

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:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1039098-157579-Z

Bijlagen
1

Uw brief
25 oktober 2016

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

Datum 15 november 2016
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het bericht dat Patiënten VGZ niet meer welkom zijn bij ziekenhuis MST (2016Z19425).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het bericht dat Patiënten VGZ niet meer welkom zijn bij ziekenhuis MST. (2016Z19425)

1

Heeft u kennisgenomen van het artikel dat "Patiënten VGZ niet meer welkom zijn bij ziekenhuis MST"? 1)

1

Ja.

2

Heeft zorgverzekeraar VGZ conform de regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, punt 15 van de regeling, zijn verzekerden geïnformeerd dat er voor het jaar 2016 sprake is van een omzetplafond met het Medisch Spectrum Twente (MST)? Zo nee, op welke wijze heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dan toezicht gehouden? Zo nee, is de verzekeraar dan verplicht toch de extra verleende zorg aan MST te vergoeden? Zo nee, welke rechten kunnen verzekerden aan het schenden van de informatieplicht ontnemen?

2

VGZ heeft na het sluiten van het contract vorig jaar op 'Vergelijk en Kies' aangegeven: *"Wij hebben met dit ziekenhuis afspraken gemaakt over de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieders in 2016 mogen verlenen. Het kan zijn dat het ziekenhuis u hierom wil doorverwijzen. Of pas later kan behandelen. Voor complexe zorg en spoedzorg kunt u altijd bij dit ziekenhuis terecht."*

Het is aan de NZa om te beoordelen of hiermee aan de regeling is voldaan. Over individuele gevallen doet de NZa geen mededelingen. Maar in algemene zin heeft de NZa, net als eerdere jaren, voorafgaand aan het jaar 2016 gecontroleerd of verzekeraars hun informatieverstrekking richting hun (potentiële) verzekerden op orde hebben. Een controlepunt daarbij was onder meer de informatieverstrekking over omzetplafonds/volumeafspraken zoals neergelegd in artikel 15 van de nadere regel TH/NR-004. Ook lopende het polisjaar houdt de NZa de wijze van informatieverstrekking door zorgverzekeraars in de gaten. Dit doet zij aan de hand van signalen die zij ontvangt via haar meldpunt en door zelf onderzoek te doen. Als de NZa constateert dat een informatieverplichting wordt geschonden dan kan zij daar tegen optreden door het inzetten van haar handhavingsinstrumentarium. Verzekerden kunnen een melding bij de NZa indienen als er een informatieverplichting is geschonden door een zorgverzekeraar, ook kan een verzekerde een procedure bij de SKGZ starten.

3

Op welke wijze heeft VGZ zijn verzekerden *gedurende het jaar* geïnformeerd over de mogelijkheid dat ze het risico liepen in de tweede helft van het jaar voor niet-acute zorg niet meer in het MST in Enschede terecht te kunnen? Welke verplichting hebben zorgverzekeraars om dit *gedurende het jaar* te doen?

3

VGZ heeft dat gedaan via de mededeling die na het sluiten van het contract op Vergelijk en Kies is geplaatst. Dit heeft de VGZ zo gedaan omdat zij van mening is voldoende zorg te hebben ingekocht in de regio. In het antwoord op vraag 2 is reeds ingegaan op de verplichting voor informatieverstrekking gedurende het jaar.

4

Geldt de stop voor nieuwe behandelingen ook voor verzekerden die bij een arts onder behandeling staan voor een aandoening, voor wie een nieuwe behandeling opgestart moet worden (een nieuwe DOT geopend. DOT: Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie)? Zo ja, vindt u dit wenselijk als patiënten vanwege omzetplafonds in meerdere ziekenhuizen behandeld moeten gaan worden?

4

Nee, dit geldt niet voor lopende behandelingen, die worden gewoon voortgezet. Dit geldt ook niet wanneer er al een afspraak is ingepland. Daarnaast geldt de maatregel ook voor een aantal andere groepen niet (mensen kunnen ook nog naar het MST als ze met spoed naar het ziekenhuis moeten, met hun kind naar het ziekenhuis moeten, zwanger zijn of als ze een restitutiepolis hebben).

5

Bent u nog steeds van mening dat, als een zorgverzekeraar geen realistisch volume heeft ingekocht, verzekerden daarmee geen genoeg zullen nemen en naar een andere verzekeraar zullen overstappen? 2) Welke mogelijkheden heeft de verzekerde om tussentijds zijn verzekering op te zeggen en zich elders te verzekeren, zodat hij wel in het ziekenhuis van zijn voorkeur behandeld kan worden?

5

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: zij moeten voldoende volume inkopen. Als een verzekerde vanwege een budgetplafond niet terecht kan bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur kan hij daar bij de keuze van een polis op selecteren. Een verzekerde heeft in principe de mogelijkheid om zijn polis op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde. Als de verzekerde bij het afsluiten van de polis door de verzekeraar voldoende op de hoogte is gesteld van de consequenties van het gesloten contract, dan is van een verslechtering geen sprake. Het is aan NZa om te beoordelen of de informatievoorziening door de verzekeraar voldoende is.

6

Bent u nog steeds van mening dat in het geval van het bereiken van een omzetplafond de zorgverzekeraar altijd in overleg zal moeten gaan met de verzekerde om naar een oplossing te zoeken, waarbij de verzekerde zelf kan kiezen om liever even te wachten, of juist niet? Op welke wijze kan de verzekerde van de zorgverzekeraar verlangen dat hij toch in het ziekenhuis van zijn keuze, bijv. het MST, behandeld wordt? 3)

6

Als een omzetplafond bereikt is kan een verzekerde zich wenden tot de zorgverzekeraar voor bemiddeling naar een andere zorgaanbieder. Uiteraard kan een verzekerde zelf besluiten om te wachten als hij of zij dat liever wil. Bemiddeling naar een andere zorgaanbieder doet de zorgverzekeraar in overleg met de verzekerde. Een verzekerde kan niet altijd verlangen dat een zorgverzekeraar een behandeling in het ziekenhuis van zijn keuze vergoedt; dat is afhankelijk van de polis van de verzekerde. Van belang is dat dit proces voor de patiënt goed verloopt en alle partijen, inclusief het ziekenhuis, het belang van de patiënt voor ogen heeft en zo meewerken aan een goede oplossing.

7

Op welke wijze vindt u dat zorgverzekeraar en ziekenhuis in overleg moeten gaan over het verruimen van het omzetplafond op het moment dat verzekerden aangeven dat zij wel in het ziekenhuis van zijn voorkeur behandeld willen worden?

7

De manier van overleg is een zaak van partijen. Dit geldt ook voor de vraag al dan niet een derde partij in te schakelen voor mediation dan wel arbitrage zoals de onlangs opgerichte Geschillencommissie.

De partners in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg hebben in maart van dit jaar bestuurlijke afspraken gemaakt over de het verloop van het contracteringsproces. Die heeft uw Kamer ook ontvangen. Naar aanleiding van onder meer de berichten in de media over mogelijke patiëntenstops bij Nij Smellinge en Medisch Spectrum Twente heb ik zeer recent met de partners van het hoofdlijnenakkoord gesproken over de communicatie rond dergelijke gevallen. De eerder gemaakte bestuurlijke afspraken zijn daarbij nogmaals bekrachtigd. Partijen zijn het er met mij unaniem over eens dat eventuele geschillen over contractering niet over de rug van patiënten moet worden uitgevochten.

8

Welke gevolgen heeft dit voor de wachtlijsten van de ziekenhuizen elders in de regio? Hoe wordt gegarandeerd dat de Treeknormen voor wachttijden niet overschreden worden? Welke actie onderneemt de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), indien de Treeknormen (maximaal aanvaardbare wachttijden) niet meer gehaald worden?

8

Op dit moment is er nog geen zicht op de gevolgen voor de wachttijden in de regio. De NZa voert momenteel een breed onderzoek uit naar de wachttijden in de medisch specialistische zorg. De zorgverzekeraar moet er voor zorgen dat wanneer hij verzekerden bemiddelt naar een ander ziekenhuis, zij binnen de Treeknormen geholpen kunnen worden. Wanneer de Treeknormen worden overschreden kan de NZa -indien noodzakelijk- handhavingsmaatregelen inzetten.

1) Tubantia, 21 oktober 2016

2) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014-2015, nr. 1952

3) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014-2015, nr. 1093

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Klever (PVV), ingezonden 24 oktober 2016 (vraagnummer 2016Z19349).