

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

3093

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat zorgverzekeraar Achmea een omzetgrens hanteert bij het inkopen van zorg* (ingezonden 27 juni 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 september 2013)

Vraag 1

Wat is uw oordeel over het bericht dat zorgverzekeraar Achmea een omzetgrens hanteert bij het inkopen van zorg?¹

Antwoord 1

Mijn oordeel is dat een verzekeraar zorgplicht heeft. En dat een verzekeraar verantwoordelijk is voor de wijze waarop de invulling van de zorgplicht plaats vindt. Ik vind het belangrijk dat verzekeraars transparant zijn over de te hanteren criteria. Koopt een zorgverzekeraar ter vervulling van zijn zorgplicht zorg in, dan dient zijn inkoopbeleid verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir te zijn en mogen de bij de zorginkoop aangelegde normen niet onredelijk zijn².

In het «onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014–2017» dat ik u recent heb toegestuurd is een passage opgenomen over het proces van contractering en het gelijke speelveld.

Als het inkoopbeleid past binnen de randvoorwaarden zoals opgenomen in de onderhandelaarsresultaten en de hiervoor genoemde eisen, is het verder niet aan mij om een inhoudelijk oordeel te geven over het door Achmea gehanteerde beleid.

Vraag 2

Is het waar dat u het belangrijk vindt dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit? Kunt u uw antwoord toelichten?

¹ Achmea hanteert omzetgrens bij zorginkoop, 24 juni 2013, <http://www.skiپر.nl/actueel/id15023-achmea-hanteert-omzetgrens-bij-zorginkoop.html>

² Voorzieningenrechter Rechtbank 's-Gravenhage, 6 april 2011, 387998/KG ZA 11–218, GJ 2011/99, m. nt. G.R.J. de Groot.

Antwoord 2

Ja, dat vind ik belangrijk. Voor een toelichting verwijs ik naar de Zorgverzekeringswet waar in de memorie van toelichting is opgenomen: »De regering acht het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Een solide borging van dit publieke belang stelt hoge eisen aan het systeem van gezondheidszorg, zowel op medisch en zorginhoudelijk gebied als vanuit een oogpunt van doelmatige uitvoering en beheerste kostenontwikkeling».

Vraag 3

Heeft het enkel contracteren van zorginstellingen met een omzet van minimaal 150.000 euro volgens u iets te maken met het hanteren van kwaliteit als criterium voor het inkopen van zorg? Kunt u uw antwoord toelichten? Bent u daarover te spreken?

Antwoord 3

Een verzekeraar neemt diverse aspecten mee in de weging bij het contracteerbeleid. Kwaliteit, inclusief veiligheid, is er één van. Een dergelijke grens kan dus een kwaliteitsgrondslag hebben. Maar redenen van doelmatigheid kunnen ook meespelen in de beslissing betreffende de contractering. Achmea heeft aangegeven dat de keuze voor het stellen van deze grens zowel kwaliteits- als doelmatigheidsredenen heeft. Hierbij speelt onder meer de omvang van de aanbieder een rol, bijvoorbeeld om multidisciplinaire samenwerking te borgen, maar ook om te voorkomen dat plafondafspraken met ziekenhuizen worden omzeild door het oprichten van kleine zelfstandige entiteiten. Ook heeft Achmea aangegeven dat zij steeds hogere eisen stelt aan kwaliteit en veiligheid en multidisciplinair werken, waarbij een aanbieder die te klein is, deze eisen niet of slechts op ondoelmatige wijze kan realiseren. Ik vind het een goede zaak dat Achmea kwaliteit en doelmatigheid mee laat wegen in het contracteerbeleid.

Vraag 4

Is hier naar uw mening uw stelling van toepassing dat het «algemeen consumentenbelang wordt gediend wanneer zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling met elkaar concurreren op prijs en kwaliteit»? Kunt u uw antwoord toelichten?³

Antwoord 4

Ja, verzekeraars kopen zorg in voor hun verzekerden in het geval van een natura-polis (en in veel gevallen overigens ook voor de restitutieverzekerden). De verzekeraar zal de verzekerde tevreden willen houden, er moeten dus ook voor naturaverzekerden voldoende keuzemogelijkheden voor haar verzekerden zijn, maar tegelijkertijd speelt de kwaliteit van de zorg en de hoogte van de premie ook een rol. Dit is de basis voor het systeem van de Zorgverzekeringswet.

Vraag 5

Wat betekent dit naar uw mening voor kleinere zorginstellingen die zorg van goede kwaliteit leveren? Kunnen die een contract met Achmea vergeten? Bent u daarover te spreken?

Antwoord 5

Het contracteerbeleid van Achmea biedt wel ruimte voor nieuwe partijen om toe te treden tot de zorgmarkt, ook als ze relatief klein zijn. Achmea heeft aangegeven dat daar waar sprake is van toegevoegde waarde, met name als er sprake is van vernieuwing van zorg, er een uitzondering gemaakt kan worden.

Daarnaast heeft Achmea aangegeven bereid te zijn een ingroeitraject van 1 jaar te faciliteren voor klinieken die al een contract hebben en minder dan 150.000 euro per jaar bij Achmea declareren. Zij hebben tot 2015 om zich te richten op een situatie zonder overeenkomst.

³ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1100

Verder is het altijd mogelijk, ook voor grotere instellingen, dat ze geen contract krijgen. Dat is inherent aan de door verzekeraars gehanteerde inkoopstrategie. Ik laat dit over aan de individuele verzekeraars en aanbieders. Een zorginstelling die van mening is dat een zorgverzekeraar hem ten onterecht weigert te contracteren (dat wil zeggen niet voldoet aan de in antwoord 1 genoemde criteria) kan zijn zaak aan de civiele rechter voorleggen.

Vraag 6

Zet Achmea hiermee de trend? Zijn er aanwijzingen dat andere zorgverzekeraars Achmea zullen volgen in het selecteren van zorgaanbieders op omzet? Is dat naar uw mening toe te juichen?

Antwoord 6

Dat is mij niet bekend. Maar het is mogelijk. Zolang een zorgverzekeraar aan de zorgplicht voldoet en zich als partij beweegt binnen de grenzen zoals aangegeven in het «onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014–2017», heb ik hier geen mening over.

Vraag 7

Wat betekent dit voor de keuzevrijheid van patiënten? Deelt u de vrees dat die sterk zal afnemen? Is dat naar uw mening een goede ontwikkeling?

Antwoord 7

De keuzevrijheid van de patiënten kan beperkt worden door iedere vorm van selectieve contractering die een verzekeraar doet, door iedere eis die een verzekeraar stelt en door de keuze van de aanbieder om -wel of niet onder voorwaarden- een contract te sluiten met de zorgverzekeraar. Zolang er voldoende keuzemogelijkheden zijn voor verzekerden, en voldaan wordt aan de zorgplicht heb ik geen oordeel over het contracteerbeleid van individuele verzekeraars. De naturaverzekerden, daarentegen, kunnen wel een oordeel hebben. Zelfs als hun zorgverzekeraar voldoende zorg heeft gecontracteerd om aan zijn zorgplicht te voldoen, kunnen ze besluiten met ingang van een nieuw verzekeringsjaar naar een andere verzekeraar over te stappen indien zij van mening zijn dat zij te weinig keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders hebben, of ze kunnen overstappen op een restitutieverzekering.

Vraag 8

Is dit niet een uitnodiging om de omzet te verhogen, ten einde een contract binnen te halen met Achmea? Hoe verhoudt dit zich tot de wil om zorgaanbieders niet meer aan te zetten tot upcoding?

Antwoord 8

Upcoding moet voorkomen worden ongeacht het wel of niet kans maken op een contract. De aanpak van oneigenlijk gebruik van zorgmiddelen (bijvoorbeeld in de vorm van upcoding) heeft voor mij topprioriteit. Zoals toegezegd in het debat over fraude in de zorg van 23 mei 2013 zal ik na de zomer de Kamer informeren over het vervolg van de aanpak van fraude. Dit zal ik onder andere doen in september met een actieplan en in december 2013 met voortgangsrapportage.

Overigens heeft Achmea zelf aangegeven dat het wel of niet halen van de omzetgrens voor bestaande gevallen vastgesteld is op basis van de contractwaarde 2013. Het verhogen van de omzet heeft dan sowieso geen effect.

Vraag 9

Is de door u geliefde marktwerking ermee gediend dat nieuwe toetreders het moeilijker zullen krijgen een plek te veroveren op de zorgmarkt? Ziet u nu ook in dat marktwerking er niet toe leidt dat de kwaliteit van de zorg zal verbeteren? Toont dit volgens u het failliet van de marktwerking aan? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

In mijn ogen is marktwerking de meest misbruikte term in de gezondheidszorg en is de discussie al dan geen marktwerking sterk achterhaald. De zorg zal altijd een mix zijn van overheidsingrijpen (ten behoeve van de solidariteit

en toegankelijkheid) en concurrentie (ten behoeve van de kwaliteit en doelmatigheid).