

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

2650

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat in de zorg miljoenen aan juridische adviezen worden betaald* (ingezonden 4 april 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (ontvangen 30 mei 2012) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 2352. Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 2498.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorgorganisaties bij elkaar miljoenen euro's kwijt zijn aan juridische adviezen over mededinging? Is dit de door u gewenste uitkomst van uw beleid van marktwerking in de zorg? Zo nee, wat gaat u hieraan doen?¹

Antwoord 1

Net als andere sectoren dient de zorgsector te functioneren binnen de kaders van de wet- en regelgeving. De mededingingsregels horen daar bij, net zoals bijvoorbeeld regelgeving op fiscaal of ondernemingsrechtelijk vlak. Vanuit de overheid wordt voorlichting gegeven over de wet- en regelgeving, waar het de mededingingsregels betreft wordt dit gedaan door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Vraag 2

Deelt u de mening dat de bemoeienis van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) met de zorgsector de samenwerking in de zorg frustreert als zorgverleners eerst juridische adviezen moeten inwinnen uit angst voor overtreding van mededingingsregels? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Ik heb geen zicht op de adviezen die worden ingewonnen, maar ik ben van mening dat er in het belang van de kwaliteit van zorg en in het belang van de patiënt veel vormen van samenwerking mogelijk én nodig zijn. Voorbeelden hiervan zijn afspraken over behandelprotocollen, overdracht en informatie-uitwisseling over de patiënt. Wat niet mag is – kort gezegd – het samen maken van prijsafspraken, het samen tegenwerken van nieuwe toetreders, het

¹ NRC, 30 maart 2012.

samen verdelen van patiënten en samen afspreken een bepaald product of dienst niet langer te leveren. Dergelijke vormen van samenwerking gaan per definitie ten koste van de patiënt. Daarom vind ik het juist van belang dat zorgaanbieders goed kennis nemen van de mededingingsregels en deze in acht nemen.

Vraag 3

Houdt u uw uitspraken staande dat er geen sprake is van marktwerking in de zorg? Zo ja, als de zorg inderdaad geen markt is, waarom zondert u deze sector dan niet uit van knellende mededingingsregels, gehandhaafd door marktwaakhonden? Wilt u uw antwoord toelichten?²

Antwoord 3

De toepassing van de mededingingsregels is het gevolg van de keuze voor een vraaggestuurd zorgstelsel waarin de patiënt centraal staat. Daar houd ik aan vast. De NMa houdt in dat kader toezicht en beschermt de patiënt zo tegen de negatieve gevolgen van mededingingsbeperkende afspraken zoals prijsafspraken, een opgelegde artskeuze (marktverdelingsafspraken) en zittende aanbieders die samen nieuwe, innovatieve toetreders tegenwerken.

Vraag 4

Vallen Academische Ziekenhuizen, die geen winstoogmerk hebben en uitsluitend worden gefinancierd vanuit de zorgverzekeraars en de rijksoverheid, onder de gereguleerde marktwerking in de zorg? Zo ja, op grond waarvan? Zo nee, hoe is het mogelijk dat het Academisch Medisch Centrum (AMC) de afgelopen jaren vele tonnen heeft besteed aan mededingingsadvocaten, het Universitair Medisch Centrum Utrecht een voltijds mededingingsjurist heeft aangesteld en het academisch ziekenhuis in Groningen vorig jaar 17 000 euro kwijt was aan externe mededingingsadviezen? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

Op dit moment hebben academische ziekenhuizen noch algemene ziekenhuizen een winstoogmerk. Net als algemene ziekenhuizen, maken academische ziekenhuizen voor een groot deel van hun activiteiten afspraken over volume en prijzen met de verschillende zorgverzekeraars. Het maken van afspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet die ervoor zorgt dat de patiënt een centrale positie heeft in het zorgstelsel. Een belangrijk aspect daarbij is de keuzevrijheid van de patiënt. Hij moet kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar naar keuze en een aanbieder naar keuze. Ten behoeve van de borging van die keuzevrijheid is er onafhankelijk toezicht op mededingingsbeperkende afspraken die de patiënt en verzekerde benadelen, zoals prijsafspraken en marktverdelingsafspraken. Ziekenhuizen willen zeker weten dat ze de mededinging niet beperken en nemen om die reden (fulltime of parttime) deskundigen aan.

Vraag 5 en 6

Hoeveel geld wordt er jaarlijks vanaf 2006 besteed door zorginstellingen aan mededingingsadviezen, uitgesplitst naar de verschillende zorgsectoren?

Indien u niet over deze gegevens beschikt, bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, welke betekenis heeft dan nog uw wens om de zorgkosten te beheersen?

Hoeveel geld wordt er jaarlijks vanaf 2006 besteed door zorginstellingen aan adviezen over aanbestedingen, uitgesplitst naar de verschillende zorgsectoren? Indien u niet over deze gegevens beschikt, bent u dan bereid dit te onderzoeken? Zo nee, welke betekenis heeft dan nog uw wens om de zorgkosten te beheersen?

Antwoord 5 en 6

Zorginstellingen zijn geen publieke organisaties, zodat zij zelf de keuze kunnen maken waaraan zij hun financiële middelen besteden. In hun jaarrekeningen leggen zij hier verantwoording over af. Ik acht het niet nodig uit te zoeken welk deel zij gebruiken voor de naleving van regels, waaronder

² <http://www.trouw.nl/tr/nl/4500/Politiek/article/detail/3231229/2012/03/26/Het-gaat-mij-niet-om-marktwerking-in-de-zorg-dat-is-mijn-doel-niet.dhtml>

mededingingsregels. Voor het beheersen van het totaal aan zorgkosten is het belangrijk dat er geen mededingingsbeperkende afspraken worden gemaakt, zoals premieafspraken tussen zorgverzekeraars en prijs- of marktverdelingsafspraken tussen zorgaanbieders. Het zijn juist dergelijke afspraken die de prikkel om doelmatig en innovatief te werken verminderen en leiden tot een verhoging van de totale zorgkosten.

Vraag 7

Wat is uw reactie op de uitspraak van Alexander Rinnooy Kan dat een inval van de NMa bij het AMC, twee jaar geleden, goed het «veranderende landschap» onderstreept waarin de zorg functioneert? Vindt u het wenselijk dat het zorglandschap in deze zin verandert? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7

De verandering van het zorglandschap van een centraal op aanbod gestuurd stelsel naar een decentraal vraaggestuurd stelsel waarin de patiënt centraal staat, is een proces dat reeds jaren loopt. Bij de verandering in de verantwoordelijkheden van veldpartijen die de stelselwijziging met zich heeft gebracht, hoort ook een verandering in de wijze waarin op de invulling van die verantwoordelijkheden wordt toegezien. Ik interpreteer de uitspraak van de voorzitter van de Raad van Toezicht van het AMC derhalve als een feitelijke observatie van dit gegeven.

Vraag 8

Deelt u de mening dat, hoe meer risico zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan lopen, hoe groter de behoefte aan juridische en beleidsmatige adviezen zal worden, met alle gevolgen van dien voor de kosten? Zo ja, is dit wat u beoogt met uw beleid en hoe verhoudt zich dit tot de wens van doelmatige en goedkope zorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars geldt dat dit private organisaties/ ondernemingen zijn, die als ze onvoldoende juridische of beleidsmatige kennis op een bepaald rechtsgebied in huis hebben, deze kunnen inhuren. Elke onderneming zal daarbij zelf een keuze maken of er personeel wordt ingehuurd of in dienst wordt genomen. Mijn beleidsprioriteit ligt bij doelmatige en kwalitatief goede zorg. Het neerleggen van risico bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars draagt in belangrijke mate bij aan het verbeteren van de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. Het waar nodig inwinnen van juridische en beleidsmatige adviezen staat hier niet aan in de weg. Het inwinnen van advies kan immers, ondanks de kosten ervan, per saldo ook leiden tot goedkopere zorg.

Vraag 9

Worden bij voornemens van het kabinet ten aanzien van het uitbreiden van de marktwerking in de zorg (bijvoorbeeld uitbreiding B-segment, invoering winstuitkeringen, vergroten risicodragendheid) de toenemende administratieve en bureaucratische lasten meegerekend, zoals mededingings- en aanbestedingsadviezen? Zo ja, kunt u de verwachte effecten inzichtelijk maken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Regeldruk, waaronder administratieve lasten, wordt sedert het eerste kabinet Balkenende via een uniforme definitie en een daaraan gekoppeld model inzichtelijk gemaakt. Sindsdien heeft ieder kabinet in het Regeerakkoord een kwantitatieve doelstelling geformuleerd, die bestaat uit een saldo van alle toe- en afnames. Voor zover beleidsvoornemens ten aanzien van de zorgsector leiden tot een toename van de regeldruk, maken deze, mits binnen de afgesproken definitie, onderdeel uit van dit saldo zoals dat voor het ministerie van VWS van toepassing is. Voorts wordt ook bij de concrete uitwerking van beleidsvoornemens uitdrukkelijk toegelicht wat de verwachte effecten zijn ten aanzien van de regeldruk, opdat dit onderwerp kan zijn van de parlementaire behandeling van deze voornemens.

Vraag 10

Welke (wettelijke) maatregelen of besluiten zouden noodzakelijk zijn om de zorg te vrijwaren van de mededingingsregels waarop de NMa handhaaft, los van uw opvattingen hierover?

Antwoord 10

Het terugkeren naar een centraal aanbod gestuurd stelsel, waarin de patiënt niet langer centraal staat en zorgaanbieders vrijwel geen ruimte meer hebben om zich van elkaar te onderscheiden, zou met zich brengen dat ook de mededingingsregels niet langer van toepassing zullen zijn. Ten aanzien van de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg is daarbij relevant dat beleidswijzigingen die vanaf 2003 zijn ingevoerd, met zich hebben gebracht dat de mededingingsregels hierop van toepassing zijn geworden. Concreet zou dit dus betekenen dat waar het de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg betreft, ten minste de beleidswijzigingen die sinds 2003 zijn doorgevoerd en gericht waren op het direct of indirect creëren of vergroten van het onderscheidingsvermogen van zorgaanbieders en de keuzevrijheid van patiënten, teruggedraaid zouden moeten worden.