

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2186

Vragen van het lid **Agema** (PVV) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het plotseling afbreken van een kankerbehandeling zonder overleg met de patiënt* (ingezonden 22 maart 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 6 april 2023).

#### Vraag 1

Bent u bekend met de Radar-uitzending van maandag 13 maart waaruit blijkt dat de chemotherapiebehandeling ongevraagd werd stopgezet door een zorgaanbieder in Duitsland<sup>1</sup>?

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2, 3 en 4

Kunt u zich voorstellen wat het plotseling stopzetten van een kankerbehandeling bij ernstig zieke patiënten teweeg brengt?

Vindt u het normaal dat een kankerbehandeling wordt onderbroken als er onduidelijkheden optreden over de vergoeding tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar?

Bent u het eens dat de zorgverzekeraar zich in deze casus niet aan zijn zorgplicht heeft gehouden? Zo ja, heeft u de zorgverzekeraar daar al op aangesproken? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 2, 3 en 4

Een behandeling die al gestart is, mag niet worden onderbroken door onduidelijkheden over de vergoeding. Daarom is in art. 13 lid 5 van de Zorgverzekeringswet bepaald dat als een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder wordt beëindigd, een verzekerde die op dat moment al zorg ontvangt van deze aanbieder, recht houdt op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

In deze casus was er sprake van een misverstand. Omdat er verschillen zijn tussen het Nederlandse en Duitse zorgsysteem, zijn er tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken dat voor een beperkt aantal specifieke

<sup>1</sup> Radar, 13 maart 2023, «Chemotherapie zonder overleg afgebroken, wat is hier de hand?» (<https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/chemotherapie-wordt-abrupt-afgebroken/>)

behandelingen vooraf toestemming dient te worden aangevraagd. Dit om te toetsen of deze behandelingen voor vergoeding vanuit de Nederlandse Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.

Bij de aanvang van de behandeling in 2022 is deze toestemming niet gevraagd, maar pas in januari 2023. Bij de zorgverzekeraar was in januari 2023 niet bekend dat deze patiënt al in behandeling was bij deze zorgaanbieder; daarom is deze aanvraag door de zorgverzekeraar behandeld als een aanvraag voor een nieuwe behandeling in plaats van voor een vervolghandeling.

Na de opheldering van dit misverstand is de behandelaanvraag door de zorgverzekeraar alsnog goedgekeurd en wordt deze vergoed. Tevens heeft overleg plaatsgevonden met de Duitse partijen om ervoor te zorgen dat in het vervolg de toestemming tijdig aangevraagd wordt zodat voorkomen wordt dat patiënten hierdoor gedupeerd worden.

Vraag 5 en 6

Waarom accepteert u dat zorgverzekeraars niet tijdig duidelijkheid verschaffen over hun zorgcontracteringen? Hoe gaat u dit verbeteren en wat worden de consequenties voor verzekeraars die niet tijdig (dus vóór het overstapseizoen) duidelijk maken welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn? Waarom lukt het zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet om hun financiële belangen en conflicten op te lossen zonder dat de patiënt hiervan de dupe wordt en wat kunt u hieraan doen?

Antwoord 5 en 6

Zorgverzekeraars moeten hun (aspirant) verzekerden goed informeren voor welke zorgaanbieders de zorg wel en voor welke (nog) niet volledig vergoed wordt. In de *Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten* (TH/NR-022) van de NZa is bepaald dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed moeten informeren over de vergoedingen van zorg die voor de polis gelden.

Deze informatieverplichting betreft onder meer informatie over gecontracteerd zorgaanbod en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ook moeten zij hun verzekerden tijdig informeren over eventuele nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden die voor de verzekerden van belang zijn. Tevens is in de *Regeling transparantie zorgaanbieders* (TH/NR-018) bepaald dat zorgaanbieders de consument moeten informeren over datgene wat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg. Daarbij kan worden gedacht aan eventuele eigen betalingen, indien er geen contract is met de zorgverzekeraar.

Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder hebben een rol bij het informeren van de verzekerden en patiënten. Dat gaat helaas nog niet altijd goed. In het Ingegraal Zorgakkoord (IZA) zijn daarom afspraken gemaakt om de informatie aan verzekerden te verbeteren. Daarbij is bijvoorbeeld afgesproken dat de IZA-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat er op gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's als zij kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Als zij kiezen voor gecontracteerde zorg zijn deze risico's niet aanwezig. In de voorlichting wordt de nadruk gelegd op situaties en locaties waar het financiële risico van niet-gecontracteerde zorg zich voor de verzekerde voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen. Ook zijn in IZA afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren, waarmee partijen inmiddels gezamenlijk aan de slag zijn gegaan.

Vraag 7, 8 en 9

Wat voor gevolgen heeft deze casus voor de zorgverzekeraar en het Zorgloket Duitsland?

Deelt u de mening dat de behandeling van ernstig zieke patiënten voorop moet staan en dat geschillen over betaling opgeschort dienen te worden totdat de behandeling achter de rug is?

Wat vindt u van een zorgstelsel waarbij de vergoeding van een kankerbehandeling uit het basispakket blijkbaar niet altijd gegarandeerd is?

Antwoord 7, 8 en 9

Zie mijn antwoord op vraag 2, 3 en 4.

Vraag 10

Wat kunt u doen om deze patiënt en eventuele andere patiënten in dezelfde situatie te helpen, anders dan ze weer terugverwijzen naar de zorgverzekeraar of zorgaanbieder?

Antwoord 10

In dit geval was er sprake van een misverstand dat door de zorgverzekeraar en zorgaanbieder zelf is opgelost. Normaal gesproken zal een behandeling die al gestart is niet worden onderbroken door onduidelijkheden over de vergoeding. Het is wettelijk vastgelegd dat als een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder wordt beëindigd, een verzekerde die op dat moment al zorg ontvangt van deze aanbieder, recht houdt op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar (art. 13 lid 5 van de zorgverzekeringswet).