuws was vanwege ondeugdelijke geneesmiddelen. Fabrikanten dichterbij huis kunnen voor die bodemprijzen niet meer de vereiste kwaliteit le-

veren. Door dit beleid is er een sterk wisselende vraag bij fabrikanten, die daar soms niet aan kunnen voldoen. De Stichting Farmaceutische Kengeltallen heeft onlangs berekend dat per week zo'n 150 door verzekeraars als 'preferent' aangewezen geneesmiddelen niet leverbaar zijn bij de apotheek.

Het frequente wisselen van geneesmiddelen leidt tot ergernis, verwarring en fouten bij patiënten. Als de inkopers van zorgverzekeraars bereid zouden zijn om die paar cent extra besparing door voortdurend te switchen van het ene naar het andere generieke preparaat te laten zitten, dan zou dat veel vergissingen en fouten voorkomen. Bovendien dreigt een situatie te ontstaan waarin patiënten de goedkopere generieke geneesmiddelen niet meer vertrouwen. Therapietrouw zal zeker afnemen als het vertrouwen in veiligheid en kwaliteit van generieke geneesmiddelen afbrok-

kelt. En dan hebben we het kind met het badwater weggegooid, en dat kan niet de bedoeling zijn van verzekeraars die moeten hoeden over kwaliteit en continuïteit in onze gezondheidszorg.



Teun van Gelder is internist, hoogleraar Klinische Farmacologie in het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie.



Dr. A.G. Vulto is ziekenhuisapotheker en hoogleraar Ziekenhuisfarmacie en Praktische Farmacotherapie in het Erasmus MC.

Doc. 104

PXXL1 112786

10-06-14 09:36

NEDERLAND

€ 1,92

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT

11 JUNI 2014

SCANPLAZA

Ministerie van Volksgez. Welzijn en Sport

Postbus 20350

2500 EJ den Haag

T.a.v. 



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Hoornvlies Patiënten Vereniging
T.a.v. [REDACTED]
Postbus 557
2300 AN LEIDEN

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
576725-122607-Z

Datum **02 SEP. 2014**
Betreft Uw brief d.d. 3 juni 2014, referentienr 2014-4420

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte [REDACTED],

Op 3 juni jongstleden schreef u mij een brief waarin u uw zorgen uit over de voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zoals u wellicht heeft vernomen is het wetsvoorstel waarin deze wijziging wordt vorm gegeven inmiddels aangenomen door de Tweede Kamer. Ik verwacht dat de Eerste Kamer binnenkort tot behandeling van het wetsvoorstel over gaat.

U maakt zich zorgen over de keuzevrijheid van de patiënt. U geeft aan dat hoornvliespatiënten voor hun zorg afhankelijk zijn van 'superspecialisten' en dat verzekerden door de wijziging meer afhankelijk worden van de door de zorgverzekeraar afgesloten contracten. U geeft aan dat verzekerden mogelijk gedwongen worden om over te gaan naar een andere zorgverlener en keuzevrijheid alleen mogelijk is door van ziektekostenverzekeraar te wisselen.

Met de wijziging van artikel 13 Zvw wordt het 'hinderpaalcriterium' losgelaten, zodat verzekeraars zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg kunnen bepalen. Op die manier zijn zorgverzekeraars beter in staat hun verzekerden te stimuleren zorg te gebruiken bij zorgaanbieders die gecontracteerd zijn en waarmee afspraken zijn gemaakt over prijs en kwaliteit. De wijziging is niet van toepassing op onder andere huisartsenzorg, fysiotherapie en dieetadvisering. Maar wel op onder andere de medisch specialistische zorg en de GGZ.

Keuzevrijheid van verzekerden is een belangrijk aspect in ons stelsel. Daarom kunnen verzekeringsplichtigen op dit moment kiezen voor een natura- of restitutiepolis, kunnen ze jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen en is een naturaverzekeraar verplicht om zoveel zorg te contracteren, dat zijn verzekerden die op de zorg zijn aangewezen, deze binnen redelijke termijn en afstand kunnen verkrijgen. In de praktijk betekent dit laatste dat verzekerden de keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders.



Ook bij zeldzame aandoeningen moeten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat er voldoende zorg ingekocht wordt, zodat zij aan hun zorgplicht voldoen.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen

Daarnaast wordt door de wijziging meer differentiatie in het polisaanbod mogelijk. Naast de reeds bestaande restitutiepolis waarbij men volledige keuzevrijheid heeft (men heeft recht op een vergoeding van zorg tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse omstandigheden passend is, ongeacht of de aanbieder gecontracteerd is) en de combinatiepolis (de verzekerde heeft bij bepaalde prestaties recht op zorg in natura bij gecontracteerde zorgaanbieders en bij bepaalde prestaties recht op een vergoeding), kunnen verzekeraars diverse vormen van naturapolissen aan gaan bieden.

Kenmerk
576725-122607-Z

Al met al blijft de keuzevrijheid voor de verzekerde in stand en valt er door de mogelijkheid om meer diversiteit aan te brengen in de polis, zelfs meer te kiezen voor de patiënt.

Tevens geeft u in uw brief aan dat zorgverzekeraars geen toelichting geven op de keuzes die zij maken bij het contracteren van zorg. Ik zie dat hier sprake is van 'work-in-progres'. Zorgverzekeraars maken steeds meer werk van het in kaart brengen van verschillen op gebied van kwaliteit en prijs tussen zorgaanbieders. Veel zorgverzekeraars hebben op hun websites documenten gepubliceerd over hun inkoopbeleid en met welke criteria zij daarbij rekening houden. Via de voorgestelde wetswijziging zullen zorgverzekeraars verplicht worden hun inkoopbeleid over het komende kalenderjaar (t) transparant te maken voor 1 april t-1. Op die manier krijgen niet alleen zorgaanbieders maar ook verzekerden meer inzicht in de keuzes die de verzekeraar maakt bij het contracteren van zorg. Dat is dus een verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

Tevens ontstaat door de voorgestelde wetswijziging een prikkel voor zorgverzekeraars om uiterlijk zes weken voorafgaand aan het nieuwe polisjaar bekend te maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben. Dit zet druk op zorgverzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Hiermee wordt de transparantie voor de verzekerde vergroot. Voor de verzekerde is dan namelijk zes weken voorafgaand het nieuwe polisjaar bekend welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Dit kan hij dan mee laten wegen bij de keuze voor een zorgverzekering.

Voorts geeft u aan dat het premieverschil groter zal worden en een tweedeling zal ontstaan. Zoals ik eerder in deze brief aan heb gegeven, wordt een grotere diversiteit aan polissen mogelijk. De verwachting is dat de naturapolis, waarbij de verzekeraars afspraken maakt met de zorgaanbieder over prijs en kwaliteit, goedkoper maar ook beter zal worden dan de restitutiepolis, waarbij deze afspraken niet zijn gemaakt.



De zorgtoeslag zorgt ervoor dat de toegang tot alle polissen voor iedereen gegarandeerd is.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



mw. drs. E.L. Schippers



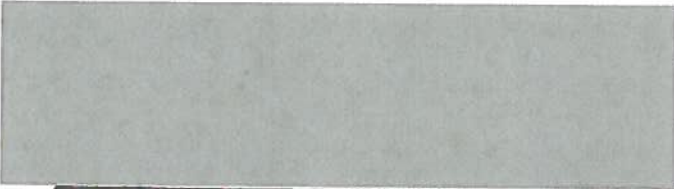
Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
576725-122607-Z

VOLKSGEZONDHEID
WELERVENISPORT

25 JUNI 2014

SCANPLAZA



Ministerie van Volksgezondheid
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag

Onderwerp: vergoeding zorg 2012 t/m. 2014.

Amsterdam, 24 juni 2014

Voor wie het betreft,

Op grond van mijn restitutiepolis
ontving ik tot 2012 volledige vergoedingen van de
zorgverzekering. Vanaf 2012 wordt mij door deze
zorgverzekering een partiële vergoeding toege-
kend. Het betreft de behandeling door een oog-
kliniek te Amsterdam, waarmee mijn zorgverzeke-
ring geen contract heeft afgesloten.
De kliniek zou niet markt-conforme tarieven
hanteren.

Echter, de restitutiepolis pretendeerde toch een keuze-
vrijheid inz. specialisten en algehele vergoeding van
behandelingen?

Alle publikaties en uitspraken, ook door Tweede Kamerlid A. Slob nog onlangs gedaan voor één van de radio-zenders, hebben het zonder voorbehoud over: vrije keuze, volledige vergoeding en niet over: markt-conforme vergoedingen.

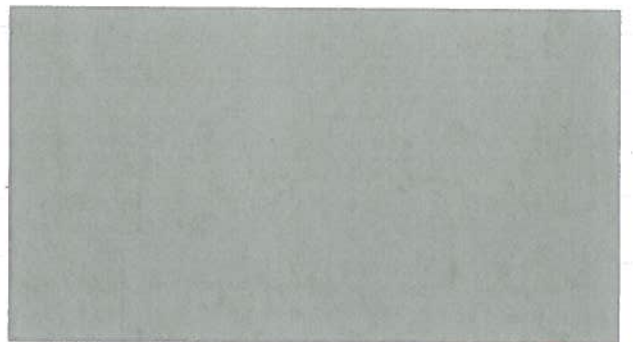
A propos, welk sinister brein heeft dit verzonnen en bedacht? De zorgverkeeraar? In samenspraak met wie?

Een helder en eenduidig antwoord door uw Ministerie zie ik met meer dan gewone belangstelling tegemoet.

In een moeite door kunt u misschien ook uit de doeken doen, hoe, in het kader der bezuinigingen, nationaal, mijn tandartsrekening dit jaar is verhoogd met 25 procent en de gebitscontrole wordt bijgehouden met de stopwatch in de hand!...

Vriendelijk groetend,

bijlagen: 2 ex.



Vergoeding zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Meer dan 90% van de Nederlanders heeft een zogenaamde naturapolis bij een zorgverzekeraar afgesloten. Dat betekent dat zij zich voor al hun zorg moeten wenden tot een zorgverlener die met die zorgverzekeraar een contract heeft gesloten. Als een verzekerde ervoor kiest om bij een andere (niet-gecontracteerde) zorgverlener zorg te vragen, mag dat. In dat geval hoeft de zorgverzekeraar de kosten van die zorg slechts voor een gedeelte te vergoeden. Deze vergoeding mag volgens de Zorgverzekeringswet echter niet zo laag zijn dat dit een 'feitelijke hinderpaal' is voor verzekerden om zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in te roepen. Dat volgt uit de Zorgverzekeringswet en

daarmee wordt beoogd om een vrije artsenukeuze voor verzekerden te waarborgen. Wat de minimale concrete hoogte van de vergoeding in deze gevallen moet zijn, is aan de praktijk overgelaten en dus niet duidelijk. In de meeste gevallen wordt een vergoedingspercentage van circa 80% gehanteerd.

De bedoeling is dan dat 20% door de verzekerde zelf aan de zorgverlener wordt betaald. In de praktijk schelden die zorgverleners die 20% meestal kwijt. Sinds kort hanteren zo goed als alle zorgverzekeraars een veel lager percentage, bijvoorbeeld 50 of 60%. De toezichthouder op de zorgmarkt, de Nza, vindt dit prima, de rechter niet.

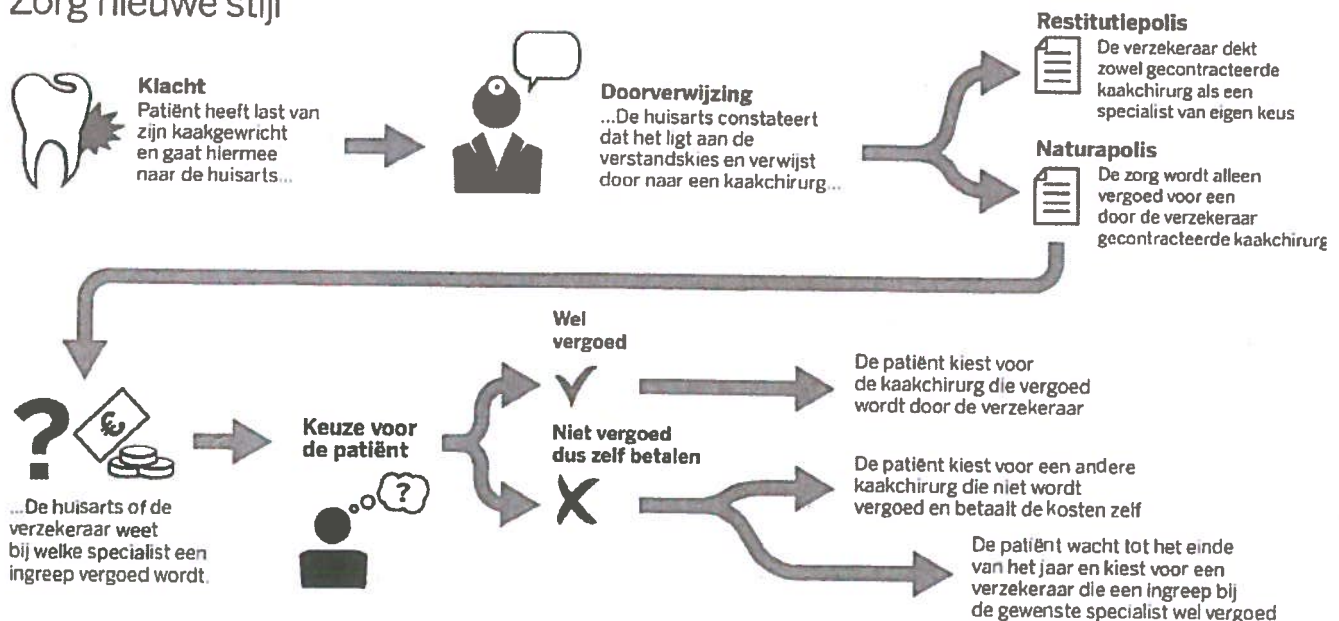
Voor 2013 had zorgverzekeraar CZ in haar polisvoorwaarden opgenomen dat de kosten van medisch specialistische GGZ door niet-gecontracteerde zorgaanbieders voortaan nog maar voor 50% van het gemiddeld gecontracteerde tarief zouden worden vergoed. In 2012 was dat nog 75%. De GGZ-instelling Momentum vond dit percentage te laag en spande daarom een procedure aan bij de rechtbank in Breda. De rechter was het met Momentum eens. De rechter oordeelde dat het lage percentage inderdaad een te hoge drempel opwierp voor verzekerden om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. Volgens de rechtbank dwingt deze lage vergoeding CZ-verzekerden ertoe om zich te wenden tot de door CZ gecontracteerde zorgaanbieders, waardoor de vrije artsenukeuze wordt ingeperkt.

Deze rechtspraak zal niet zonder gevolgen zijn voor andere zorgverzekeraars die het vergoedingspercentage in de afgelopen jaren stapsgewijs hebben afgebouwd. Zorgverzekeraars mogen er immers niet zomaar voor kiezen om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg aanmerkelijk te verlagen.

Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders heeft deze uitspraak tot gevolg dat zij mogen rekenen op een vergoedingspercentage van rond de 80%. Voor patiënten betekent deze uitspraak dat zij vrij zijn om hun eigen zorgaanbieder te kiezen en dat zij niet worden gedwongen om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

In 2015 ontstaat vrijwel zeker een heel andere situatie, met verder ingeperkte keuze bij de naturapolis. Stap daarom bijtijds over naar een ECHTE RESTITUTIEVERZEKERAAR zoals ONVZ (www.onvz.nl).

Zorg nieuwe stijl



5.000 medici dreigen met rechtszaak over artsenkeuze

2008 page 2

Gezondheidszorg

Alleen patiënten met een extra verzekering kunnen in de toekomst nog hun eigen arts kiezen. Duizenden artsen zijn het niet eens met dit plan.

Door onze redacteur
Frederiek Weeda

AMSTERDAM. De discussie over het recht van patiënten om zelf hun arts te kiezen, dreigt een felle juridische strijd te worden. De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze, waarbij in twee maanden 5.000 artsen en paramedici zich hebben aangesloten, kondigt aan minister Schippers (VVD, Zorg) voor de rechter te dagen als de vrije artsenkeuze wordt afgeschaft. Af-schaffing van dat recht is strijdig met Europese mededingingsregels, stelt de advocaat van de stichting, hoogleraar gezondheidsrecht in Utrecht, Jaap Sijmons.

Vandaag en morgen debatteert de Tweede Kamer over de vrije artsenkeu-

ze. Schippers en de zorgverzekeraars willen artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aanpassen, zodat patiënten die naar een arts gaan die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar de rekening niet meer vergoed krijgen. Zij moeten die dan zelf betalen. Aangezien de nota voor sommige operaties en ingrepen kan oplopen tot duizenden euro's zullen patiënten alleen nog gaan naar artsen die wel gecontracteerd zijn door hun zorgverzekeraar. Overigens kunnen ze jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

De patiënt heeft straks minder te kiezen dan nu, stelt de stichting. Bovendien zullen nieuwe klinieken die de concurrentie met gevestigde artsen aangaan, geen kans krijgen. Dat is volgens de stichting strijdig met Europese concurrentieregels. Sommige ziekenhuizen zullen inkomsten verliezen. „Je hebt een contract met minimaal drie van de vier grote zorgverzekeraars nodig om te overleven”, zegt de woordvoerder van de stichting.

Schippers zegt dat er keuze genoeg overblijft voor de patiënt. Ook de verzekeraars zeggen dat ze louter te dure en kwalitatief slechte zorgverleners uit de markt zullen weren. Artsen, op hun beurt, zeggen dat verzekeraars vaak niet weten wat kwalitatief goed is. Vorige week sloot Schippers een principe-akkoord met onder meer fysiotherapeuten, huisartsen en verzekeraars die de wetwijziging wel steunen. Doel is om de groei van de ziekenhuis- en huisartsenuitgaven te beperken tot 1,5 procent dit jaar en 1 procent van 2015 tot 2017. Jarenlang stegen die uitgaven telkens met zo'n vijf procent.

De 'restitutiepolis' blijft wel bestaan, waarmee de patiënt tegen een hogere maandelijkse premie alsnog

NRC - 13 juni '14

VRIJE ARTSENKEUZE

Politiek akkoord

■ Het debat over de vrije artsenkeuze is het laatste obstakel in de politieke onderhandelingen over het 'zorgakkoord'. Vorige week sloot de coalitie al een akkoord met oppositiepartijen D66, ChristenUnie en SGP over de langdurige zorg (care). Dit debat gaat over de cure.

■ De weerstand tegen afschaffing van de vrije artsenkeuze lijkt groot. Actiegroep 'Red de vrije artsenkeuze' overhandigt vandaag 130.000 handtekeningen aan de Tweede Kamercommissie. Vlak voor het debat over artikel 13.

■ De regering zou met aanpassing van artikel 13 en dus afschaffing van de vrije artsenkeuze 1 miljard euro per jaar besparen.

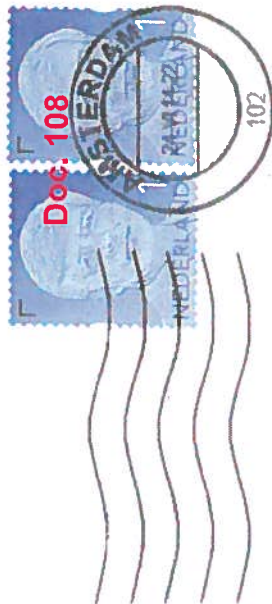
■ Twee compromissen zijn al gesloten. Ten eerste blijft de duurde re 'restitutiepolis' bestaan. Ten tweede wordt laagdrempelige zorg niet geraakt: patiënten zullen hun huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut en apotheek zelf kunnen blijven kiezen. Maar niet een ziekenhuis of specialist.

■ De grote verzekeraars stellen dat zij slechte en te dure zorgverleners zullen weren wanneer artikel 13 is aangepast. Een CZ-woordvoerder: „Dat is in het belang van iedereen. Waarom zouden we de nota van onbewezen therapieën of inefficiënte instellingen vergoeden?”

de nota van iedere arts vergoed krijgt. Maar veel artsen vinden dat compromis te mager omdat niet iedereen een restitutiepols kan betalen. Bij de grote verzekeraars is de restitutiepols drie tot vijf procent duurder dan de naturopolis.

Aanpassing van artikel 13 moet de macht van verzekeraars vergroten. Bedoeling van de 'marktwerking' in de ziekenhuiszorg, die in 2006 werd ingevoerd, is dat ziekenhuizen en artsen onderling concurreren. Verzekeraars kregen de taak om kritisch te zijn namens hun verzekerden. Leveren ziekenhuizen te weinig kwaliteit en werken ze inefficiënt, dan kunnen verzekeraars ze het jaar erop een contract weigeren. Doet één kleine verzekeraar dat, is het nog geen ramp, maar de grote verzekeraars (Achmea, VGZ, CZ, Menzis) vertegenwoordigen samen 90 procent van de bevolking. Zo kwam het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis vorig jaar in grote problemen omdat Achmea een contract weigerde.

Artikel 13 verpestte het tot nu toe voor de verzekeraars: het gaf patiënten het recht alsnog een deel van de nota van een niet-gecontracteerde arts te declareren bij de verzekeraar. Vaak ging het om 80 procent van die rekening. Overigens voor velen de twintig procent die ze dan zelf moeten betalen, al te veel. Patiënten van het Slotervaartziekenhuis weken al snel uit naar andere ziekenhuizen wegens die 20 procent. Maar sommige patiënten kunnen en willen dat wel betalen. Schippers en de verzekeraars willen nu dat de rekening van een niet-gecontracteerde zorgverlener niet meer vergoed wordt. Dan pas, zeggen zij, hebben ze de macht om zwakke of dure artsen en ziekenhuizen onder druk te zetten.



VOLKE
WELZ

25 JUNI 2014

SCANPLAZA

Ministerie van Volksgezondheid
Rijkskaart 50

2515 XP Den Haag
251409-H0555/2515XP 50

 Amsterdam

Doc. 108

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster Internationaal
Ontworpen door
[redacted]
Senior Beleidsmedewerker

T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
25 juni 2014

Kenmerk
123135

Zaaknummer

Afschrift aan
DZ

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
WJZ [redacted]
WJZ [redacted]
Cluster Verzekeringsmarkt
Cluster internationaal
WJZ [redacted]
WJZ [redacted]

H:\artikel 13\109.Nota aan
minister; uitspraak
aanbesteding CZ.docx

nota

(ter beslissing) Uitspraak in kort geding: CZ is publiekrechtelijke
instelling en daarom aanbestedingsplichtig

Paraaf directeur

DGCZ

Directeur WJZ

Directeur Z

1 Aanleiding voor deze nota

Vraag of VWS zich als partij moet voegen in spoedappèl in een geding tussen CZ Zorgverzekeraar en Hollister BV (zorgaanbieder). Rechtbank in kort geding heeft geoordeeld dat CZ als zorgverzekeraar een publiekrechtelijke instelling is en een aanbestedende dienst in de zin van de Aanbestedingswet.

10.2.g en 11.1

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

– Ik adviseer 10.2.g en 11.1

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

– Alternatief 1. 10.2.g en 11.1

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Ik adviseer u 10.2.g en 11.1

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

– Alternatief 2: 10.2.g en 11.1

[redacted]
[redacted]
[redacted]

argumenten voor dit alternatief, zoals:

o 10.2.g en 11.1

Er zijn zeker

- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]

Directie Zorgverzekeringen
cluster Internationaal
Kenmerk
123135

Ik adviseer u 10.2.g en 11.1 [redacted]

- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]
- o 10.2.g en 11.1 [redacted]

3 Samenvatting en conclusies

Uitspraak rechtbank

De rechtbank in kort geding heeft geoordeeld dat CZ als zorgverzekeraar een publiekrechtelijke instelling en een aanbestedende dienst is in de zin van de Aanbestedingswet.

Motivering rechtbank

De rechtbank heeft daarbij overwogen dat publiekrechtelijke instellingen ook privaatrechtelijke ondernemingen kunnen zijn (arrest Hof: HvJ EU 13 januari 2005, C-84/03, ro. 27 en 28; Commissie vs Spanje).

Een publiekrechtelijke instelling is een instelling die specifiek ten doel heeft te voorzien in behoeften van algemeen belang, anders dan van commerciële of industriële aard, die rechtspersoonlijkheid bezit en waarvan (o.m.) de activiteiten in hoofdzak door de staat, een provincie, een gemeente, een waterschap of andere publiekrechtelijke instelling worden gefinancierd.

De uitspraak draait om de criteria dat sprake is van a) algemeen belang, anders dan van commerciële of industriële aard en b) overwegende staatsfinanciering. De rechtbank overwoog:

Ad a). Hoewel zorgverzekeraars werkzaam zijn in een zekere mate van concurrentie, kan niet worden gezegd dat zij - naar de maatstaven van de rechtspraak van het HvJ EU - onder normale marktvoorwaarden actief zijn en de met de uitoefening van hun activiteiten verbonden verliezen dragen. Voor CZ komt daar nog bij, dat haar organisatie geen winstoogmerk heeft en dus geen winst nastreeft.

Ad b). Ook aan de overheidsfinanciering werd volgens de rechtbank voldaan. Gelet op de wijze van financiering van zorgverzekeraars, en gelet op de opvatting van het HvJ EU dat "door de staat gefinancierd" functioneel moet worden uitgelegd, worden zorgverzekeraars voor meer dan de helft door de staat gefinancierd. Daarmee wordt aan de definitie van het begrip publiekrechtelijke instelling voldaan. De activiteiten van zorgverzekeraars worden niet alleen door nominale premies maar vooral ook door

inkomensafhankelijke premies, rijksbijdragen en risicoverevening gefinancierd, waarbij de nominale premie "slechts" 45% van de financiering zou betreffen (rechtbank baseert zich op de memorie van toelichting bij de Zvw.)

De rechtbank merkt op dat elk jaar bij de begroting van de zorgverzekeraar moet worden gezien of de verzekeraar een aanbestedende dienst is.

Directie Zorgverzekeringen
cluster Internationaal
Kenmerk
123135

Mogelijke gevolgen van de uitspraak

10.2.g en 11.1

Wat gaan we doen

CZ stelt a.s. maandag spoedappel in. ZN voegt zich tegelijk als partij in het proces. Ik stel voor dat 10.2.g en 11.1

CZ en ZN hebben ieder een eigen advocaat. CZ adviseert van Pels Rijcken. 10.2.g en 11.1

Het is van belang de uitspraak nader te analyseren op tegenargumenten, in 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Dat zie ik anders, 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

ats.

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

Directie Zorgverzekeringen
cluster Internationaal
Kenmerk
123135

5 Draagvlak maatschappelijk

10.2.g en 11.1

6 Financiële en personele gevolgen

10.2.g en 11.1

7 Juridische haalbaarheid

De juridische argumentatie van de rechtbank 10.2.g en 11.1. Niettemin zijn er ook juridische argumenten tegenin te brengen. 10.2.g en 11.1

8 Interne afstemming

Afgestemd met WJZ.

9 Gevolgen administratieve lasten

10.2.g en 11.1

Senior Beleidsmedewerker

Inhoud valt buiten de reikwijdte van het verzoek. Voorstel: integraal weigeren.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie
Zorgverzekeringen
Cluster pakketbeheer
Ontworpen door
[redacted]
Senior beleidsmedewerker
T 070-[redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum
3 juli 2014
Kenmerk
642205-123494-Z

Zaaknummer
123494

H:\artikel 13\113.nota voor
minister mbt VAO
Pakketbeheer.docx

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	VAO Pakketbeheer
Vergaderdatum en tijd	3 juli 2014, 23:35u
Vergaderplaats	Tweede Kamer

Paraaf directeur DGCZ

1 Aanleiding en doel overleg

VAO Pakketbeheer vanavond, waarin naar verwachting twee moties worden ingediend.

NB waarschijnlijk zal, zoals en marge van het AO afgesproken, bij dit VAO geen ambtelijke ondersteuning aanwezig zijn.

2 Advies en toelichting

Naar verwachting worden 2 moties ingediend met de volgende strekking:

- a) Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Advies: Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

U kunt de motie **toezeggen, of het oordeel aan de Kamer laten**, indien de tekst van de motie als volgt luidt, of een vergelijkbare strekking heeft:

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie Zorgverzekeringen
Cluster pakketbeheer

Kenmerk
642205-123494-Z

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Toelichting:

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

b) Valt buiten de reikwijdte van het verzoek).

Advies: Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Toelichting:

- Valt buiten de reikwijdte van het verzoek

Directie Zorgverzekeringen
Cluster pakketbeheer

Kenmerk
642205-123494-Z

[REDACTED] (CZ), [REDACTED] (LZ) en [REDACTED] (Z)

Senior beleidsmedewerkers



Eerste Kamer der Staten-Generaal

Ministerie van VWS
Hoofd centrale directie wetgeving en juridische zaken
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT

- 7 JULI 2014

Binnenhof 22
postbus 20017
2500 EA Den Haag

telefoon 070-312 92 00
fax 070-312 93 90

datum 2 juli 2014

SCANPLAZA

postbus 0 eerstekamer.nl
www.eerstekamer.nl

Betreft:

33362

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

Hierbij ontvangt u ter controle van de gedrukte tekst van bovengenoemd wetsvoorstel Eerste Kamerletter A, zoals dat is komen te luiden na aanvaarding door de Tweede Kamer.

Het doel van de controle is ter verzekeren dat het door de NV Sdu gedrukte kamerstuk geheel overeenkomt met het van de Tweede Kamer ontvangen origineel van het wetsvoorstel. Indien het stuk aanleiding geeft tot correcties dan wordt door de griffie van de Eerste Kamer een nota van verbetering uitgebracht. Er mogen dus **geen nadere wijzigingen** in het stuk worden aangebracht.

Ik verzoek u de bijgaande tekst – met de daarop eventuele correcties duidelijk aangegeven – **uiterlijk maandag 7 juli 2014 om 17.00 uur** aan de afd. Tekstverwerking en Agendabeheer van de Eerste Kamer der Staten-Generaal (e-mail: TAB@eerstekamer.nl) te retourneren.

De Afdeling Tekstverwerking en Agendabeheer
van de Eerste Kamer der Staten-Generaal,





Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

VOLKSGEZONDHEID
en SPORT

20 NOV. 2014

SCANPLAZA

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Telefoonnummer
030 29 681 11

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
107104/150081

Onderwerp

Informatieverstrekking aan vergelijkingssites

Datum

19 november 2014

Mevrouw de Minister,

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan vergelijkingssites. De NZa wil dat consumenten erop kunnen vertrouwen dat de informatie die zij op vergelijkingssites zien over ziektekostenverzekeringen correct is. In bijgaand rapport doen wij verslag van onze bevindingen en geven de verzekeraars concrete handvaten voor verbetering. We verwachten dat ziektekostenverzekeraars met deze verbeterpunten aan de slag gaan.

Uit ons onderzoek blijkt dat de meeste ziektekostenverzekeraars direct contracten sluiten met de grotere vergelijkingssites. Daarmee delen ze de verantwoordelijkheid voor de informatieverstrekking met de vergelijkingssites. De meeste ziektekostenverzekeraars lijken zich er ook voor in te spannen dat de dataleveranciers die gegevens over hun polis aan vergelijkingssites doorleveren, beschikken over correcte informatie. We gaan ervan uit dat ziektekostenverzekeraars deze controles blijven uitvoeren, onjuistheden corrigeren en dat zij daarmee de juistheid van gegevens op vergelijkingssites borgen.

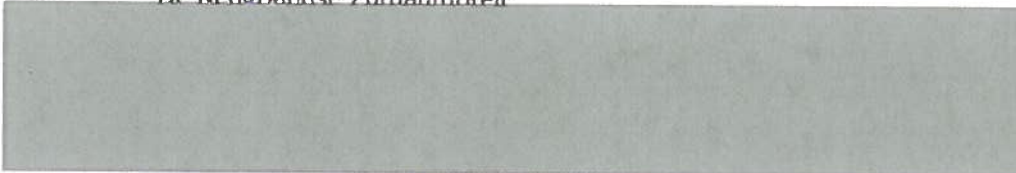
We constateren daarnaast dat ziektekostenverzekeraars doorgaans meer kunnen doen om te voorkomen dat op vergelijkingssites informatie te vinden is die consumenten op het verkeerde been kan zetten. Bijvoorbeeld over het type polis, selectieve inkoop en wat de gevolgen daarvan zijn voor de consument. We verlangen van de ziektekostenverzekeraars dat zij ervoor zorgen dat ook deze informatie klopt, omdat de keuze voor een polis erdoor beïnvloed kan worden. Dit kunnen ze doen door deze informatie te controleren en bij onjuistheden of onvolledigheden actie te ondernemen richting de vergelijkingssite.

We bieden de ziektekostenverzekeraars de ruimte om zelf tot verbetering te komen, voordat wij beslissen hier nadere regels over op te stellen. In het Self assessment Transparantie Ziektekostenverzekeraars van komend jaar zullen wij opnieuw toetsen welke verbeteringen zijn doorgevoerd.

Kenmerk
107104/150081
Pagina
2 van 2

De NZa deed samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM) onderzoek naar de werkwijze en informatievoorziening van vergelijkingssites. Deze week start ook een publiekscampagne waarin de drie toezichthouders consumenten helpen om handig gebruik te maken van vergelijkingssites. Meer informatie over deze campagne is te vinden op Consuwijzer.nl en onze website (www.nza.nl).

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit



directeur Toezicht en Handhaving

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen

Ontworpen door

Datum

28 juli 2014

Kenmerk

697567-130587-Z

Zaaknummer

130587

nota

het bericht: De aanvullende voorwaarden van Zilveren Kruis dat als het omzetplafond van een zorgaanbieder bereikt is, zij die zorgverleners (tijdelijk) van de lijst van gecontracteerde zorgverleners (Zorgzoeker) verwijderen

Paraaf directeur

1 Aanleiding voor deze nota

Voor het mondelinge vragenuurtje is een vraag aangekondigd over de wijziging van de polisvoorwaarden van Zilveren Kruis. Bijgaand wordt u hierover geïnformeerd en treft u enkele Q&A's aan.

2 Samenvatting en conclusies

In het overzicht van de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden voor 2015 heeft Zilveren Kruis (Bijlage 1) de volgende passage opgenomen: *'Om de zorg betaalbaar te houden worden **omzetplafonds** afgesproken met zorgverleners waarmee we een contract sluiten. Als het plafond wordt bereikt mogen wij zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners (Zorgzoeker) verwijderen. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2015 niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2015.'*

Met deze passage geeft de zorgverzekeraar aan hoe er gehandeld wordt bij het bereiken van het omzetplafond. **10.2.g en 11.1**

3 Belangrijkste punten van informatie

De volgende lijn wordt in de Q&A's aangehouden:

- In het kader van artikel 13 is het van belang dat zorgverzekeraars transparant zijn over hun contracteerbeleid en wat het gevolg is als het omzetplafond wordt bereikt.
- NZa heeft hierover in september de beleidsregel 'informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' gepubliceerd (Bijlage 2) waarin zorgverzekeraars verplicht

worden transparant te zijn over de gevolgen van eventuele omzetplafonds.

Kenmerk
697567-130587-Z

- Het is derhalve een goed zaak dat Zilveren Kruis hier duidelijkheid in biedt.
- De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Bij het bereiken van het omzetplafond is hij dus verplicht om de verzekerde naar een andere zorgverlener te bemiddelen.
- Verwijzing naar uw brief van 2 juni 2014 over 'recht op gecontracteerde zorg' waarin u aan de Tweede Kamer schrijft dat zorgverzekeraars wel realistische volumes moeten inkopen 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."*

Als bijlagen zijn aan dit dossier toegevoegd:

1. Wijzigingen polisvoorwaarden Zilveren Kruis
2. Beleidsregel NZa 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014'
3. Brief 2 juni 2014 over 'recht op gecontracteerde zorg'

10.2.e Wob, tenzij anders is aangegeven.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontworpen door

T (070)-340
M (+31)-6

Datum
20-01-2015
Kenmerk
702118-131229-Z

Zaaknummer
131229

Bijlage(n)
<vul hier het aantal bijlagen
in>

Afschrift aan

nota

(ter beslissing)

omzetplafonds in de zorg

1 Aanleiding voor deze nota

Bijgaand treft u de antwoorden aan op TK-vragen over omzetplafonds. Dit naar aanleiding van een publicatie van Zilveren Kruis over poliswijzigingen.

Uw kenmerk
2014Z22725

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

U wordt gevraagd de antwoorden op deze vragen af te handelen.

3 Samenvatting en conclusies

De volgende lijn wordt in de beantwoording aangehouden:

- Het is van belang dat zorgverzekeraars transparant zijn over hun contracteerbeleid en wat het gevolg is als het omzetplafond wordt bereikt
- NZa heeft hierover in september de beleidsregel 'informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' gepubliceerd (Bijlage 2) waarin zorgverzekeraars verplicht worden transparant te zijn over de gevolgen van eventuele omzetplafonds
- Het is derhalve een goed zaak dat Zilveren Kruis hier duidelijkheid in biedt
- De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht dus bij het bereiken van het omzetplafond is hij verplicht om de verzekerde naar een andere zorgverlener te bemiddelen
- Verwijzing naar uw brief van 2 juni 2014 over 'recht op gecontracteerde zorg' waarin u aan de Tweede Kamer schrijft dat zorgverzekeraars wel realistische volumes moeten inkopen 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.”

- In de beantwoording wordt daarbij verwezen naar artikel 40 WMG over misleidende reclame-uitingen en het toezicht van NZa hierop.
- Tot slot wordt in de beantwoording nog eens gewezen op het belang van omzetplafonds voor de werking van het stelsel.

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
702118-131229-Z

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

5 Draagvlak maatschappelijk

Omzetplafonds spelen elk jaar tegen het einde van het jaar op in de discussie tussen zorgverzekeraars en aanbieders (bij wie het plafond is bereikt). In de praktijk weten verzekeraars goede afspraken te maken met verzekerden.

6 Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7 Juridische haalbaarheid

N.v.t.

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Afgestemd met NZa.

9 Gevolgen administratieve lasten

N.v.t.

10. Toezeggingen

N.v.t.

Als bijlagen zijn aan dit dossier toegevoegd:

1. Wijzigingen polisvoorwaarden Zilveren Kruis
2. Beleidsregel NZa 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014'
3. Brief 2 juni 2014 over 'recht op gecontracteerde zorg'

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg

Datum
19-12-2014

Kenmerk
703897-131491-Z

Zaaknummer
131491

Bijlage(n)
1

Afschrift aan

Uw kenmerk
2014Z23188

nota

(ter beslissing) het bericht dat mensen met een budgetpolis volgend
jaar niet terecht kunnen bij academische ziekenhuizen

1 Aanleiding voor deze nota

Op 16 december heeft de Tweede Kamer u gevraagd om uiterlijk 17 december 18.00 uur een brief te sturen met daarin de antwoorden op een aantal vragen. Daarbij is tevens gevraagd om de antwoorden op de schriftelijke vragen van het lid Ellemée over de budgetpolis. Deze zijn als bijlage met de brief meegestuurd. Bijgaand treft u deze antwoorden aan conform de normale procedure.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

Instemmen met deze antwoorden.

3 Samenvatting en conclusies

Het artikel (Telegraaf, 9 december, zie bijlage) naar aanleiding waarvan de vragen zijn gesteld, stelt dat mensen met een budgetpolis niet naar academische ziekenhuizen kunnen als deze niet gecontracteerd zijn. De lijn is dat als dit medisch noodzakelijke zorg is, die niet door een andere gecontracteerde aanbieder kan worden geleverd, volledig door de zorgverzekeraar moet worden vergoed.

Omdat de Kamer bij bovengenoemde commissiebrief gevraagd heeft om de antwoorden op deze vragen, zijn de antwoorden al als bijlage hierbij meegestuurd.

4 Draagvlak politiek

10.2.g en 11.1

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT

22 DEC. 2014

SCANPLAZA

Afz.: Driebergseweg 16c, 3708 JB Zeist**AANTEKENEN**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zeist, 19 december 2014

Advocaat : [redacted] en [redacted]
Inzake : Omzetplafonds, polisvoorwaarden en Treenormen
Onze ref. : 9900 (SK)
Uw ref. : -
Tel. : 030 [redacted]
Fax : 030 2322722
E-mail : [redacted]@eldermans-geerts.nl / [redacted]@eldermans-geerts.nl

Mevrouw de Minister,

Wij behartigen de belangen van meer dan 500 vrijgevestigde GGZ-aanbieders, met name in de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) maar ook in de Specialistische GGZ (SGGZ). Onderdeel van onze dienstverlening is het – volgens het door de NZa en ACM goedgekeurde messengermodel – inzichtelijk maken van contracten die verzekeraars aanbieden.

Wij stuurden u al eerder een brief over de verlaging van de omzetplafonds door Achmea. Achmea is evenwel zeker niet de enige zorgverzekeraar die omzetplafonds oplegt. Uit uw brief van 2 juni jl. aan de Tweede kamer blijkt dat verzekeraars dat mogen, maar dat zij daarbij wel aan een tweetal voorwaarden moeten voldoen (communicatie naar verzekerden en voldoen aan zorgplicht). Ons is gebleken dat in 2014 geen van de verzekeraars hieraan voldoet en dat dit in 2015 voor een aantal verzekeraars geldt. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid, want in de overeenkomsten met de zorgverzekeraars wordt wel een omzetplafond afgesproken, maar zonder aan de voorwaarden te voldoen waardoor de vraag is in hoeverre verzekeraars een beroep op die afspraken kunnen doen.

Daarnaast ontvangen wij zorgwekkende geluiden over het feit dat verzekeraars bij het bepalen van omzetplafonds geen rekening houden met opleidingsplaatsen. Ook daarop zullen wij in deze brief ingaan.

Eldermans I Geerts Advocaten is de handelsnaam van de besloten vennootschap E & G Advocaten BV.

Alle opdrachten worden uitsluitend door E & G Advocaten BV als opdrachtnemer aanvaard en uitgevoerd.

De beroepsaansprakelijkheid is verzekerd conform de eisen van het Nederlandse Orde van Advocaten.

De aansprakelijkheid is beperkt tot de bedragen die in voorkomend geval onder de beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor de uitkering in aanmerking komen.

Op alle opdrachten zijn van toepassing algemene voorwaarden, gedeponeerd ter griffie van de arrondissementsrechtbank in Utrecht onder nummer 88/2012. Op eerste verzoek wordt een exemplaar van deze algemene voorwaarden toegezonden.

Omzetplafond staat niet vermeld in de polisvoorwaarden

Uit uw brief van 2 juni jl. alsmede beleidsregels van de NZa volgt dat verzekeraars zowel in de polisvoorwaarden als via andere kanalen naar hun verzekerden toe moeten communiceren 1) dat zij omzetplafonds afspreken met zorgaanbieders, 2) dat dit gevolgen kan hebben voor de verzekerde wanneer die zorg wil afnemen van een gecontracteerde aanbieder wiens omzetplafond is bereikt en 3) welke gevolgen dat zijn, te weten dat de verzekerde geen zorg kan afnemen van de gecontracteerde aanbieders die hun omzetplafond hebben bereikt.

Geen enkele verzekeraar heeft in 2014 hiervoor een voorziening getroffen in de polisvoorwaarden. Ook informatie daarover op websites, etcetera, ontbreekt. Voor 2014 is in ieder geval niet voldaan aan de gestelde voorwaarden om een omzetplafond te hanteren. Wij zijn dan ook van mening dat verzekeraars geen vergoeding mogen weigeren als verzekerden zorg af willen nemen van een gecontracteerde zorgaanbieder wiens omzetplafond is bereikt. Noch aan de verzekerde, noch aan de zorgaanbieder, ook al betekent dit dat meer wordt uitbetaald dan het omzetplafond. Want als de zorg niet aan de zorgaanbieder vergoed zou worden, zal die zorgaanbieder de verzekerde moeten doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. De keuzerechten van verzekerden, zoals geschetst in uw brief van 2 juni jl., verworden dan tot een wassen neus. Dat lijkt ons niet acceptabel.

Dat geldt ook voor 2015, voor zover verzekeraars de plafonds niet in de polisvoorwaarden hebben opgenomen (bijvoorbeeld VGZ). Het is van belang om op zo kort mogelijke termijn uw visie hierover te vernemen, zodat voorkomen wordt dat patiënten nodeloos van de door hen gewenste zorgaanbieder verstoken blijven.

Ten aanzien van VGZ klemmt dit te meer nu VGZ in de GGZ ook nog eens selectief zorg inkoopt. Zij heeft in de contracten met een groot aantal GGZ-aanbieders uitgesloten dat zij depressie-, angst- en somatoforme stoornissen mogen behandelen bij verzekerden met bepaalde (budget)polissen. Met een beperkt aantal aanbieders is een contract gesloten waarin behandeling van deze stoornissen wel is toegestaan. Wij willen op deze plek niet ingaan op het feit dat VGZ dit pas na opening van het contracteringsportaal heeft doorgevoerd en niet heeft gecommuniceerd met zorgaanbieders en dit ook geen onderdeel vormde van het vooraf kenbaar gemaakte inkoopbeleid, welk inkoopbeleid hierdoor niet verifieerbaar transparant en non-discriminatoir te noemen is. Waarom bepaalde partijen wel deze stoornissen mogen behandelen en andere partijen niet is volstrekt intransparant.

Wij halen dit punt hier toch aan omdat VGZ de vrije artskeuze inperkt in strijd artikel 13 Zorgverzekeringswet. Een verzekerde met budgetpolis kan namelijk een zorgaanbieder bezoeken die wel voor deze stoornissen gecontracteerd is of een zorgaanbieder die überhaupt geen contract heeft met VGZ, maar niet een zorgaanbieder die een contract heeft maar niet is geselecteerd voor behandeling van deze specifieke stoornissen. VGZ verbiedt deze

zorgaanbieders immers die stoornissen te behandelen en dat beperkt de keuzevrijheid van de patiënt. Dit gaat ook veel verder dan een beperking van de vergoeding, want een vrije keuze tegen een lagere vergoeding is niet mogelijk. Het gaat immers om een wel gecontracteerde zorgaanbieder die het niet vrij staat om de patiënt te behandelen, die daardoor in de kou blijft staan en naar een ander moet. Dat is naar onze mening in strijd met het thans geldende recht. Wij verzoeken u met klem erop toe te zien dat de NZa zulke aspecten meeneemt in haar onderzoek.

Daarnaast is het op deze wijze selectief inkopen van zorg voor bepaalde stoornissen voor de verzekerde zodanig intransparant dat het voor een verzekerde volstrekt ondoorgrondelijk wordt waar hij nog wel terecht kan en waar niet. Dit moet op voorhand voor een verzekerde duidelijk zijn. Dat is het thans niet. Deze systematiek voor de budgetpolis is dus überhaupt onwenselijk.

Onvoldoende zorg ingekocht

De door verzekeraars opgelegde omzetplafonds zijn veelal gekoppeld aan een verplichting voor de zorgaanbieder om zorg over het jaar te spreiden. Dit heeft effecten op het aantal verzekerden dat door zorgaanbieders in zorg kan worden genomen. Want waar een zorgaanbieder gebonden is aan een (laag of verlaagd) omzetplafond en dit plafond dient te spreiden, zal een zorgaanbieder ruimte hebben voor een bepaald aantal verzekerden. Verzekerden die zich daarna aanmelden komen op de wachtlijst.

Dat dit in de praktijk een probleem oplevert, blijkt wel uit de wachtlijsten die inmiddels zijn ontstaan. Het probleem is door de NZa al beschreven in de beleidsbrief bij Marktscan GGZ d.d. 1 december 2014. De wachttijden lopen dusdanig op dat Treeknormen overschreden worden. Dit speelt met name in de GGZ voor kind en jeugd, maar ook voor volwassenen. Het oplopen van de wachttijden en het overschrijden van de Treeknormen duidt erop dat verzekeraars te weinig zorg hebben ingekocht. Hun verzekerden kunnen immers niet of niet tijdig bij de zorgaanbieder van hun keuze – en soms zelfs niet bij een andere aanbieder – terecht. De reden daarvoor is gelegen in de hiervoor besproken verplichtingen die verzekeraars aan zorgaanbieders opleggen.

Voorgaande roept overigens de vraag op of het überhaupt wel wenselijk is dat omzetplafonds kunnen worden afgesproken. Omzetplafonds zijn moeilijk verenigbaar met de gepropageerde marktwerking in de zorg. Want wie het goed doet zal veelal meer patiënten krijgen, waardoor het plafond eerder vol zal zijn en toch zal deze uitstekende zorgverlener op een gegeven moment patiënten daarom moeten weigeren. Een omzetplafond druist daarmee in tegen de vrije keuze van de patiënt. Voor de goede orde merken wij op dat het argument dat de patiënt dan maar een restitutiepolis had moeten sluiten hier niet opgaat. Immers, ook dan is de zorgaanbieder gebonden aan het omzetplafond (en heeft de zorgverzekeraar de zorgaanbieder veelal verboden af te rekenen met de patiënt). Ook de patiënt met een restitutiepolis kan door

het omzetplafonds niet meer kiezen voor de door hem beoogde arts als deze arts diens omzetplafond bereikt heeft. Dit argument heb ik niet eerder in de discussie over omzetplafonds voorbij zien komen. Hierdoor verzoeken wij u, u daar nogmaals expliciet over uit te laten en bij voorkeur een passende voorziening op te nemen in de nieuw te behandelen wet tot wijzigen van 13 Zvw.

Geen ruimte voor opleidingen in het omzetplafond

Naast het feit dat zorgverzekeraars de regels omtrent omzetplafonds niet naleven, speelt er een ander probleem, namelijk dat verzekeraars geen rekening houden met opleidingen in een praktijk bij het vaststellen van het omzetplafond. Gezien de doelstelling om 30% van de GGZ-bedden terug te dringen, zal er veel (meer) werk verzet moeten worden in de ambulante GGZ, zoals ook nog eens door u is benadrukt tijdens de behandeling van de voorgenomen wijziging van 13 Zvw in de Eerste Kamer. Dit vereist nu en in de toekomst afdoende gekwalificeerde psychologen. De beroepsgroep is echter aan het vergrijzen en doordat zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg geen verhoging toekennen bij opleidingsplaatsen, is het niet aantrekkelijk om op te leiden.

Want daar hebben de vrijgevestigde praktijken budget voor nodig en dat krijgen ze niet. Dat wringt, want het is niet nodig dat de opleider aanwezig is bij iedere behandeling door de opleiding, voldoende is dat hij dat af en toe doet, en kan in beginsel zelf ook patiënten zien. Praktijkhouders die een opleidingsplaats bieden, kunnen nu echter zelf minder behandelingen uitvoeren, omdat zij hun omzetplafond met hun opleiding moeten delen. Deze praktijkhouders maken veel kosten (salaris opleiding, kosten van de opleiding) maar kunnen deze kosten niet terugverdienen.

Dit kan er in de praktijk toe leiden dat er minder opleidingsplaatsen beschikbaar komen. Zoals u bekend zal zijn, bestaat op dit moment al een tekort aan opleidingsplaatsen voor bijvoorbeeld GGZ-psychologen, juist bij de mensen die werken in de wijk, de kant die het kabinet op wil. De hiervoor beschreven ontwikkeling zal het aantal opleidingsplaatsen nog verder terugdringen, zeker bij deze groep. De beroepsgroep vergrijst en zal steeds verder vergrijzen, terwijl nieuwe jonge hoofdbehandelaren maar beperkt beschikbaar komen. Het oplopende tekort aan opleidingsplaatsen kan in de toekomst een gevaar betekenen voor de beschikbare GGZ die voor verzekerden beschikbaar is. Dat lijkt ons onwenselijk, omdat dit betekent dat verzekerden nog langer op een behandeling zullen moeten wachten. Het is dringend nodig dat zorgverzekeraars ruimhartig budgetten ter beschikking stellen om eerstelijns psychologen in de vrijgevestigde eerstelijns op te leiden, niet alleen om de druk vanwege de te verwachten toenemende vraag op te kunnen vangen, maar ook om een oplossing te bieden voor de aankomende vergrijzing van de beroepspopulatie.

Ongewenst gevolg is verder dat opleidingsplaatsen die wel beschikbaar blijven in de toekomst vrijwel uitsluitend in instellingen zullen zijn. Een wijkgerichte aanpak en verandering van de zorg, zoals door u geschetst bij de behandeling in de Eerste Kamer, vereist dat de psychologen opgeleid worden in de wijk (vrijgevestigde eerstelijns) en niet (uitsluitend) in de instellingen.

Conclusie

Wij willen u met het oog op het voorgaande met klem verzoeken erop toe te zien dat verzekeraars hun verplichtingen naleven wat betreft de omzetplafonds en anders de verzekerde zorg vergoeden alsof die plafonds niet zouden zijn afgesproken. Verder willen wij u met klem verzoeken erop toe te zien dat verzekeraars – bijvoorbeeld VGZ – de keuzevrijheid van hun verzekerden niet beperken zolang artikel 13 Zorgverzekeringswet ongewijzigd is. Tot slot doen wij een beroep op u om nog een kritisch te kijken naar het hanteren van omzetplafonds an sich. De verplichting die de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder oplegt om niet meer te declareren als het plafond bereikt is, lijkt ons niet verenigbaar met marktwerking en ook niet met een restitutiepolis. Dit maakt een restitutiepolis tot een vorm van volksverlakkerij en dat kan toch niet de bedoeling zijn.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen gaande die naar onze mening grote gevolgen voor de toekomst van de GBGGZ kunnen hebben, omdat verzekeraars praktijken met een opleidingsplaats onvoldoende faciliteren om die opleidingsplaats te kunnen blijven bieden. Met het oog daarop willen wij u verzoeken erop toe te zien dat verzekeraars opleidingsplaatsen faciliteren om de toekomst van de GGZ-sector veilig te stellen.

Hoegeachtend,



Aangetekende Brief

D-A-1

Doc. 142

postnl

0-2kg



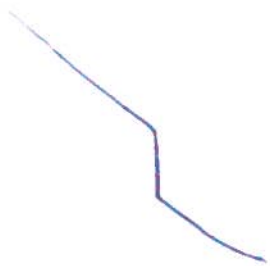
3SRPP82539650

WELZIJN EN SPORT
WELKE GEZONDHEID

22 DEC. 2014

SCANPLAZA

Doc. 142



10.2.e Wob

VOLKSGEZOND-
HEID, WELZIJN EN SPORT

23 DEC. 2014

SCANPLAZA

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Uw referentie: wetsvoorstel 33.362 (Wet verbod verticale integratie)

22 december 2014

Consultant

t: +31 (0)

@aon.nl

Geachte mevrouw de Minister,

Aon Nederland is toonaangevend adviseur in risicomanagement, employee benefits en verzekeringen. Aon is een van de grotere financiële dienstverleners ter wereld. Aon plc is gespecialiseerd in financiële en verzekeringsdienstverlening aan met name werkgevers en hun werknemers. Zorgverzekeringen nemen in de dienstverlening van Aon Nederland een belangrijke plaats in.

Aon heeft de ontwikkelingen rond wetsvoorstel 33.362 (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) nauwlettend gevolgd. Voor werkgevers en hun werknemers kan dit wetsvoorstel behoorlijke impact hebben. Nu het wetsvoorstel naar het zich laat aanzien weer opnieuw ingediend zal worden, maakt Aon graag van de gelegenheid gebruik om een tweetal punten onder uw aandacht te brengen waarmee de positie van consumenten verder versterkt kan worden.

Wijziging artikel 13 Zorgverzekeringswet

Een belangrijk onderdeel van wetsvoorstel 33.362 is de voorgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Door deze aanpassing kunnen zorgverzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg beperken of zelfs uitsluiten bij naturapolissen.

De achterliggende gedachte van deze wijziging is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot betere afspraken over kwaliteit en prijs van de zorg kunnen komen doordat de zorg selectiever wordt ingekocht. Op termijn moet dit resulteren in goedkopere en kwalitatief betere zorg. Uiteraard juicht Aon het toe als de kosten in de gezondheidszorg beter beheerst worden en de kwaliteit van de geleverde zorg ook nog eens verbeterd.

Vergelijking zorgverleners

Als de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet alsnog wordt aangenomen, wordt het keuzecriterium "gecontracteerde zorgverleners" voor consumenten die een zorgverzekering zoeken steeds belangrijker. Momenteel zijn zorgverleners in de meeste gevallen niet goed of niet objectief met elkaar te vergelijken door consumenten en werkgevers. Aon vindt het essentieel in het kader van de wetswijziging dat er een objectief landelijk systeem komt om in ieder geval tweedelijns zorgverleners te vergelijken. Dit kunnen consumenten en werkgevers gebruiken om een verantwoorde keuze maken voor een zorgverzekeraar en een zorgverzekering. Aan zo'n systeem wordt momenteel gewerkt door de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland. Aon vindt het essentieel dat dit gerealiseerd is vóórdat de wetswijziging ingaat. Aon vraagt dan ook nadrukkelijk uw aandacht hiervoor.

Overstaptermijn

Zorgverzekeraars moeten volgens de Zvw tenminste zes weken voor het nieuwe kalenderjaar hun premiestelling bekend maken. Dit betekent dat verzekeraars uiterlijk 19 november naar buiten moeten komen met hun premies. Onderdeel van de wijziging van artikel 13 Zvw is dat zorgverzekeraars ook zes weken voor het nieuwe jaar bekend moeten maken welke zorgverleners worden gecontracteerd in het nieuwe kalenderjaar.

Vooraf voor werkgeverscollectiviteiten merkt Aon op dat de periode van zes weken om van zorgverzekeraar te wisselen op dit moment al erg krap is. Werkgevers willen uiteraard eerst weten wat de premiestelling voor het nieuwe jaar is, voordat wordt besloten om over te stappen. Vervolgens moeten werknemers worden benaderd en moeten de individuele werknemers – als verzekeringnemers – beslissen of zij hun zorgverzekering willen oversluiten. In praktijk merkt Aon dat deze korte periode, waarin ook nog eens de feestmaand december valt, de marktwerking belemmert en werkgevers tegenhoudt om hun zorgcollectiviteit bij een andere zorgverzekeraar onder te brengen.

Als zorgverzekeraars selectiever zorgverleners gaan contracteren, komt daar nog een element bij. In praktijk bieden zorgverzekeraars bij een zorgcollectiviteit alle beschikbare polisvarianten aan, dus ook de naturavarianten. Zowel consumenten als werkgevers moeten in hun beoordeling van de zorgverzekeringen gaan meewegen of de gecontracteerde zorgverleners kwalitatief goed zijn. Door de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw wordt dit een belangrijk criterium bij het kiezen van een juiste zorgverzekering. Deze overweging moet zorgvuldig en weloverwogen plaatsvinden. Aon vindt de termijn van zes weken rondom de feestdagen aan het einde van het jaar daarvoor veel te kort.

Nu het wetsvoorstel opnieuw ingediend moet worden, dringt Aon er bij u op aan om dit aspect ook mee te nemen. Omdat het voor verzekeraars lastig is om de premieberekening en de contractering van zorgverleners eerder afgerond te hebben, zou een mogelijke oplossing zijn om de overstaptermijn te verlengen. Als verzekeringnemers tot 1 februari de tijd hebben om op te zeggen en zich tot 1 maart met terugwerkende kracht kunnen aanmelden wordt de essentiële bedenktijd en de overstaptijd met een maand verlengd.

Samenvattend

Omdat het wetsvoorstel waarin ook de aanpassing van artikel 13 Zvw wordt meegenomen opnieuw moet worden ingediend, vraag ik u namens Aon om rekening te houden met:

- het tijdig laten ontwikkelen van voor consumenten toegankelijk objectief landelijk systeem om de kwaliteit van zorgverleners met elkaar te vergelijken;
- het verlengen van de termijn waarin consumenten kunnen overstappen van zorgverzekeraar, omdat de kwaliteit van gecontracteerde zorgverleners een belangrijk extra criterium wordt waarop zorgverzekeringen worden geselecteerd.

Uiteraard willen wij graag het gesprek met u of uw ambtenaren aangaan om ons standpunt nader toe te lichten.

Hoogachtend,

Aon Hewitt | Corporate Wellness

Admiralteitskade 62 | 3063 ED Rotterdam | The Netherlands
Postbus 518 | 3000 AM Rotterdam | The Netherlands
t: +31 (0) [redacted]
[redacted]@aon.nl | aon.nl | aonhewitt.com

AON Hewitt

Postbus 518
3000 AM Rotterdam

Doc. 143



Port Betaald
Port Payé
Pays-Bas



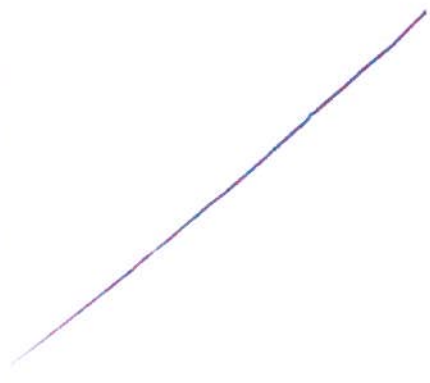
VOLKSGEZONDHEID
WEIZINGEN
PORT

23 DEC. 2014

SCANFLAZA

RO7FF CODE 150

Doc. 143





Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
716870-132552-Z

Uw kenmerk
2014Z14170

Bijlagen
1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum **25 FEB. 2015**

Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake Reactie Stichting PHA Nederland
m.b.t. vrije artsenuitvoering

Geachte voorzitter,

Bijgaand treft u een afschrift van mijn reactie op de brief van Stichting PHA Nederland d.d. 13 augustus 2014. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



mw. drs. E.I. Schippers

RE: kamervragen bericht bijbetalen budgetpolissen

Hoi

Valt buiten de reikwijdte van de Wob

Hieronder een deel van de tekst die aan ons bestuur is gestuurd.

Resultaten enquête

Van de 80 ziekenhuizen hebben 47 ziekenhuizen de enquête ingevuld. Van de respondenten geven 11 ziekenhuizen aan voor de volledige zorg gecontracteerd te zijn. Dat wil zeggen: 11 ziekenhuizen kennen geen uitsluitingen van (delen) zorg voor een budgetpolis. Bij twee derde van de ziekenhuizen zijn beperkte contractafspraken gemaakt als gevolg van de budgetpolis. Een ruime meerderheid, 80%, van de respondenten geven aan dat ze op geen enkele wijze vooraf inzicht hebben of er sprake is van een budgetpolis. Enkele ziekenhuizen geven aan dat met behulp van de ICT leverancier dit inzicht kan worden verkregen via de controle op verzekerdenrecht bij VECOZO. Dit ontslaat deze ziekenhuizen niet van hoge administratieve lasten toename.

Ziekenhuizen dragen zelf de volgende oplossingen voor:

- herkenbaarheid van budgetpolis op verzekeringspas en registratie van aparte uzovi-code per budgetpolis (pakketcode).
- Patiënt verwijzen naar de zorgverzekeraar.

Ruim 95% van de ondervraagden zegt hun patiënten te verwijzen naar de zorgverzekeraar voor vergoedingen en polisvoorwaarden. Dit doen zij actief maar ook passief (als mensen erom vragen).

- Voorlichting door ziekenhuis

Voorlichting via afsprakbriefen, contact met de poli, website, folders en een welkomsttekst via de telefoon.

- Twee derde van de ondervraagden (68%) geeft aan patiënten voorafgaand aan de behandeling te informeren dat bepaalde zorg mogelijk niet vergoed wordt. Één derde geeft aan dat dit onmogelijk is vanwege het gebrek aan inzicht, dit blijft beperkt tot informeren in algemene zin. Als blijkt in de praktijk dat een patiënt onverzekerde zorg krijgt, dan neemt het ziekenhuis contact op met de zorgverzekeraar en met de patiënt. Vaak is dit pas achteraf mogelijk (bij het versturen van de factuur).

De vraag is hoe groot het probleem is. Uit de enquête blijkt zich in 2014 per ziekenhuis circa 50 tot 100 patiënten met een budgetpolis. Het totaal bedrag per ziekenhuis verschilt enorm en loopt op van 10.000 euro tot enkele tonnen per ziekenhuis. Een deel van de respondenten geven aan dat er door patiënten klachtenprocedures worden gestart als achteraf blijkt dat de geleverde zorg buiten de dekking van de polis valt. Ook zijn er inmiddels betalingsregelingen met patiënten getroffen. Enkele zorgverzekeraars zijn achteraf toch overgegaan om de gehele declaratie te betalen, maar geven aan hiermee te stoppen. Bij 73% van de ondervraagden zijn voorbeelden te noemen waarbij zorg deels of niet wordt vergoed als gevolg van de budgetpolis. Ondervraagden geven aan dat problemen zich voordoen bij allerlei patiëntgroepen: studenten, ouderen, chronisch patiënten, zwervers, buitenlanders, etc.

De conclusie is dat ziekenhuizen goede afspraken willen maken over:

1. ziekenhuizen vooraf inzicht laten krijgen in polis patiënt (dit kan via het VECOZO) of duidelijke herkenbare zorgpas
2. actieve persoonlijke communicatie door ziekenhuizen vooraf
3. duidelijke afspraken met zorgverzekeraars over uniforme afhandeling declaraties
4. loket praktijkvoorbeelden budgetpolissen (dbc@nvz-ziekenhuizen.nl)
5. verder onderzoek naar dezorgnota.nl. voor stimuleren gebruik en bekendheid website.

Wat doen de ziekenhuizen inmiddels:

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het informeren van de verzekerden. Ziekenhuizen informeren haar patiënten met algemene informatie en verwijzen de patiënten naar de verzekeringsvoorwaarden. Dit is juridisch gezien ook de juiste weg. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk om zijn verzekerde te informeren over de polisvoorwaarden. Een aantal zorgverzekeraars heeft veel communicatie gedaan naar de verzekerden. Daarmee wordt echter niet voorkomen dat patiënten naar het 'verkeerde' ziekenhuis gaan. Een aantal leden kiezen ervoor om actief te communiceren naar haar patiënten. De reden hiervoor is dat er risico's zijn voor het ziekenhuis op het moment dat er een patiënt is met een hoge rekening:

- Dubieuze debiteuren.
- Reputatieschade voor het ziekenhuis op het moment dat een patiënt de pers zoekt
- Administratieve lasten

Wat kan de NVZ doen

Inmiddels zijn er besprekingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen geweest om de problematiek te bespreken. Uit deze besprekingen komt de wens van de ziekenhuizen om tot een oplossing te komen. Hierbij gaat het in eerste instantie om een oplossing voor de kosten van de patiënt die zijn rekening niet kan betalen. De NVZ blijft in gesprek met ZN om tot een oplossing te komen en dringen aan naar een oplossing via de verzekerdenpas en of het COV bericht Tevens vindt de NVZ dat zorgverzekeraars met een coulanceregeling moeten

komen voor gevallen waarbij rekeningen (deels) onbetaald blijven. Ook de BAC B&B adviseert de NVZ om zorgverzekeraars te dwingen dit technisch op te lossen zodat de administratieve lasten voor de ziekenhuizen tot een minimum beperkt blijven. **Doc. 162**

Communicatie

Nadat het bestuur zich een mening heeft gevormd over deze notitie zal de NVZ de communicatiestrategie verder uitwerken. Vooralsnog is onze koers hierbij een proactieve campagne.

De minister heeft in haar kamerbrief van 6 februari afstand genomen van de huidige werking van de budgetpolis en zoekt naar mogelijkheden om patiënten middels een verlaagd eigen risico (ER) te stimuleren om naar gecontracteerde instellingen te gaan.

De NVZ voorzitter, mw Yvonne de Rooij, heeft in het NOS journaal benadrukt dat de oplossing voor de ontstane problemen vooral aan verzekeraars kant gezocht moeten worden en het voor ziekenhuizen ondoenlijk is om iedere patiënt vooraf te bevragen op de soort verzekering die ze hebben afgesloten.

Samengevat

De verantwoordelijkheid om de verzekerde te informeren ligt bij de verzekeraar. In de praktijk blijkt dit echter niet volledig houdbaar. Daarom informeren de ziekenhuizen patiënten over het feit dat niet iedere polis alle zorg vergoed. Ziekenhuizen geven aan dat het wenselijk is om de patiënt beter te informeren om daarmee te voorkomen dat er een factuur naar de patiënt gaat. De NVZ adviseert haar leden om alleen algemene informatie te verstrekken en niet in te gaan op polisvoorwaarden. Daarnaast vraagt de NVZ aan ZN om met een regeling te komen waarin een oplossing wordt geboden voor patiënten die door de budgetpolis hun rekening niet kunnen betalen. Naar de toekomst toe blijft de NVZ met ZN in gesprek om tot een structurele technische oplossing te komen.

Groetjes, [redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Senior beleidsadviseur

T 030 [redacted]
M [redacted]

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

[redacted] [@nvz-ziekenhuizen.nl](mailto:[redacted]@nvz-ziekenhuizen.nl)
www.nvz-ziekenhuizen.nl

Van: [redacted] [@minvws.nl](mailto:[redacted]@minvws.nl)

Verzonden: woensdag 18 februari 2015 10:32

Aan: NVZ

Onderwerp: kamervragen bericht bijbetalen budgetpolissen

Beste [redacted]

Onlangs kwam het bericht in de media dat patiënten met een budgetpolis steeds vaker zelf (gedeeltelijk) hun rekening moeten betalen en hiervan onvoldoende op de hoogte zijn.

Onderstaande Kamervragen zijn hierover gesteld. Ik hoop dat ik hiermee bij jou aan het juiste adres ben, anders hoor ik graag wie ik bij de NVZ kan benaderen.

Graag zou ik input van de NVZ ontvangen op vragen 3 en 5.

Hebben jullie inzicht in de omvang van het probleem? Zijn het signalen van ziekenhuizen of is dit ook cijfermatig onderbouwd (zie vraag 3)? In het NOS-item werd gesproken over bijv 200 patiënten in het ziekenhuis in Hoorn.

En kunnen jullie een indicatie geven hoeveel tijd de ziekenhuizen hiermee bezig zijn (zie vraag 5)?

Overigens heeft de vaste Cie VWS onlangs gevraagd hoeveel verzekerden met een budgetpolis moeten bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vraag staat inmiddels uit bij ZN en ik verwacht medio maart hier een reactie op. Er vindt momenteel uitvraag door ZN plaats bij verzekeraars. Mogelijk dat in ziekenhuizen ook eea geregistreerd wordt, dan hoor ik dat graag.

Graag je reactie.

2015Z02714

Vragen van de leden Leijten en Van Gerven (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over patiënten met een armenpolis die steeds vaker bij moeten betalen na een behandeling in het ziekenhuis. (ingezonden 16 februari 2015)

1

Wat is uw reactie op de berichtgeving dat ziekenhuizen steeds vaker te maken krijgen met patiënten met een armenpolis, die zij achteraf een rekening van de behandelkosten moeten sturen? 1)

2

Onderschrijft u de uitspraak van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat het een landelijk probleem is dat naar verwachting alleen maar zal toenemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

3

Heeft u zicht op de omvang van dit probleem? Hoeveel mensen worden achteraf geconfronteerd met een onverwachte rekening na afloop van een ziekenhuisopname? Is dat aantal stijgende? Gaat het hier om tienduizenden mensen of meer in het hele land?

4

Wat is de invloed van deze onverwachte – vaak hoge – rekeningen op het aantal mensen dat een betalingsregeling moet treffen of zelfs als wanbetaler te boek komt te staan? Is dat aantal eveneens stijgende?

5

Heeft u zicht op de extra kosten die hiermee gemoeid zijn voor ziekenhuizen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het versturen van rekeningen en betalingsherinneringen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het (telefonisch) te woord staan van mensen met vragen?

6

Bent u evenals de NVZ van mening dat het met 3.500 mogelijke poliscombinaties voor ziekenhuizen geen doen is om iedere patiënt te informeren of de voorgenoemde behandeling wel of niet volledig vergoed wordt door hun zorgverzekeraar?

7

Bent u net als de NVZ van mening dat het de verantwoordelijkheid is van verzekeraars om voor hun verzekerden volstrekt helder te maken wat wel en wat niet vergoed wordt met de polis die zij hebben afgesloten? Kunt u uw antwoord toelichten?

8

Bent u van mening dat het momenteel voor iedere zowel hoog- als laagopgeleide Nederlander volstrekt helder is welke zorg hij wel of niet vergoed krijgt bij de behandeling in een ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

9

Is het naar uw mening terecht dat zolang het niet voor iedereen volstrekt helder is wat wel en wat niet wordt vergoed, een groeiend aantal mensen geconfronteerd wordt met onverwachte bijbetalingen na een behandeling in het ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

10

Bent u bereid zorgverzekeraars te wijzen op hun verantwoordelijkheden verzekerden beter in te lichten over wat wel en wat (deels) niet wordt vergoed? Dienen zij niet per ziekenhuis aan te geven welke zorg wel of niet wordt vergoed en wat de reden daarvan is?

11

Bent u bereid zorgverzekeraars aan te sporen om coulant om te gaan met verzekerden van wie redelijkerwijs niet verwacht kan worden dat zij weten of een behandeling wel of niet vergoed wordt? Kunt u uw antwoord toelichten?

12

Ziet u een rol weggelegd voor de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) in het beoordelen of verzekerden redelijkerwijs konden weten of een behandeling wel of niet zou worden vergoed? Kunt u uw antwoord toelichten?

13

Is het niet veel beter de contracteerplicht van zorgverzekeraars voor alle hulpverleners in te voeren als de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven dat de zorg die zij bieden adequaat is? Is dit niet veel rechtvaardiger en efficiënter en biedt dit niet de keuzevrijheid die patiënten willen? Wilt u dit systeem zo snel als mogelijk invoeren? Zo nee, waarom niet?

Doc. 162

1) NOS, 12 februari 2015: "Patiënt met budgetpolis moet steeds vaker bijbetalen"



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |

Senior Beleidsmedewerker, Directie Zorgverzekeringen

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag |

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |

Telefoon: (070) 340 5255 | Mobiel: 06 [redacted] | [\[redacted\]@minvws.nl](mailto:[redacted]@minvws.nl)

Op maandag niet aanwezig.

De medewerkers van het ministerie van VWS, die in Den Haag op locatie Parnassusplein waren gehuisvest, zijn tijdelijk naar De Hoftoren verhuisd. Het bezoekadres is tot begin 2015: Rijnstraat 50, 2515 XP, Den Haag. Telefoonnummers en postadres zijn ongewijzigd.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/>
KvK: 40482194 Btw-nummer: 802551129B01

Dit e-mailbericht is afkomstig van de NVZ. De informatie verzonden met dit e-mail bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Indien u niet de beoogde geadresseerde bent, verzoeken wij u vriendelijk dit aan ons te melden (nvz@nvz-ziekenhuizen.nl) en het origineel en eventuele kopieën te verwijderen.

Denk aan het milieu voor u dit bericht print!



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ontworpen door

T (070)
M (+31)

nota

Datum
6 oktober 2016

Kenmerk
1028734-156046-Z

Zaaknummer
156046

Bijlage(n)
1

Afschrift aan

(ter beslissing)

Derde voortgangsrapportage 'Kwaliteit loont'

U vraagt om een toelichting op deze passage: 'In Een en de LVVP gaan in het kader van de Agenda ggz op basis van praktijkexperimenten na onder welke condities de samenwerking tussen de huisartsenzorg met de POH-GGZ kan worden uitgebreid en verbeterd. De planning van deze partijen is 2017.'

Uw kenmerk

Toelichting: In de agenda ggz staat 'In de ggz kan nauwere samenhang en samenwerking tussen de huisartsenzorg met POH-GGZ en de generalistische basis ggz zorgen voor een aansluitende keten in de ggz in de eerste lijn. Op basis van ervaringen in praktijkexperimenten zal worden nagaan onder welke condities deze samenwerking structureel kan worden uitgebreid en de kwaliteit kan worden verbeterd met behoud van de poortwachtersrol van de huisarts.' Partijen verwijzen hierbij naar experimenten met 'de GGZ-keten' onder de beleidsregel Innovatie van de NZa. Hierbij valt te denken aan initiatieven zoals Vicino (Ggz Noord Holland Noord), die elementen uit de huisartsenzorg en curatieve GGZ gecombineerd aan GGZ-patiënten aanbiedt. Partijen willen evalueren wat de meerwaarde van dergelijke experimenten is, en of dit aanknopingspunten biedt voor samenwerking in meer structurele vorm.

In Een heeft inmiddels een onderzoeksvoorstel voor deze evaluatie gepresenteerd aan de Stuurgroep van de Agenda. Idee van de evaluatie: inzichtelijk maken hoe de huidige initiatieven eruit zien, wat wel en niet werkt, en een toekomstperspectief schetsen (voor als de beleidsregel innovatie afloopt). De uitkomsten van de evaluatie geven VWS ook meer zicht op de toereikendheid van de experimenteerregeling bij het Kwaliteitsstatuut, die nu alleen voor 2017 is gedefinieerd.

1 Aanleiding voor deze nota

U heeft aangegeven voor de begrotingsbehandeling de derde voortgangsrapportage naar de Tweede Kamer te willen sturen. Bijgaand treft u deze brief met de routetijdentabel als bijlage aan. De beide data die nog op PM staan in de brief worden ingevuld zodra daarover besluitvorming heeft



plaatsgevonden (stukken liggen reeds bij u voor).

Directie
Zorgverzekeringen

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Gaat u akkoord met de inhoud van de brief en de routetijdentabel?
- Indien akkoord, dan worden de data in de PM posten ingevuld en wordt de brief verzonden.
- U wordt verzocht de brief uiterlijk 4 november te versturen zodat hij nog voor de begrotingsbehandeling naar de TK gaat.
- Met deze derde voortgangsrapportage rondt u de rapportage over de maatregelen uit de brief "Kwaliteit loont" af.

Kenmerk
1028734-156046-Z

Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

3 Samenvatting en conclusies

10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

Voor alle maatregelen zijn separate brieven aan de Kamer gestuurd en heeft het debat op basis daarvan plaatsgevonden.

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

N.v.t.

6 Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7 Juridische aspecten en haalbaarheid

N.v.t.

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Intern afgestemd met betrokken directies (MC en CZ).

9 Gevolgen administratieve lasten

N.v.t.

10. Toezeggingen

N.v.t.



11. Fraudetoets
N.v.t.

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1028734-156046-Z

To: Minister VWS[minister@minvws.nl]
Cc: [redacted]@minvws.nl 10.2.e Wob
From: Eldermans Geerts advocaten
Sent: Mon 2/13/2017 3:25:53 PM
Importance: Normal
Subject: Onnodige administratieve lasten door gebruik zelfde UZOVI's voor selectief polissen verzekeraar
Received: Mon 2/13/2017 3:23:24 PM
[161213 brf VGZ.PDF](#)
[161219 brf NZa.pdf](#)

Doc. 178.

Geachte mevrouw Schippers,
geachte heer [redacted],

Het spijt mij u te moeten lastigvallen met onderstaande kwestie, doch teneinde te voorkomen dat zich onwenselijke ontwikkelingen voordoen die onnodige administratieve lasten met zich brengen en de NZa voornemens lijkt aan de zijlijn te blijven staan, leg ik dit toch aan u voor.

Voor de goede orde merk ik op dat wij niet pleiten voor beperking van selectieve polissen, het gaat uitsluitend om het toestaan van indirecte intransparantie door verzekeraars door toe te staan dat zij voor een selectief polis / budgetpolis eenzelfde UZOVI-code gebruiken als voor reguliere polissen, waardoor het voor een zorgaanbieder niet goed mogelijk is te verifiëren met welk type verzekerde deze te maken heeft, met alle risico's voor zowel zorgaanbieder als verzekerde van dien.

Ik heb de NZa gevraagd hier wat aan te doen door zorgverzekeraars te verplichten voor budgetpolissen / selectief polissen een aparte UZOVI te hanteren, zodat een zorgaanbieder direct kan zien dat hij te maken heeft met een verzekerde met beperkte keuze en mogelijk beperkte aanspraak op vergoeding. De zorgaanbieder kan op die manier wel aan zijn informatieplicht voldoen. Dat is nu niet het geval.

Het alternatief (acceptatie van de status quo) betekent het intensief uitvragen van de verzekerde status van iedere verzekerde (bij VGZ), met – als de zorgaanbieders dit serieus nemen – lange wachtrijen in de apotheek als gevolg.

Mijns inziens is dit een onnodige en daarmee onacceptabele administratieve belasting van zorgaanbieders en risicovol voor patiënten (dat zij onverwacht moeten bijbetalen). Om deze reden verzoek ik u kennis te nemen van deze situatie en voor zover u daartoe aanleiding ziet zelf maatregelen te treffen of de NZa een aanwijzing te geven.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
Eldermans|Geerts
[redacted]
Dribergseweg 16c, 3708 JB Zeist
☎ 030 [redacted]
Fax 030 [redacted]
✉ [redacted]@eldermans-geerts.nl

Eldermans|Geerts is de handelsnaam van E&G Advocaten B.V. Op alle werkzaamheden en rechtsverhoudingen met derden zijn [algemene voorwaarden](#) van toepassing, waarin een beperking van aansprakelijkheid is opgenomen. Deze voorwaarden worden op verzoek toegezonden en kunnen worden geraadpleegd op [onze website](#).

Van: Eldermans Geerts advocaten
Verzonden: maandag 13 februari 2017 16:12
Aan: NZa
CC: [redacted]@nza.nl
Onderwerp: RE: uw klacht over vergoeding van farmaceutische zorg en UZOVI codes

Geachte [redacted],

Hartelijk dank voor uw reactie.

Wij zijn met u van mening dat verzekeraars de mogelijkheid hebben om selectief in te kopen en de hoogte van vergoeding voor zorg genoten bij een ongecontracteerde zorgaanbieders conform artikel 13 Zvw vast kunnen stellen. Daarnaast is het inderdaad aan de verzekeraar het gecontracteerde zorgaanbod aan de verzekerden kenbaar te maken.

Ons bezwaar ziet echter op het laatste gedeelte van uw antwoord. Hierin geeft u aan dat:

Zorgaanbieders op grond van artikel 5 lid 5 van de Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH BR 012), verplicht zijn om de verzekerde erop te wijzen dat hij de kosten voor deze activiteiten niet volledig vergoed krijgt.

Doordat VGZ eenzelfde UZOVI code hanteert voor hun reguliere polissen en selectief polissen wordt de uitvoering van deze

informatieverplichting bemoeilijkt. Het is voor een apotheker ondoenlijk vast te stellen welk type polis de patiënt heeft. Omdat de apotheek voor reguliere polissen wel gecontracteerd zal zijn en dus zondermeer zorg zal kunnen leveren, moet de apotheek – teneinde t4e voldoen aan de Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH BR 012) voor iedere verzekerde na te gaan welk type polis deze heeft. Keer op keer. Op Uzovi-niveau kan een apotheek in de Apotheek Informatie Systemen (AIS) inbouwen dat bepaalde zorg niet verleend kan worden.

Juist doordat VGZ eenzelfde UZOVI-code hanteert voor reguliere en selectieve polissen kan dit niet. Gelet op de hoeveelheid micro-transacties die in een apotheek plaatsvinden, ruim 10.000 receptregels per maand, betekent dit dat een apotheek die goed uitvoering wil geven aan de Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH BR 012) feitelijk iedere VGZ-verzekerde aan een nader onderzoek zal moeten onderwerpen, met als gevolg dat de wachttijden in de apotheek enorm zullen oplopen. Een uitermate onwenselijke ontwikkeling die gemakkelijk voorkomen kan worden indien VGZ een aparte UZOVI-code hanteert voor haar selectief polissen. Hier ligt een taak voor de NZa. Het is uitermate teleurstellend dat de NZa deze bal kennelijk niet wil oppakken. Zeker ook omdat dit voor de verzekerde die niet heeft beseft dat VGZ ter zake haar beleid heeft gewijzigd tot gevolg heeft dat deze onverwacht geconfronteerd kan worden met bijbetalingen.

Een andere reden waarom het teleurstellend is dat de NZa hier aan de zijlijn blijft staan toekijken is de enorme toename van de administratieve lasten voor de apotheek. In plaats van een simpele selectie ondersteund door het AIS op UZOVI moet nu iedere verzekerde van VGZ en haar sublabels ondervraagd worden. Dit is niet alleen klantvriendelijk (gelet op de wachttijden), ook het risico op foutieve informatievoorziening neemt toe. Dit terwijl de oplossing zo eenvoudig is te realiseren door een andere UZOVI code te hanteren voor selectieve polissen.

Wij zijn voornemens apotheken en patiëntenorganisaties op korte termijn te informeren over dit standpunt van de NZa. Wij verwachten evenwel dat dit behoorlijk wat commotie zal opleveren en (maatschappelijk) onbegrip dat de NZa de verzekeraar niet verplicht een simpele stap te zetten die veel ellende kan voorkomen. Wij kunnen ons voorstellen dat de NZa niet stil gestaan heeft bij deze specifieke nadelige feiten en omstandigheden en verzoeken u daarom onze eerdere brief nogmaals te beoordelen rekening houdend met bovenstaande. Indien de NZa aanleiding ziet haar standpunt te herzien, dan vernemen wij dat graag voor 21 februari a.s.. Indien wij voor dat tijdstip niet van de NZa vernemen, dan gaan wij er vanuit dat zij bij haar standpunt blijft, zullen wij de apotheken en patiëntenorganisaties in kennis stellen van de visie van VGZ.

Een afschrift dezes stuur ik aan [REDACTED]. Volledigheidshalve heb ik de oorspronkelijke brief aan VGZ en de brief aan de NZa ook ingesloten, zodat duidelijk is waar onderstaand bericht een reactie op is.

In een separaat schrijven zal ik ook bij het Ministerie van VWS aandacht vragen voor deze kwestie, aangezien de huidige opstelling van VGZ en het toelaten van deze handelwijze door de NZa niet verenigbaar is met het terugdringen van de administratieve lasten.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
Eldermans|Geerts

Dribergseweg 16c, 3708 JB Zeist

030 [REDACTED]

Fax 030 [REDACTED]

[REDACTED]@eldermans-geerts.nl

Eldermans|Geerts is de handelsnaam van E&G Advocaten B.V. Op alle werkzaamheden en rechtsverhoudingen met derden zijn [algemene voorwaarden](#) van toepassing, waarin een beperking van aansprakelijkheid is opgenomen. Deze voorwaarden worden op verzoek toegezonden en kunnen worden geraadpleegd op [onze website](#).

Van: [REDACTED]@nza.nl

Verzonden: woensdag 8 februari 2017 19:38

Aan: Eldermans Geerts advocaten

CC: NZa

Onderwerp: uw klacht over vergoeding van farmaceutische zorg en UZOVI codes

Geachte [REDACTED],

Hierbij reageer ik op uw schrijven van 19 december 2016 (uw kenmerk: 7000 (AB).

Deze brief bevat een klacht over VGZ ten aanzien van de vergoeding voor farmaceutische zorg en het hanteren van een zogeheten UZOVI code.

Uw klacht

In uw brief klaagt u over een beslissing van VGZ om een onderscheid te maken in de vergoeding voor bepaalde vormen van farmaceutische zorg tussen verzekerden met verschillende polissen. Daarnaast meldt u in uw brief dat VGZ een contract heeft gesloten met apotheken voor verlening van zorg aan verzekerden met een 'reguliere polis' maar niet voor verzekerden met een 'budgetpolis'. Voor de zorgaanbieder zou niet zichtbaar zijn of een verzekerde een 'budgetpolis' heeft of een 'reguliere polis'. U bent van oordeel dat een dergelijk onderscheid dient te worden gemaakt door VGZ door een onderscheid te maken in UZOVI code. VGZ hanteert een dergelijk onderscheid niet. Als gevolg daarvan zou voor de zorgaanbieder niet zichtbaar zou zijn of de verzekerde aan wie hij de zorg levert wel of niet recht heeft op een vergoeding van de zorgverzekeraar. Dit leidt tot uw conclusie dat "schade voor de verzekerde met een budgetpolis

[kan] ontstaan, doordat de verzekerde zorg afneemt bij een zorgaanbieder die wel gecontracteerd is door de betreffende verzekeraar, maar niet voor budgetpolissen." Daarnaast merkt u op dat het voor VGZ eenvoudig zou zijn om een dergelijk onderscheid om UZOVI codes te hanteren, eenvoudig zou zijn. U verzoekt de NZa kenbaar te maken of de handelwijze van in de optiek van de NZa toelaatbaar is. Verderop verzoekt u de NZa 'hierop te acteren en VGZ een aanwijzing te geven' die VGZ zou opdragen af te zien van het hanteren van 'een korting' voor verzekerden met een 'budgetpolis'.

Reactie NZa

VGZ heeft in beginsel de vrijheid om selectief zorg in te kopen. Deze selectieve zorginkoop mag uiteraard niet leiden tot schending van de zorgplicht (artikel 11 Zvw). Voor de verzekerde is van belang dat hij weet welke vormen van (farmaceutische) zorg wel en niet door zijn verzekeraar zijn gecontracteerd. De verzekeraar is verplicht om deze informatie te verstrekken op zijn website op grond van (artikel 13 van) de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars.

Uw brief geeft geen aanleiding voor het oordeel dat sprake zou zijn van schending van deze bepalingen.

Daarnaast wijzen wij erop dat de zorgaanbieder, op grond van artikel 5 lid 5 van de Beleidsregel Transparantie Zorgaanbieders (TH BR 012), verplicht is om de verzekerde erop te wijzen dat hij de kosten voor deze activiteiten niet volledig vergoed krijgt. De door u genoemde verschillen tussen zorg die wel en die niet is gecontracteerd, worden daarmee bovendien duidelijk aan de verzekerde, voordat hij de betreffende zorg ontvangt. Op basis daarvan kan de verzekerde bepalen of hij deze vorm van zorg, die wel of niet volledig wordt vergoed, wel of niet wenst te ontvangen van de betreffende apotheker.

Conclusie

Uw klacht geeft geen aanleiding om aan te nemen dat mogelijk sprake is van een overtreding waarop de NZa toezicht houdt. We gaan dan ook niet over tot opleggen van maatregelen.

Met vriendelijke groet,



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

Jurist | Toezicht transparantie en zorgplicht

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) [redacted] | M: 06 [redacted] E: info@nza.nl | W: www.nza.nl

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.



De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Den Haag, **14 JUN 2017**

Aantal bijlage(n): 1

Uw kenmerk:

Ons kenmerk: ACM/TFZ/2017/203284

Contactpersoon:

Onderwerp: 16.0334.29 Rapport ACM en NZa Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars

Mevrouw de Minister,

Met deze brief bieden de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u het rapport 'Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars' aan. Dit rapport is vastgesteld door de ACM op 23 mei 2017 en de NZa op 13 juni 2017.

De ACM en de NZa hebben gezamenlijk onderzocht in hoeverre de vier grote zorgverzekeraars ruimte hebben om met elkaar te concurreren en deze ruimte ook benutten. Daartoe is gekeken naar de prikkels en mogelijkheden voor de zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars is van belang om de doelen uit de Zorgverzekeringswet te realiseren ten aanzien van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

Het onderzoek is het tweede uit een drietal onderzoeken naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Het eindrapport van het eerste onderzoek naar toetredingsdrempels 'Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt' is u door de ACM aangeboden op 24 januari 2017. Het derde onderzoek naar de complexiteit en intransparantie op de polismarkt wordt eveneens door de ACM en de NZa gezamenlijk uitgevoerd. Dit rapport verwachten wij later dit jaar uit te brengen.

Hoogachtend,

Autoriteit Consument en Markt,
namens deze,

Nederlandse Zorgautoriteit,

T 070 722 20 00 | F 070 722 23 55
info@acm.nl | www.acm.nl | www.consuwijzer.nl

Muzenstraat 41 | 2511 WB Den Haag
Postbus 16326 | 2500 BH Den Haag

bestuursvoorzitter

voorzitter

AGENDA MT-Z

Datum : maandag 30 oktober 2017

Tijd : 11:00-13.30

Plaats : A-10.08

Aanwezig : 102e (voorzitter), 102e, 102e, 102e
en 102e (notuleren)

Afwezig : 102e

Henny is aanwezig tot 12.50 uur

	Agendapunt	Wie	Bijlage
Specifieke inhoudelijke punten			
11:00 – 12.00 (60)			
1.	Uitkomsten traject gepast gebruik (11.00 – 11.30 uur)	102e	Bijlage 1
2	Jaarplan	102e	Bijlage 2
P-zaken			
12.00 – 12.50 (50)			
Ronde langs de velden inclusief inbreng MTDGCZ en P&C			
12.50 – 13:30 (40)			
3	Uitwerking RA-maatregelen	102e	Bijlage 3
4	Debat Regeringsverklaring en Begrotingsbehandeling		Bijlage 4, 4a, 4b, 4c, 4d
5	Welke audits moet de ADR komend jaar uitvoeren		Bijlage 5
6	P&C		Bijlage 6

Meer transparantie voor verzekerden

Budgetpolissen: 10.2.g en 11.1	Z	Trekker: ZVM 10.2.e Betrokken: 10.2.e	Balans tussen behoefte verzekerde, solidariteit tussen verzekerden en weten wat je koopt Uit te werken vragen: 10.2.g en 11.1	Komende overstapperiode monitoren wat er gebeurt met aantallen polissen (en budgetpolis in bijzonder)
Valt buiten de reikwijdte van het verzoek	Z	ZVM: 10.2.e	Valt buiten de reikwijdte van het verzoek	

		Valt buiten de reikwijdte van het verzoek		
Valt buiten de reikwijdte van het verzoek	PZo/Z	Valt buiten de reikwijdte van het verzoek	Valt buiten de reikwijdte van het verzoek	Valt buiten de reikwijdte van het verzoek
Het (meerjarige) contract tussen zorgaanbieders en verzekeraars is de basis voor afspraken over prijs, kwaliteit en zorgverlening. We onderzoeken op welke wijze	Zi: 10.2		Voor de wijkverpleging wordt onderzoek gedaan naar ongecontracteerde zorg. In het bestuurlijk akkoord is afgesproken:	Een vergelijkbaar onderzoek wil Z laten doen naar ongecontracteerde zorg in de GGZ. Z is aan het verkennen hoe

het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden.		"De groei van de ongecontracteerde zorg vinden alle partijen spreken af dat zij de komende zes maanden (tot en met 1 december 2017) een verkenning uitvoeren naar de achtergrond van de motieven voor de keuze van het aanbieden van ongecontracteerde zorg vanuit het perspectief van aanbieders, verzekeraars en patiënten. Het doel van de verkenning is inzicht te krijgen in de achtergronden en motieven van alle betrokken partijen om te kiezen voor ongecontracteerde zorg. Dit inzicht vormt de basis om met elkaar verbeteringen door te kunnen voeren die de gecontracteerde zorg aantrekkelijker maken voor aanbieder en patiënt dan ongecontracteerde zorg."	contractering verder bevorderd kan worden. Maatregelen die in dit verband verkend worden zijn: -een (lager) hinderpaal percentage in de wet/AMvB opnemen -regelen dat de verzekerde de rekening thuisgestuurd krijgt wanneer hij gebruik heeft gemaakt van ongecontracteerde zorg en/of dat de verzekerde verplicht wordt om een eigen betaling te doen -regelen dat de verzekerde een korting op verplicht en/of vrijwillig eigen risico krijgt bij gebruik gecontracteerde zorg
Vall buiten de reikwijdte van het verzoek			

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MSZ
Cc Minister van VWS
Cc Staatssecretaris VWS

Deadline: 11-12-2017

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door

Senior beleidsmedewerker

Senior beleidsmedewerker

T (070)-

M (31)-6

@minvws.nl

Datum Document
08-12-2017

Kenmerk
1262856-170703-Z

Bijlage(n)
1

nota

(ter beslissing)

maatregelen ter bevordering contractering in de zorg

1 Aanleiding voor deze nota

In het regeerakkoord staat: "Het (meerjarige) contract tussen zorgaanbieders en verzekeraars is de basis voor afspraken over prijs, kwaliteit en zorgverlening. We onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden."

Met het oog op de begrotingsbehandeling van VWS op 12 en 13 december a.s. heeft u gevraagd om een oefening in voorstellen op dit punt.

Op verzoek van DGCZ ontvangt ook de minister van VWS alsmede de Staatssecretaris dit document met het oog op de kennismaking met de zorgverzekeraars.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

Dit is een notitie met een eerste verkenning van mogelijkheden om een beeld te geven. We zullen de mogelijkheden verder uitwerken. Graag vernemen we als u vragen of voorkeuren heeft. We kunnen ook een overleg plannen.

10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

. Het streven is de Kamer daar in het voorjaar over te informeren. Dit onderwerp loopt ook mee in de HLA's.

3 Samenvatting en conclusies

- In de zorg moeten patiënten keuzemogelijkheden hebben voor goede zorg binnen redelijke afstand en tijd en tegen aanvaardbare kosten.

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

Contractering van zorg is bedoeld als de ruggengraat van het zorgverzekeringsstelsel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. Het is in het belang van patiënten en premiebetalers om de motivatie bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders daarvoor hoog te houden, anders bestaat het risico dat zowel de verbetering van de kwaliteit als die van doelmatigheid stopt.

- Artikel 13 Zvw verplicht zorgverzekeraars verzekerden ook een vergoeding toe te kennen voor zorg die geleverd is door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte vergoeding van de vergoeding, doorgaans een percentage van die voor gecontracteerde zorgaanbieders. De vergoeding mag niet zo laag zijn dat het een hinderpaal voor de verzekerde is om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. De wetgever heeft dit niet nader ingevuld.
- Er zijn signalen dat in een aantal sectoren, waaronder GGZ en wijkverpleging, een toenemend aantal zorgaanbieders geen contract meer wil afsluiten. 10.2.g en 11.1

Er wordt onderzoek gedaan naar de omvang hiervan. 10.2.g en 11.1

- In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging is afgesproken om onderzoek te doen naar de achtergrond van / de motieven voor de keuze van het aanbieden van ongecontracteerde zorg vanuit het perspectief van aanbieders, verzekeraars en patiënten. In dit onderzoek worden kwantitatieve data gepresenteerd over (on)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en worden de uitkomsten gepresenteerd van een beperkt aantal interviews met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen en cliënten. De uitkomst van dit onderzoek wordt in januari 2018 verwacht. 10.2.g en 11.1

In de bijlage treft u een overzicht aan van mogelijke maatregelen om contractering te bevorderen. We hebben een eerste ronde van consultatie gedaan onder de grote verzekeraars. Er zijn drie hoofdcategorieën:

1. 10.2.g en 11.1
2. 10.2.g en 11.1
3. 10.2.g en 11.1
4. 10.2.g en 11.1
5. 10.2.g en 11.1

Bij de maatregelen zijn de voor- en nadelen geschetst en de politieke en juridische haalbaarheid weergegeven.

4 Draagvlak politiek

- Het bevorderen van contractering in is onderdeel van het Regeerakkoord.
- Contractering van zorg vormt de basis voor het bevorderen van kwaliteit van zorg en de beheersbaarheid van de kosten. 10.2 g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

- 10.2 g en 11.1 . Dit lag bijvoorbeeld ten grondslag aan het verwerpen door de Eerste Kamer op 15 december 2015 van het wetsvoorstel verbod verticale integratie (Kamerstuk 33 362). In dit wetsvoorstel werd aan de zorgverzekeraar de mogelijkheid gegeven in zijn zorgpolis zelf te bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg zou vergoeden en zo ja, tot welke hoogte. Het voorstel om niet-gecontracteerde zorg niet of slechts gedeeltelijk te vergoeden, werd door een groot aantal partijen gezien als een beperking van de vrije artsenkeuze en was de belangrijkste reden voor de Eerste Kamer om het wetsvoorstel te verwerpen. 10.2 g en 11.1

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

- Zorgaanbieders hechten aan de vrijheid om te kunnen bepalen of zij een contract afsluiten. Er zijn steeds meer aanbieders die zich zorgen maken over niet-gecontracteerde partijen.
- Zorgverzekeraars kunnen via een contract afspraken maken over prijs en kwaliteit van zorg. Zonder contract is er vaak minimaal contact.
- Verzekerden hechten aan voldoende artsenkeuze. Dat zij dit via een keuze voor een polis kunnen realiseren staat niet altijd op hun netvlies.

6 Financiële en personele gevolgen

Het bevorderen van het contracteren van zorg draagt bij aan het beheersen van de uitgaven voor zorg en mogelijk minder fraude.

7 Juridische aspecten en haalbaarheid

De maatregelen zijn gezien op juridische haalbaarheid, 10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

De maatregelen zijn intern besproken met WJZ. Voorts zijn gesprekken gevoerd met de vier grote verzekeraars (Zilveren Kruis, CZ, VGZ en Menzis).

9 Gevolgen administratieve lasten

In de bijlage is aangegeven of de maatregelen naar verwachting leiden tot verhoging of verlaging van de administratieve lasten.

10. Toezeggingen

N.v.t.

11. Fraudetoets
N.v.t.

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

[Redacted]
Senior beleidsmedewerker
[Redacted]
Senior beleidsmedewerker

Bijlage: Opties om contractering in de zorg te bevorderen

Hieronder worden vijf opties gepresenteerd voor het vergroten van de prikkel voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om contracten te sluiten. Daarbij wordt ook aangegeven of de genoemde optie haalbaar is. 10.2 g en 11.1

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

	Mogelijke maatregelen	Toelichting
1	10.2 g en 11.1	[Redacted]
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

1 10.2 g en 11.1
2 [Redacted]

	10.2 g en 11.1	zekeringen
12		k 5-170703-Z
13		
14		
15		

De hierboven genoemde maatregelen vallen in vijf hoofdcategorieën uiteen:

- [illegible]

³ ER = eigen risico

10.2 g en 11.1

Directie
ZorgverzekeringenKenmerk
1262856-170703-Z

Het hinderpaalcriterium is niet wettelijk geregeld, maar vloeit voort uit jurisprudentie die is gecodificeerd in de Patiëntenrichtlijn. In de praktijk blijkt dat de invulling daardoor soms vragen oproept, bijvoorbeeld omdat de vergoeding misschien hoger is dan noodzakelijk of omdat de verzekerde de lagere vergoeding niet hoeft aan te vullen tot de volle 100% van de rekening en daarmee niets bijbetaalt. 10.2 g en 11.1

Optie a 10.2 g en 11.1

Optie b 10.2 g en 11.1

optie a.

Optie c 10.2 g en 11.1

optie b.

Optie d 10.2 g en 11.1

Optie e 10.2 g en 11.1

4

10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Overigens kende het wetsvoorstel verticale integratie (Kamerstuk 33362), dat door de Eerste Kamer is verworpen, enkele uitzonderingen waarin de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders toch zouden moeten worden vergoed, onder andere in geval van acute zorg of als de gecontracteerde zorg niet binnen redelijke termijn of afstand beschikbaar was.

Kenmerk
1262856-170703-Z

Bij alle vijf de varianten is aan 10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

Conclusie

10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

2. 10.2 g en 11.1

Een verzekerde wordt in de praktijk vaak **niet** geconfronteerd met een eigen betaling als hij gebruik maakt van ongecontracteerde zorg omdat de aanbieder genoeg neemt met de lagere vergoeding en geen kosten in rekening brengt bij de cliënt. 10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

Zorgverzekeraars kunnen er nu al voor kiezen om geen betalingsovereenkomst af te sluiten met aanbieders die de zorgverzekeraar

niet gecontracteerd heeft voor het verlenen van zorg. Maar vaak worden wel betalingsregelingen afgesloten. 10.2 g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

. Daarbij zijn nog drie varianten denkbaar:

a) 10.2 g en 11.1

b) 10.2 g en 11.1

c) 10.2 g en 11.1

d) 10.2 g en 11.1

Conclusie

10.2 g en 11.1

3. 10.2.g en 11.1**Directie
Zorgverzekeringen****10.2.g en 11.1****Kenmerk
1262856-170703-Z**

De Zvw en het Besluit zorgverzekering (Bzv) maken het al mogelijk dat verzekeraars de kosten van het gebruik van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico kunnen laten vallen indien de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. **10.2.g en 11.1**

10.2.g en 11.1**10.2.g en 11.1****a) 10.2.g en 11.1****i. 10.2.g en 11.1****10.2.g en 11.1****ii. 10.2.g en 11.1****b) 10.2.g en 11.1****iii. 10.2.g en 11.1****10.2.g en 11.1****iv. 10.2.g en 11.1**

Voor/nadeel: 10.2 g en 11.1 [redacted].

Directie
Zorgverzekeringen

In alle gevallen zal met het volgende rekening moeten worden gehouden:

Kenmerk
1262856-170703-Z

- 10.2 g en 11.1 [redacted].
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]

Conclusie

In de huidige situatie heeft de zorgverzekeraar al de beleidsvrijheid om de kosten van gecontracteerde zorgaanbieders buiten het eigen risico te plaatsen.

- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- [redacted]
[redacted]
 - [redacted]

4. 10.2 g en 11.1 [redacted] g

- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted] n. 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

⁶ 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted].

10.2 g en 11.1

..... Mogelijke ideeën om
hieraan uitvoering te geven zijn:

- 10.2 g en 11.1
.....
.....
.....
- 10.2 g en 11.1
.....
- 10.2 g en 11.1
.....
.....
.....
.....

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

5. Overige voorstellen vanuit verzekeraars

- 10.2 g en 11.1
.....
.....
.....
.....
.....
- 10.2 g en 11.1
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- 10.2 g en 11.1
.....
.....
.....
.....

Toetsing aan het Europees recht

De opties moeten worden getoetst aan het Europees recht. In aanvulling op bovengeschetste hinderpaalcriterium en Patiëntenrichtlijn (optie 1) wordt daarover de volgende opmerkingen gemaakt, die vooral van belang zijn voor 10.2 g en 11.1 (optie 1) en 10.2 g en 11.1 (optie 3). Lidstaten van de Europese Unie hebben een grote mate van vrijheid om hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzichten in te richten. Dit vloeit voort uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). De dekking van het verzekeringsrisico kan derhalve overgelaten

worden aan private verzekeraars. Maar op deze verzekeringen is dan wel de Europese richtlijn Solvabiliteit II van toepassing. Mede ter bevordering van een "level playing field" bij de grensoverschrijdende mededinging tussen verzekeraars, verbiedt deze richtlijn het ten algemene om wettelijke voorschriften te stellen over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. In Nederland dient de zorgverzekering ter vervanging van het sociale zekerheidsstelsel. Dan staat de richtlijn het toe om specifieke wettelijke voorschriften op te leggen aan verzekeraars om het algemeen belang te beschermen. 10.2 g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1262856-170703-Z

Voor zover dergelijke voorschriften de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten beperken, moeten ze noodzakelijk en proportioneel zijn. Dat betekent dat getoetst moet worden of ze objectief noodzakelijk zijn ter bescherming van het algemeen belang en of er geen minder vergaande middelen zijn om het nagestreefde doel te bereiken (proportionaliteit).

10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

Niet in de laatste plaats wordt opgemerkt dat het Nederlandse systeem van zorgverzekeringen een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden is. 10.2 g en 11.1

10.2 g en 11.1

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en SportMinister VWS
Minister MZS
Staatssecretaris

Directie Z

Ontworpen door

Senior beleidsmedewerker

T

M (31)-6

@minvws.nl

Datum Document

Kenmerk

1293889-173224-Z

Bijlage(n)

nota

(ter beslissing)

bevorderen zorgcontractering

1 Aanleiding voor deze nota

- Onlangs hebben we u alle drie gesproken over de ontwikkelingen rondom ongecontracteerde zorgaanbieders en de mogelijke oplossingen om zorgcontractering te bevorderen.
- In het regeerakkoord is afgesproken: "Het (meerjarige) contract tussen zorgaanbieders en verzekeraars is de basis voor afspraken over prijs, kwaliteit en zorgverlening. We onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden."
- Tijdens het AO wijkverpleging zijn twee toezeggingen gedaan:
 - Eind maart/begin april stuurt de minister van VWS een brief aan de TK over zijn aanpak ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging.
 - In het voorjaar wordt de Kamer geïnformeerd over de voorstellen van het kabinet om (meerjarige) contractering te bevorderen.
- Bijgevoegd ontvangt u ons voorstel voor de aanpak voor het stimuleren van zorgcontractering.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- U wordt geadviseerd in te stemmen met onderstaand plan van aanpak. We bespreken de stand van zaken met u op 9 maart a.s. om 16u (de Staatssecretaris belt in).

3 Samenvatting en conclusiesWat is het probleem

- Zorgverzekeraars kunnen via een contract afspraken maken over kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Maar zij moeten ook de zorg van ongecontracteerde zorgaanbieders vergoeden: bij een restitutiepolis alles

- en bij een naturapolis mag de vergoeding geen 'hinderpaal' zijn.
- Het aantal ongecontracteerde zorgaanbieders groeit snel, vooral in de wijkverpleging en in de GGZ.
- De kosten voor ongecontracteerde zorg groeien ook snel. Uit het onderzoek in de wijkverpleging blijkt dat de kosten per cliënt bij ongecontracteerde zorg twee keer zo hoog zijn als voor gecontracteerde zorg.
- Zorgverzekeraars geven aan dat het aantal onrechtmatigheden bij ongecontracteerde zorg vele malen hoger is dan bij gecontracteerde zorg.
- Er zijn ook indicaties dat de kwaliteit bij ongecontracteerde zorg minder goed is.

Directie Z

Kenmerk
 1293889-173224-Z

Wat weten we nog niet ("spade dieper")

- 102 g en 11.1 [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

Wat gaan we doen / plan van aanpak:

De volgende tijdlijn is van belang voor het plan van aanpak:

23-3 ===== > vóór zomerreces ===== > vanaf zomerreces

Brief TK

Brief TK met voorstel

 implementatie maatregelen/
 aanpassen regelgeving

We pakken dit proces als volgt op:

- 102 g en 11.1 [redacted]
- 102 g en 11.1 [redacted]
- 102 g en 11.1 [redacted]
- 102 g en 11.1 [redacted]

Om dit proces te doorlopen gaan we de volgende acties oppakken:

Tot 9 maart

- 102 g en 11.1 [redacted]
- 102 g en 11.1 [redacted]

- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]

Directie Z

Kenmerk
1293889-173224-Z

9 maart – eind maart

- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]

April-juni

- 10.2 g en 11.1 [redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
- 10.2 g en 11.1 [redacted]

Vanaf juli

- Implementatie maatregelen / aanpassen regelgeving

4 Draagvlak politiek bekend

- 5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie**
bekend

Directie Z

- 6 Financiële en personele gevolgen**
nvt

Kenmerk
1293889-173224-Z

- 7 Juridische aspecten en haalbaarheid**
nvt

- 8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)**
Voorstellen worden intern afgestemd met de directies CZ, WJZ, PZo, MEVA en FEZ. Voorstellen worden extern afgestemd met zorgverzekeraars, branches van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en relevante onderzoekers.

- 9 Gevolgen administratieve lasten**

10.2 g en 11.1

- 10. Toezeggingen**
nvt

- 11. Fraudetoets**
nvt

Senior beleidsmedewerker

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staatssecretaris

Deadline: 09-02-18

Ontworpen door

T (070)-340
M (31)-

Datum document

Kenmerk
1294752-173300-Z

Bijlage(n)

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	Voorbereiding gesprek met ZN 12 februari
Vergaderdatum en tijd	Maandag 12 februari 13.00 – 14.00 uur
Vergaderplaats	Kamer Staatssecretaris

Paraaf directeur

1 Aanleiding en doel overleg

Overleg met ZN over hoofdlijnenakkoorden ggz zoals afgesproken op 10 januari jl. in de bijeenkomst waarin uzelf en beide ministers zijn bijgepraat over de hoofdlijnenakkoorden. 10.2 g en 11.1

2 Deelnemers overleg

ZN: (ter vervanging van de DGCZ),
VWS: (ter vervanging van de DGCZ),
en vanuit CZ, en vanuit Z

3 Te bespreken punten

- Hoofdlijnenakkoorden 2019-2021

4 Advies en toelichting

Algemeen

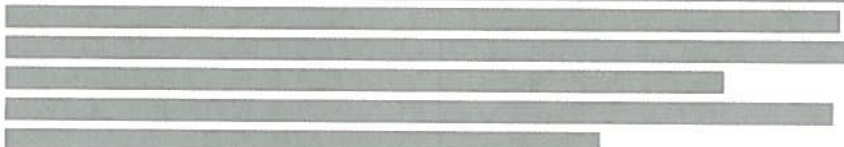
- In het regeerakkoord is vastgelegd dat het kabinet nieuwe hoofdlijnenakkoorden met partijen in de curatieve sector wil afspreken;
- De insteek van VWS is daarbij om te komen tot inhoudelijke afspraken die bijdragen aan de ambitieuze financiële taakstelling in het Regeerakkoord van € 1,9 miljard in 2021;

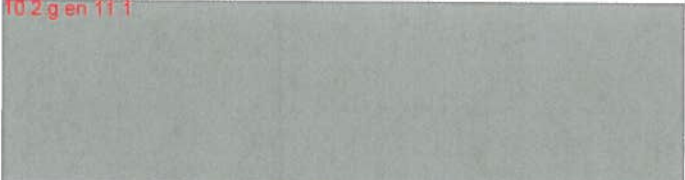
- Ook de ggz-sector moet een bijdrage aan deze taakstelling (groeibeperking) te leveren.
- Streven is om in april 2018 nieuwe akkoorden voor sectoren af te sluiten. Minister Bruins akkoorden curatieve sector (MSZ, huisartsen, paramedie), minister de Jonge een akkoord Wijkverpleging en u een akkoord ggz;
- Op 13 februari heeft ZN overleg met minister de Jonge en op 14 februari met minister Bruins.

Kenmerk
1294752-173300-Z

Thema's hoofdlijnenakkoorden ggz

- ZN heeft op 15 december een brief aan de drie bewindslieden van VWS gestuurd over de hoofdlijnenakkoorden (zie bijgevoegd). In die brief benoemt ZN dat vernieuwing in de zorg (fundamentele veranderingen in het zorglandschap) noodzakelijk is om te kunnen blijven voldoen aan de vraag naar zorg. En dat het uitgangspunt voor de toekomst dus niet moet zijn om zoveel mogelijk vast te houden aan het bestaande zorglandschap. ZN wil primair insteken op noodzakelijke vernieuwingen in de zorg, de juiste randvoorwaarden en goede financiële kaders. Elementen die ZN daarbij noemt zijn:
 - Transparantie van kwaliteit;
 - Ongecontracteerde zorg;
 - Gelijk speelveld zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij informeren verzekerden over gecontracteerde zorg;
 - Verdere optimalisering risicoverevening;
 - Regeldruk;
 - Arbeidsmarkt;
 - Financiële kaders (wegen zoeken om ook structureel in de pas te lopen met de economische ontwikkeling).

- Zoals 6 februari jl. met u besproken, is voor de ggz het voorstel om **10.2 g en 11.1**


- Concrete thema's waar VWS voor het ggz-akkoord op dit moment aan denkt zijn:
 - **10.2 g en 11.1** 
 -
 -
 -
 -
 -

Reactie op de brief van ZN: **10.2 g en 11.1**



- 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
Reactie: 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted] ?

Kenmerk
1294752-173300-Z

- Ongecontracteerde zorg is een belangrijk punt van zorg voor ZN. Contractering is voor verzekeraars het vehikel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de doelmatigheid te vergroten. In de ggz is er een stijging van de kosten van niet gecontracteerde zorg: Prognose € 44 miljoen in 2016 (stijging van 20% ten opzichte van 2015). ZN geeft in de brief aan dat deze toename van ongecontracteerde zorg vraagt om maatregelen. Ten opzichte van toen 2015 met de wijziging van artikel 13 is er nu een andere situatie: nu hebben we meer feiten en cijfers (wijkverpleging en ggz) over ongecontracteerde zorg en maken ook zorgaanbieders zich zorgen hierover.

Reactie: 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

- ZN wil ook graag investeren in transparantie van kwaliteit. 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
10.2 g en 11.1 [redacted]
 - 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
 - 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
 - 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
 - 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
 - 10.2 g en 11.1 [redacted]
[redacted]
[redacted]

Regeldruk/schrapsessies (Ont)Regel de Zorg

- Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

Kenmerk
1294752-173300-Z

[Redacted text block containing multiple lines of greyed-out content]

Planning hoofdlijnenakkoorden

- Dit valt buiten de reikwijdte van het verzoek.

[Redacted text block containing multiple lines of greyed-out content]

- In de brief geeft ZN ook aan dat zorgverzekeraars een belangrijke rol zullen hebben bij het behalen van de doelstellingen van de zorgakkoorden. Denk daarbij aan zaken als inkoop op kwaliteitsuitkomsten, meerjarige contractering (omwille van herstructurering zorgaanbod, preventie en innovatie), sterkere samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten,

stimulering van innovatie, enz.

10.2 g en 11.1

Kenmerk
1294752-173300-Z

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister VWS
Minister MSZ
Staatssecretaris

Deadline: 19-2-2018

Directie
Zorgverzekeringen

Ontworpen door

Senior beleidsmedewerker

T (070) -

M (31) -

@minvws.nl

Datum Document

Kenmerk

1298075-173543-Z

Bijlage(n)

nota

(ter beslissing)

voeging in zaak Menzis

DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

De Stichting Vrije Artsenkeuze (hierna: Stichting VA) heeft een geding aangespannen tegen Menzis en VGZ in verband met de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg door Menzis en VGZ (zie voor de dagvaarding de bijlage). CZ en Zilveren Kruis hebben de rechter inmiddels verzocht om voeging. Menzis heeft gevraagd of ook VWS zich wil voegen in deze zaak.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

U wordt verzocht uiterlijk op 19 februari a.s. te beslissen of VWS bij de rechter een verzoek indient tot voeging in deze zaak aan de zijde van Menzis/VGZ.

Hoewel dit een belangrijk thema is, is het advies 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

3 Samenvatting en conclusies

Stichting VA komt op tegen het beleid van Menzis en VGZ bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. De Stichting VA hanteert de volgende argumenten:

- zorgverzekeraars moeten een marktconform tarief tot uitgangspunt nemen. Volgens Stichting VA is dat in beginsel het feitelijk door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders *gehanteerde* tarief. Nu hanteren zorgverzekeraars het gemiddeld *gecontracteerd* tarief;
- zorgverzekeraars mogen bij de berekening van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen generiek en zorgtype- en zorgkostenonafhankelijk kortingspercentage op het marktconforme tarief in rekening brengen. Volgens Stichting VA mogen zorgverzekeraars uitsluitend een korting dan wel een (variabel) kortingspercentage toepassen dat correspondeert

met de reële en daadwerkelijke extra administratiekosten die gepaard gaan met de afwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg, met een bovengrens van 25%. Specifiek tegenover VGZ neemt de Stichting VA het standpunt in dat geen onderscheid mag bestaan tussen de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg geleverd door ziekenhuizen en zbc's.

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1298075-173543-Z

Voeging

Menzis heeft gevraagd of VWS (lees: de Staat) zich wil voegen aan de zijde van Menzis. VGZ is al betrokken in deze zaak, CZ en Zilveren Kruis hebben inmiddels een verzoek tot voeging ingediend.

De wet bepaalt dat alleen degenen met een belang zich bij een geding kunnen voegen. Volgens vaste rechtspraak is daarvoor vereist dat een voor Menzis ongunstige uitkomst van het geding feitelijk of juridisch nadelige gevolgen heeft voor VWS. De rechter beslist over het verzoek tot voeging nadat partijen in de gelegenheid zijn gesteld hun standpunt daarover te geven. Het verzoek tot voeging moet uiterlijk 22 februari a.s. door VWS bij de rechter worden ingediend

Argumenten tegen voeging

10.2 g en 11.1

[Redacted text block containing multiple paragraphs of text, mostly obscured by grey bars.]

10.2 g en 11.1

[Redacted text block containing multiple paragraphs of text, mostly obscured by grey bars.]

10.2 g en 11.1

[Redacted text block containing multiple paragraphs of text, mostly obscured by grey bars.]

10.2.g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Argumenten vóór voeging

10.2.g en 11.1

Kenmerk
1298075-173543-Z

10.2.g en 11.1

Alternatief voor voeging

- 10.2.g en 11.1

4 Draagvlak politiek

Het kabinet Rutte II heeft voorgesteld om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen om zorgverzekeraars meer ruimte te bieden voor het bepalen van een vergoeding van verzekerden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat wetsvoorstel is weggestemd door de Eerste Kamer. Eind maart/begin april a.s. stuurt u een brief naar de Tweede Kamer met de resultaten van nader onderzoek naar ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging en ggz. Daarin worden ook een aantal mogelijke beleidsopties meegenomen. 10.2.g en 11.1

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

10.2.g en 11.1

in het licht van budgetplafonds en administratieve lasten.

6 Financiële en personele gevolgen

Nvt

7 Juridische aspecten haalbaarheid

10.2.g en 11.1

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1298075-173543-Z

- 8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)**
De nota is afgestemd met CZ en WJZ.

- 9 Gevolgen administratieve lasten**
Nvt

- 10 Toezeggingen**
Geen

- 11 Fraudetoets**
Nvt


Senior beleidsmedewerker



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Deadline: 03-04-2018

10.2 g en 11.1

Ontvangen door

T (070)-340

M (31)-

Datum

13 maart 2018

Kenmerk

1314494-174543-Z

Zaaknummer

174543

Bijlage(n)

<vul hier het aantal bijlagen
in>

Afschrift aan

Uw kenmerk
2018Z04409

nota

(ter beslissing)

Kamervragen aan de minister voor Medische zorg en de staatssecretaris van VWS over het bericht 'Zevende rechtszaak van Stichting GGZ Momentum tegen verzekeraar om vrije artskeuze: Achmea schendt artikel 13 Zorgverzekeringswet'

10.2 g en 11.1

Toelichting bij vakje deadline in de koptekst/ briefhoofd

Op welke datum is de beslissing/ reactie van de bewindspersoon of portefeuillehouder) uiterlijk gewenst? Aub toelichten bij kopje 2.

1 Aanleiding voor deze nota

Op 13 maart hebben de leden Voortman en Ellemeet schriftelijke vragen gesteld over het bericht "Zevende rechtszaak van Stichting GGZ Momentum tegen verzekeraar om vrije artskeuze: Achmea schendt artikel 13 Zorgverzekeringswet".

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

U wordt verzocht bijgaande antwoorden aan de Kamer toe te sturen. De deadline voor de antwoorden is 4 april 2018.

3 Samenvatting en conclusies

In de vragen wordt vooral ingegaan op het gevolg van niet gecontracteerde zorg, namelijk dat patiënten hierdoor (mogelijk tienduizenden euro's) zelf moeten bijbetalen vanwege de vergoeding van 75% door de zorgverzekeraar. Bij de beantwoording wordt aangegeven dat de resterende 25% vaak niet door de zorgaanbieder bij de patiënt in rekening wordt gebracht en dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars patiënten moeten informeren over mogelijke kosten bij niet gecontracteerde zorg.



Momenteel wordt in de ggz-sector verdiepend onderzoek gedaan naar de ongecontracteerde zorg en zijn we met de sector in gesprek hierover. Verder wordt in de beantwoording verwezen naar de opmerking in het Regeerakkoord over ongecontracteerde zorg en de toezegging van de minister van VWS tijdens het AO Wijkverpleging dat hij de Kamer eind maart/begin april zal berichten over resultaten onderzoek ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging en voor de zomer over mogelijke maatregelen om (meerjarig) contractering te bevorderen.

Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
1314494-174543-Z**4 Draagvlak politiek**

In het Regeerakkoord is opgenomen dat het kabinet zal onderzoeken hoe het onderscheid tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden.

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

Maatschappelijk is er veel aandacht voor het thema ongecontracteerde zorg. Maandag 19 maart was in de uitzending van Radar nog uitgebreid dit thema aan de orde: een cliënt van Momentum zou tienduizenden euro's hebben moeten bijbetalen als Momentum dat niet had voorkomen.

6 Financiële en personele gevolgen

n.v.t.

7 Juridische aspecten en haalbaarheid

Momenteel worden alternatieven onderzocht en getoetst op juridische gevolgen.

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Met betrokken partijen (zowel wijkverpleging als ggz) wordt dit thema momenteel verder uitgediept.

9 Gevolgen administratieve lasten

n.v.t.

10. Toezeggingen

n.v.t.

11. Fraudetoets

n.v.t.





Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

ahhoord

Minister VWS
Minister MZS
Staatssecretaris VWS

Deadline: 6 april 2018

10.2.e

Ontworpen door

10.2.e

T 070-10.2.e
M (31

nota

(ter beslissing)

ongecontracteerde zorg

Datum

26 maart 2018

Kenmerk

1322402-175002-Z

Zaaknummer

175002

Bijlage(n)

Afschrift aan

Uw kenmerk

1 Aanleiding voor deze nota

- Tijdens het AO wijkverpleging op 25 januari jl. is de rapportage van Arteria Consulting besproken over (niet-) gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in de eerste maanden van 2017 de kosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg per cliënt ongeveer twee keer zo hoog zijn. Niet bekend was of cliëntkenmerken, anders dan leeftijd, hierbij een factor zijn.
- Tijdens het AO wijkverpleging heeft u toegezegd om nader te onderzoeken of cliëntkenmerken een verklaring bieden voor de hogere kosten, en de Kamer daarover eind maart / begin april te informeren.

2 Beslipunten, advies en mogelijk alternatief

- U wordt geadviseerd de inhoud van de brief met ons te bespreken tijdens het ingeplande overleg over dit onderwerp op vrijdag 6 april om 16 uur.
- U wordt geadviseerd de bijgevoegde brief aan de Kamer na uw akkoord te ondertekenen. In de brief wordt verslag gedaan van het onderzoek; daarin komt naar voren dat de casemix (verschillen in aandeel chronisch zieken) geen verklaring biedt voor de hogere kosten van ongecontracteerde zorg.
- Tijdens het AO wijkverpleging heeft u aangegeven dat u eventueel in deze brief ook de maatregelen zult noemen die het Kabinet overweegt om te nemen; 10.2.g en 11.1

10.2.g en 11.1

Zoals op 6 maart besproken geeft u ook aan dat dit onderwerp in de besprekingen over de Hoofdlijnenakkoorden aan de orde komt.



- De brief dient eind maart / begin april naar de Kamer te worden gestuurd.

Directie
Zorgverzekeringen

3 Samenvatting en conclusies

In de brief brengt u het volgende naar voren:

- Uit het onderzoek van Vektis blijkt dat de cliënten bij niet-gecontracteerde zorg voor wat betreft indicatoren van chronische aandoeningen zeer vergelijkbaar zijn aan de cliënten bij gecontracteerde zorg. Waar wel verschil is vastgesteld is dat de cliënten in niet-gecontracteerde zorg jonger zijn en in het voorgaand jaar geen gebruik maakten van wijkverpleging; deze verschillen vormen geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg.
- De verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties zijn daarmee geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. 10.2 g en 11.1

Kenmerk
1322402-175002-Z

10.2 g en 11.1

- Uit de declaratiedata blijkt dat er ook een toename is van niet-gecontracteerde zorg in de GGZ. Daarom laat u – in samenwerking met alle relevante partijen – ook onderzoek doen naar niet-gecontracteerde zorg in de GGZ.
- U bent aan het verkennen welke maatregelen mogelijk zijn om contracteren te bevorderen, zoals ook is afgesproken in het regeerakkoord. Dit onderwerp komt ook aan de orde in de besprekingen over de Hoofdlijnenakkoorden. Zoals eerder aangegeven zult u de Kamer over de maatregelen van het kabinet om contracteren te bevorderen voor het zomerreces informeren.

4 Draagvlak politiek

Tweede Kamer heeft gevraagd om nader onderzoek naar de hogere kosten van ongecontracteerde zorg.

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet. De groei van niet-gecontracteerde zorg vinden alle partijen onwenselijk. VWS is inmiddels ook overleg gestart met partijen in de GGZ over niet-gecontracteerde zorg. Partijen verlenen medewerking aan onderzoek naar niet-gecontracteerde zorg in de GGZ.

6 Financiële en personele gevolgen

nvt

7 Juridische aspecten en haalbaarheid

nvt

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Met directies CZ, Meva, PZo, FEZ, WJZ en DCO.

9 Gevolgen administratieve lasten

nvt



10. Toezeggingen

Geen nieuwe toezeggingen

Met deze brief wordt uw toezegging uit het AO wijkverpleging (delphinummer 7433) afgedaan

Directie
Zorgverzekeringen

Kenmerk
1322402-175002-Z

11. Fraudetoets

nvt

102 e

Senior beleidsmedewerker