



Datum: 13 februari 2013

Kenmerk: 13-016/mta/dk

Betreft: AO 14 februari, Wijziging van de WMG en enkele andere wetten (33362) w.o. aanpassing artikel 13 van de Zorgverzekeringswet

Geachte Kamerleden,

Op 14 februari kunt u inbreng leveren voor de bespreking van de voorgenomen wetswijziging van art. 13 Zorgverzekeringswet. Graag brengen wij het volgende onder uw aandacht.

Aanleiding: invloed van zorgverzekeraars

Vorig jaar heeft minister Schippers de Tweede Kamer per brief geïnformeerd (kenmerk Z-3109656 d.d. 26 maart 2012) over het voornemen om art.13 van de Zvw aan te passen, zodat verzekeraars vrij zijn om in de zorgverzekeringsovereenkomst (en daarmee automatisch ook in de individuele zorgpolis) te bepalen of zij in hun polis voor in natura verzekerde zorg een vergoeding geven als een verzekerde zorg inroept die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, en zo ja hoe hoog deze vergoeding is. Deze wijziging biedt de mogelijkheid dat de verzekeraars in volledige vrijheid de hoogte van de vergoeding vast kunnen stellen indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan en zelfs kunnen bepalen dat in dat geval helemaal geen sprake is van een vergoeding. *De Wet Marktordering Gezondheidszorg staat geagendeerd voor uw Algemeen Overleg "teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben". De voorgestelde wijziging van art. 13 van de de Zorgverzekeringswet lijkt strijdig met die intentie, want deze verruimt de bevoegdheden van zorgverzekeraars aanzienlijk.*

Geen garantie voor zorginkoop op kwaliteit

De minister stelt deze maatregelen voor om de verzekeraars meer ruimte te bieden om selectief zorg te contracteren. Deze wens is ingegeven door de idee dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven indien zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracteren met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteitsverhouding kunnen leveren en hun verzekerden kunnen stimuleren om naar die zorgaanbieders te gaan. *Wij delen de mening van de minister dat de transparantie van de kwaliteit van zorg toeneemt en we merken ook dat verzekeraars daadwerkelijk steeds selectiever contracteren.* Daarnaast is de risicodragendheid van zorgverzekeraars toegenomen, zodat zij er een groter belang bij hebben gekregen dat hun naturaverzekerden zoveel mogelijk naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan.

De voorgestelde wijziging geeft o.i. echter geen garantie dat op kwaliteit wordt gecontracteerd.

Keuzevrijheid in het geding

De redenering is dat de verzekerden die sterk hechten aan keuzevrijheid, kunnen kiezen voor een verzekering op basis van restitutie, waarvoor dan echter mogelijk wel een hogere premie moet worden betaald.

Dit is echter een farce, want er is in de ggz-praktijk geen sprake van dergelijke keuzevrijheid. Mensen kunnen immers bij het afsluiten van een polis niet voorzien dat zij in het eerstkomende jaar te maken krijgen met een psychische aandoening, maar mensen worden wel bij het oversluiten van een polis bij een andere zorgverzekeraar geconfronteerd met eisen aan de toelating voor aanvullende polissen.

Informatievoorziening aan de consument niet realistisch

De minister is -zo staat in het wetsvoorstel- voornemens om ter bescherming van de consument een aantal bepalingen op te nemen:

- de verzekeraar zal bekend moeten maken op welke wijze de vergoeding wordt bepaald en die berekeningswijze moet zo zijn, dat verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg nodig hebben, een gelijke vergoeding krijgen (het huidige art. 13, vierde lid, Zvw);
- de (natura)zorgverzekeraar zal een volledige vergoeding moeten betalen indien de zorg niet van een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden betrokken omdat de zorg acuut nodig was, de verzekeraar te weinig zorgaanbieders had gecontracteerd om aan zijn zorgplicht te voldoen of indien een zorginkoopcontract met een zorgaanbieder eindigde op het moment waarop de verzekerde reeds bij die aanbieder in behandeling was;
- het moet voor de verzekerde, op het moment waarop hij zijn zorgverzekering sluit of verlengt, duidelijk zijn welke zorgaanbieders zijn verzekeraar heeft gecontracteerd, zodat de verzekerde weet waar hij het komende jaar met zijn nieuwe polis aan toe is.

Wij vragen er aandacht voor dat deze voorwaarden vanuit cliëntperspectief onvoldoende zijn, omdat de praktijk van de zorginkoop niet zo functioneert. Momenteel is nl. al merkbaar dat verzekerden door sommige zorgaanbieders in de ggz worden geweerd, omdat zij bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn. Dat is niet alleen voor de patiënten die reeds in behandeling zijn onwenselijk (zij moeten na afloop van de behandeling bij terugval elders aankloppen), maar ook voor nieuwe patiënten die met een aandoening geconfronteerd worden (zij worden geconfronteerd met wachttijden en gedwongen winkelnering).

Ook dringen wij er op aan dat de vergoeding die verzekeraars mogen geven als hun verzekerden naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan, niet zo laag mag zijn dat het voor de verzekerden een "hinderpaal" is om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit bepleiten wij omdat de keuzevrijheid van patiënten wezenlijk in het gedrag komt. Artikel 13 voorziet op dit moment in die mogelijkheid en wij zijn er voorstander van om dit te handhaven.

LPGGz stelt het zeer op prijs wanneer u bovengenoemde aspecten wilt betrekken bij uw schriftelijke inbreng. Uiteraard zijn wij bereid onze reactie toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



Marjan ter Avest
Directeur LPGGz