

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport
t.a.v. dhr A.J. Teunissen
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

datum Donderdag 13 juni 2013
ons kenmerk 2013-073\wt\hm
voor informatie Cynthia Vogeler, c.vogeler@npcf.nl Marijke Hempenius, mhempenius@cg-raad.nl,
Nic Vos de Wael, nvosdewael@platformggz.nl
uw kenmerk
onderwerp **Zorgverzekeringswet**

Geachte heer Teunissen,

Op 20 juni bespreekt u in een Algemeen Overleg over het onderwerp zorgverzekeringswet. Op de agenda staan onder andere doelmatigheid in zorginkoop, inzichtelijkheid van de zorgkosten richting de patiënt en de afbouw van ex-post mechanismen in de risicoverevening. Over deze onderwerpen willen wij u voor uw overleg graag het volgende meegeven.

- Stimuleer de aanpak voor verbetering van de informatievoorziening aan de patiënt over te maken en gemaakte kosten in de zorg
- Verschaf duidelijkheid over de mogelijkheden voor verzekerde patiënten om binnen de zorgverzekering zelf een zorgaanbieder te kunnen blijven kiezen
- Voorkom toename van de risicodragenheid zonder dat dit leidt tot verbetering van de zorg.

Doelmatige zorginkoop vraagt om duidelijkheid voor de patiënt; zowel vooraf als achteraf

Doelmatige zorginkoop wordt alleen een succes als zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders er in slagen een goede vertaling te maken naar de verzekerde/patiënt. Dat begint bij de polisvoorwaarden en eindigt met een begrijpelijk overzicht van gemaakte kosten.

Jaarlijks kunnen verzekerden keuzes maken in de basisverzekering. Een steeds belangrijker wordende keuze is of de verzekerde op de zorginkoop door zijn verzekeraar vertrouwt, of dat hij zelf zorgaanbieders kiest. Dit wordt ook wel aangeduid als het verschil tussen natura en restitutieverzekering, maar de uitleg over het verschil tussen beide verzekeringen is in de praktijk niet zo helder. Zo zijn er verzekerden die met een restitutiepolis toch beperkingen ervaren bij het kiezen van een zorgverlener omdat de zorgverzekeraar bijvoorbeeld eisen stelt aan kwaliteit van zorg of omdat de verzekeraar vergoeding beperkt tot een op de Nederlandse markt gangbaar tarief. Verzekerden met een naturapolis komen soms onverwacht tot de ontdekking dat een vertrouwde zorgverlener geen contract meer heeft met de zorgverzekeraar. Overstappen naar een andere zorgverzekeraar is op dat moment vaak niet mogelijk, en trouw blijven aan de behandelaar gaat steeds vaker gepaard met extra kosten.

Om zelf een zorgaanbieder te kiezen is inzicht in wat behandelingen kosten nodig. Dat geldt ook als je later na wilt gaan of de rekening klopt. Uit onze meldactie 'Kostenbewustzijn' die u heeft ontvangen, blijkt dat mensen graag willen weten wat er gedeclareerd wordt, en dat ze dit ook vaak controleren. Maar mensen weten meestal niet wat ze moeten doen als ze een fout ontdekken. En als ze actie ondernemen, dan worden ze nog al eens van zorgaanbieder naar zorgverzekeraar gestuurd en vice versa. Op basis van de meldactie hebben we aanbevelingen gedaan. Zo willen we dat patiënten eenvoudig en altijd online toegang hebben tot een actueel en begrijpelijk overzicht van de gemaakte kosten. Zorgverzekeraars moeten de verzekerde met een sms of per email laten weten wanneer er iets aan het overzicht is toegevoegd. Ook vinden we belangrijk dat verzekerden goed terecht kunnen met vragen over het kostenoverzicht, dat zorgverzekeraars actie ondernemen als een declaratie niet blijkt te kloppen en de uitkomst van de actie wordt teruggekoppeld aan de verzekerde. Om kostenbewustzijn ook voorafgaand aan de keuze voor een behandeling of behandelaar te stimuleren, pleiten we voor een website met gangbare tarieven in de zorg.

Momenteel bezien we samen met zorgverzekeraars en ziekenhuizen hoe zij tot verbeteringen in de nota-overzichten kunnen komen en welke instrumenten we gezamenlijk kunnen ontwikkelen om 'verstandig kiezen' door patiënten te faciliteren. Wij roepen u op de maatregelen die hieruit voortkomen te steunen.

Mogelijke afschaffing van de restitutiepolis en verdere beperking van de vrije-keuze-optie vertroebelen de discussie over doelmatigheid

Patiëntenorganisaties onderschrijven het belang van doelmatigheid in de zorg, maar zien ook dat er nog het nodige te verbeteren valt aan het goed informeren van verzekerden over de consequenties van de keuze voor een polis en de keuze van een zorgaanbieder. Onder verzekerden leeft momenteel veel onduidelijkheid over de vraag of het regeringsbeleid nog toelaat dat patiënten zelf een zorgaanbieder kiezen en of de eigen keuze betaalbaar blijft. Wij roepen de minister op om hierover duidelijkheid te verschaffen.

Verhogen van risicodragendheid? Let ook op gevolgen voor premie en risicoselectie

Patiëntenorganisaties vragen zich af of de toename van risicodragendheid en de daarmee gepaard gaande premieopslag zinvol is, in de wetenschap dat het betalen van de nominale zorgpremie voor steeds meer mensen problematisch is en de verplichte reserves van zorgverzekeraars niet geïnvesteerd kunnen worden in verbetering van de zorg. Het verhogen van de risicodragendheid van verzekeraars zonder verbetering van het risicoverdeelmodel, kan ook een prikkel zijn tot (indirecte) risicoselectie. Tegelijkertijd wordt in de nota van toelichting verondersteld dat de huidige bandbreedteregeling onvoldoende prikkelt tot doelmatige zorginkoop. Wij pleiten voor zorgvuldige besluitvorming over het vergroten van de risicodragendheid en blijvende aandacht voor verbetering van het risicoverdeelmodel zoals geformuleerd in het advies van de Commissie Don.

Wij vragen u onze overweging in uw overleg van donderdag 20 juni mee te nemen. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met Cynthia Vogeler, NPCF: 06-461 191 38 of Marijke Hempenius, CG-Raad 030-2916652, of Nic Vos de Wael, LPGGz 030-2363765.

Met vriendelijke groet,



Wilna Wind
algemeen directeur patiëntenfederatie NPCF



Angelique van Dam
directeur a.i. CG-Raad



Marjan ter Avest
directeur LPGGz



Wim Croes
directeur a.i. Platform VG