

2019Z25304

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *vorderingen voor het overschrijden van het budgetplafond* (ingezonden 16 december 2019).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de hoge vorderingen door zorgverzekeraars waardoor sommige ggz-zorgverleners failliet dreigen te gaan?¹

Vraag 2

Welke andere gevallen van ggz-zorgverleners die failliet (dreigen te) gaan door de hoge navorderingen vanwege budgetplafonds zijn bij u bekend?

Vraag 3

Tot hoeveel jaar na dato kunnen zorgverzekeraars nog navorderingen sturen?

Vraag 4

Hoe verklaart u dat sommige verzekeraars, zelfs jaren later nog, zorgverleners in de ggz afrekenen op «relatieve overschrijding van het omzetplafond» terwijl andere zorgverzekeraars dat helemaal niet doen en zelfs dit jaar contracten aanbieden zonder zorgkostenplafond in de basis ggz? Is hier niet sprake van willekeur?

Vraag 5

Op basis waarvan worden budgetplafonds in de ggz overeengekomen, aangezien zorgverleners op het moment van het vaststellen van het contract niet kunnen weten welke patiënten met welke zorgzwaarte bij hen aan zullen kloppen?

Vraag 6

Op basis waarvan bepalen zorgverzekeraars de gemiddelde vergoeding per patiënt en waarom wordt deze uniform voor elke patiënt opgelegd, terwijl geen één patiënt gemiddeld is? Zijn er meer verzekeraars die volgens deze systematiek terugbetalingen eisen van zorgverleners? Vindt u die aanpak verantwoord in het kader van goede contracten tussen aanbieders en verzekeraars?

¹ Casus onderhands toegestuurd.

Vraag 7

Deelt u de mening dat het onrealistisch is om van zorgverleners in de ggz te vragen een bepaald aantal patiënten voor een bepaald tarief te behandelen en dat er ruimte zou moeten zijn voor zorgverleners om bijvoorbeeld minder patiënten voor een hoger tarief te behandelen? Zo nee, waarom niet?

Vraag 8

Vindt u het realistisch om van zorgaanbieders te vragen om halverwege het lopend contractjaar aan te geven of een zorgkostenplafond overschreden dreigt te worden terwijl er a) geen zicht is op het eindresultaat van datzelfde jaar en b) binnen de ggz tot 31 december 2019 nog DBC's geopend kunnen worden die nog een vol jaar door kunnen lopen?

Vraag 9

Deelt u de mening dat het onrechtvaardig is dat zorgverzekeraars zorgverleners erop afrekenen als zij zich niet aan deze gemiddelde vergoeding houden, aangezien geen één patiënt gemiddeld is en zij aan het begin van het jaar niet kunnen weten wat voor patiënten zij zullen gaan behandelen? Zo nee, waarom niet?

Vraag 10

Wat gaat u doen om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen?

Vraag 11

In hoeverre is het door Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland overeengekomen Horizontaal Toezicht hier een oplossing voor?

Vraag 12

Denkt u dat de DBC-systematiek in combinatie met zorgplafonds daadwerkelijk bijdraagt aan het in toom houden van de totale zorgkosten als hierin de totale administratie-, bureaucratie- en overlegkosten in meegenomen zouden worden? Draagt het stelsel als zodanig niet juist bij aan langere wachtlijsten?