

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

1134

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de chaos voor consumenten die zorgpolis zoeken* (ingezonden 23 december 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 januari 2016)

Vraag 1, 2, 3 en 4

Wat is uw reactie op de uitspraak van de bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar DSW dat het beperken van de vrije artsenkeuze «nul euro» zou hebben opgeleverd?¹

Vindt u het niet pijnlijk dat de vier andere bestuursvoorzitters in hetzelfde interview dit beamen?

Kunt u uitleggen hoe u tot de berekening van een miljard euro besparing bent gekomen als de vrije artsenkeuze zou worden beperkt?

Waar zit precies het verschil van inzicht tussen u en de voorzitters van de vijf zorgverzekeraars? Kunt u verklaren waarom zij geen besparing zien door de vergoeding van niet gecontracteerde zorgaanbieders en hulpverleners terug te brengen naar nul euro?

Antwoord 1, 2, 3 en 4

De aanpassing van artikel 13 Zvw maakte deel uit van de hoofdlijnenakkoorden met de sector over een beheersing van het volume en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Onderdeel van de afspraken met de sector in het kader van deze akkoorden was om meer ruimte voor selectieve inkoop door verzekeraars te realiseren zonder aantasting van de zorgplicht. Op deze wijze konden partijen ook verantwoordelijkheid dragen voor de doelstellingen van de hoofdlijnenakkoorden, bijvoorbeeld het terugdringen van praktijkvariatie, substitutie van tweede naar eerste lijn en meer ambulantisering (minder intramurale bedden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)). Deze afspraken kwamen in plaats van pakketmaatregelen (medische behandelingen voor aandoeningen met een zogenoemde lage ziektelast zouden uit pakket gaan, omvang € 1,5 mld conform het regeerakkoord). De gezamenlijke doelstelling van de totale inhoud van de akkoorden was en is de groei van zorguitgaven bij te buigen tot een structurele, landelijke volumegroei van maximaal 1,0% in

¹ http://www.telegraaf.nl/binnenland/24900321/_Vrije_artenkeuze_maakt_niets_uit_.html

de jaren 2015 tot en met 2017. Het betekent dus «minder meer» uitgeven, niet bezuinigen. Dit komt neer op een besparing oplopend tot 1 mld vanaf 2017. De wetswijziging van artikel 13 was dus één van de onderdelen om de doelen van de hoofdlijnenakkoorden te realiseren. Met het vervallen van deze maatregel stonden de hoofdlijnenakkoorden onder druk en daarmee de opbrengsten van € 1 mld. Daarom is in plaats daarvan een breed pakket aan maatregelen in gang gezet: «Kwaliteit loont». Daarin staat het belang van contractering centraal, want binnen een contract kun je afspraken maken over prijs, omzet en kwaliteit. Ook bevat het maatregelen om de kwaliteit van het zorgaanbod te vergroten, in het bijzonder in de ggz-sector, en voor meer evenwicht in de onderhandelingen tussen partijen en meer invloed van verzekerden. Hiervan hebben betrokken partijen en vervolgens ook het Centraal Planbureau (CPB) gezegd dat ze een goed alternatief vormen voor de oorspronkelijke wetswijzigingen en dat de besparingen van de hoofdlijnenakkoorden daarmee haalbaar zijn en dat bovendien een bijdrage wordt geleverd aan een kwaliteitsagenda. Daarmee lopen de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt door en derhalve ook de opbrengsten van deze akkoorden.

Vraag 5

Kunt u verklaren waarom de bestuursvoorzitters van de vijf zorgverzekeraars een andere mening zijn toegedaan dan de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, de heer Rouvoet, die ook altijd heeft beweerd dat het afschaffen of beperken van de vrije artskeuze zou leiden tot een miljard euro besparing? Heeft u, beleidsambtenaren en/of communicatiemedewerkers van uw ministerie, voorafgaand aan en/of gedurende het wetstraject, afstemming gehad met de heer Rouvoet over de te voeren argumenten in de media? Zo ja, op welke momenten? Zo neen, kunt u verklaren hoe u los van elkaar op een miljard euro aan besparing bent gekomen?

Antwoord 5

Zie antwoord op vraag 1 t/m 4. Er is intensief afstemming geweest over de hoofdlijnenakkoorden en de aanpassing ervan met alle partijen die daarbij zijn betrokken.

Vraag 6, 7 en 8

Hoe reageert u op de chaos voor consumenten die ontstaat doordat de ene zorgverzekeraar aan een bepaalde zorgaanbieder een predicaat «topzorg» geeft, en de ander daar geen zorg inkoop, omdat er te weinig operaties zouden worden gedaan om een bepaalde kwaliteit te halen? Maakt u zich zorgen om deze voorspelde chaos?

Erkent u dat het voor zorgverzekeraars noch mogelijk is om kwaliteit van zorgaanbieders vast te stellen, noch in te kopen op kwaliteit? Kunt u uw antwoord toelichten?

Deelt u de mening in het interview dat er meer uniforme regels gewenst zijn? Wie moet in uw ogen die uniforme regels maken en hanteren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6, 7 en 8

In mijn brief «Kwaliteit loont» heb ik diverse maatregelen aangekondigd om het inzicht in en de transparantie van kwaliteit van zorg te verbeteren. Over de stand van zaken heb ik u geïnformeerd op 3 december 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 172). De afspraak is dat als beroepsgroepen de komende tijd voor steeds meer aandoeningen kwaliteit inzichtelijk kunnen maken, verzekeraars deze kwaliteitsmeting ook zullen volgen en steeds minder eigen kwaliteitseisen zullen stellen.

Vraag 9

Kunt u uitleggen hoe zorg goedkoper wordt als een verzekerde daar langer voor moet reizen? Waarom zijn de kosten voor iemand dichtbij of verder weg niet hetzelfde? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

Als een patiënt voor een behandeling kan kiezen tussen twee ziekenhuizen (A en B) en ziekenhuis B levert betere zorg voor een lagere prijs dan ziekenhuis A, maar ziekenhuis B is verder reizen, dan is de behandeling in ziekenhuis B

dus goedkoper en mogelijk voor de patiënt ook aantrekkelijker omdat die lagere kosten of betere zorg waarschijnlijk belangrijker vindt dan de reistijd. Is dat niet het geval, dan zal de verzekerde extra opletten dat de gecontracteerde zorg in zijn polis in elk geval die zorgaanbieders bevat die hij/zij graag bezoekt.

Vraag 10 en 11

Erkent u dat de argumentatie dat zorg «goedkoper» wordt door selectieve inkoop niet klopt, maar dat het «goedkoper» wordt, omdat er een korting op de inkoop wordt bedongen? Zo nee waarom niet?

Erkent u dat deze korting zal moeten worden terugverdiend, of gecompenseerd, door bij de niet selectief ingekochte zorg een hoger tarief te vragen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 10 en 11

Via selectieve contractering kunnen zorgverzekeraars gegeven hun zorgplicht de kwaliteit van de zorg verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. Zorgaanbieders zonder contract krijgen, ingeval van een naturapolis, van de verzekeraar een vergoeding die lager ligt dan die van gecontracteerde zorgaanbieders. Via selectieve contractering worden zorgaanbieders daardoor gestimuleerd tot meer kwaliteit en doelmatigheid. Zorgaanbieders kunnen hun tarief voor niet-gecontracteerde zorg overigens slechts beperkt verhogen omdat de vergoeding die de verzekeraar biedt bij niet-gecontracteerde zorg niet hoger is dan (een percentage van) het markconforme tarief. Het is omwille van de betaalbaarheid, zowel op micro- als op macroniveau van belang, dat er voor behandelingen geen rekeningen worden betaald die zonder verklaring uitzonderlijk hoog zijn.

Vraag 12

Is de «goedkopere» budgetpolis eigenlijk niet gesubsidieerd door andere polissen, juist omdat de korting op selectief ingekochte zorg gecompenseerd wordt uit de andere polissen en andere zorgverzekeraars? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Een budgetpolis wordt vaak, maar niet per definitie, goedkoper aangeboden omdat er selectief gecontracteerd is waardoor de zorgverzekeraar de kosten kan beperken en kan doorgeven in een lagere premie zonder verlies te draaien.