
Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 520

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 12 maart 2014 over de monitor Zorginkoop 2014 van de NZa (Kamerstuk 29 689, nr. 498).

De op 4 april 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 3 juni 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de monitor zorginkoop 2014 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Genoemde leden hebben hierbij nog enkele vragen en opmerkingen.

Genoemde leden hebben in eerdere debatten al aangegeven dat aanbieders die geen contract krijgen, een goed beargumenteerde afwijzing moeten krijgen. Zo weten ze hoe ze zich gericht kunnen verbeteren om in de toekomst wel gecontracteerd te kunnen worden. Dat is goed voor de aanbieder, de inkoper, de patiënt en de premiebetaler. Kan de minister aangeven in hoeverre afwijzingen inmiddels voldoende worden onderbouwd?

Op welke manier wordt geborgd dat bij de inkoop van zorg niet alleen de prijs, maar ook kwaliteit en innovatie voldoende worden meegenomen? Aangegeven wordt dat de contracteergraad eind 2013 over de gehele linie is toegenomen. Tegelijk wil een groeiend aantal kleinere zorgverleners geen contract sluiten. Kan de minister inzicht geven in de prijsstelling van niet gecontracteerde zorgverleners ten opzichte van de gecontracteerde zorgverleners?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met zorg kennisgenomen van de monitor en beleidsbrief zorginkoop 2014 en hebben daarover nog de nodige vragen.

Genoemde leden merken op dat de belangrijkste conclusie die wordt getrokken in de monitor, namelijk dat de zorginkoop volgens de NZa goed werkt, slechts betrekking heeft op de hoeveelheid en prijs van de ingekochte zorg en niet zozeer op de kwaliteit hiervan. Genoemde leden merken op dat dit samen lijkt te hangen met de constatering dat zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg zich voornamelijk laten leiden door financiële aspecten, en niet-financiële aspecten hierin een minder belangrijke rol spelen. Dat het moeilijk is deze niet-financiële aspecten zoals kwaliteit, innovatie en service überhaupt bij de inkoop van zorg te betrekken, blijkt ook uit de opmerkingen die zorgverzekeraars zelf hierover maken. Zorgverzekeraars geven zelf namelijk aan dat er nog onvoldoende zicht is op de kwaliteit van zorg. Genoemde leden zijn hierdoor helaas niet verrast. Zij hebben reeds bij herhaling aangegeven dat het inzicht in de kwaliteit van zorg tekort schiet. Dit gebrek in de transparantie van de kwaliteit van de zorg is daarbij recent ook nog onderschreven in de iBMG publicatie «Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening». Genoemde leden vragen waarom de NZa, gelet op de uitspraken van de zorgverzekeraars en onafhankelijke rapporten zoals de genoemde iBMG publicatie, dan toch concludeert dat de zorginkoop goed werkt. Dient de NZa hier niet expliciet het voorbehoud bij te maken dat dit alleen geldt voor de hoeveelheid en de prijs van de ingekochte zorg? Genoemde leden krijgen graag een nadere toelichting op deze conclusie. Ook vragen zij hoe de NZa in de volgende monitor wel de kwaliteit van de zorg kan betrekken. Genoemde leden vragen tevens welke maatregelen de NZa voor zich ziet om deze gebrekkige transparantie weg te nemen. Zij wijzen in dit verband op de goede ervaringen die Zweden kent met een systeem van kwaliteitsindicatoren. De Boston Consulting Group heeft eerder in het rapport «Zorg voor Waarde» beschreven dat een dergelijk systeem onder meer resulteert in een lagere mortaliteit en minder heroperaties. Op grond hiervan constateert de Boston Consultancy Group dat navolging van het Zweedse model, naast inzicht in de kwaliteit van de zorg, ook een aanzienlijke bezuiniging op de zorgkosten oplevert. Een dergelijk systeem van kwaliteitsindicatoren komt daarmee niet alleen de transparantie van de kwaliteit van de zorg ten goede, maar ook de kwaliteit op zichzelf, alsook de uitgaven aan zorg. Graag zouden de leden van de PvdA-fractie

vernemen hoe de minister tegenover een dergelijk systeem staat. Deelt zij de opvatting van deze leden dat veel van de in de monitor beschreven problemen, ondervangen kunnen worden met een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en dat een dergelijk systeem hiervoor een uitstekende basis biedt. Wat zijn de barrières voor invoering van een dergelijk systeem in Nederland? Wie zou hierbij, volgens de minister, de regie dienen te nemen?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat, zoals ook in de monitor beschreven is, het de bedoeling is dat zorgverzekeraars contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Genoemde leden hebben er reeds op gewezen dat zorgverzekeraars zelf in de monitor aangeven dat er naast prijs, nog onvoldoende inzicht is in zaken als kwaliteit en doelmatigheid, en dat zij daar dan ook niet selectief op kunnen inkopen. Dit gebrekkig inzicht is volgens genoemde leden niet alleen onwenselijk vanuit het oogpunt van de patiënt, maar ook vanuit het oogpunt van eventuele selectieve contractering door zorgverzekeraars. Immers, de gedachte achter dit stelsel is dat verzekerden kunnen beoordelen welke zorgverzekeraars de beste kwaliteit zorg voor de beste prijs heeft ingekocht en op basis van die informatie besluit al dan niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Wanneer de variabele kwaliteit ontbreekt, kan er slechts een afweging worden gemaakt op basis van de prijs van een zorgverzekering. Deze leden vrezen dat, wanneer een verzekerde alleen op basis van prijs een oordeel kan vellen, er een race-to-the-bottom ontstaat waarin zorgaanbieders die de goedkoopste, maar niet perse de beste zorg, gecontracteerd hebben, er voordelig uitkomen. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de NZa het risico van een race-to-the-bottom inschat. Wat zou zo'n eventuele race-to-the-bottom voor consequenties kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg in Nederland, zo vragen deze leden. Genoemde leden merken in het verlengde hiervan op dat de NZa zeer positief staat tegenover de aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw), terwijl de NZa in deze monitor ook aangeeft dat juist het inzicht in kwaliteit van de zorg nog tekort schiet. Waarom geeft de NZa aan hier positief tegenover te staan, terwijl uit de praktijk blijkt dat de vereiste transparantie over de kwaliteit van zorg nog niet op orde is? Hoe ziet de minister de balans tussen enerzijds de mate waarin de kwaliteit van zorg inzichtelijk is, en anderzijds de mogelijkheid van zorgverzekeraars om na aanpassing van artikel 13 Zvw geen vergoeding uit te keren voor niet-gecontracteerde zorg? Is het inzicht in de geleverde kwaliteit inmiddels van dien aard dat er volgens de minister overgegaan kan worden tot aanpassing van dit artikel?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de NZa stelt dat door het afbouwen van de ex-post compensatiemechanismen in de risico-verevening, zorgverzekeraars meer financieel risico gaan lopen. Het doel hierachter, zo stelt de NZa ook in deze monitor, is zorgverzekeraars te stimuleren om te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten. Genoemde leden onderschrijven de afbouw van deze ex-post compensatiemechanismen, maar zijn wel alert op eventuele perverse prikkels. Een dergelijke perverse prikkel zou kunnen zijn dat zorgverzekeraars juist niet investeren in betere zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken waarvoor de risicoverevening ondercompenseert. Deze prikkel is ook beschreven in de al eerder genoemde iBMG publicatie. Dat deze prikkel meer is dan een gedachte-experiment, blijkt ook wel uit de opmerkingen van zorgverzekeraars hierover. In de monitor wordt door hen aangegeven dat het verlies wat zij boeken op een verzekerdenpopulatie met hoge risico's, met een scherpe zorginkoop niet te compenseren is. Een logische reactie zou kunnen zijn dat zorgverzekeraars dergelijke hoge risico's weren door voor precies deze groepen minder goede, of te weinig zorg in te kopen. Hoe staat de minister ten opzichte van deze perverse prikkel? Onderkent zij het bestaan ervan? Heeft zij aanwijzingen dat dit effect ook daadwerkelijk optreedt? Welke wijzigingen ziet de

minister in het ex-ante risicovereveningssysteem voor zich zodat deze eventuele risicoselectie rondom de zorginkoop niet meer lonend is? Tijdens het algemeen overleg Zorgverzekeringswet is de inkoop van zorg door zorgverzekeraars aan de orde geweest. Genoemde leden hebben in het algemeen overleg opgemerkt dat zij signalen kregen dat niet altijd voldoende zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars bij, met name, kleinere zorgaanbieders. Tijdens dit algemeen overleg is toegezegd hier op terug te komen. Genoemde leden vragen wanneer zij hierover een reactie mogen ontvangen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de monitor Zorginkoop 2014 van de NZa. Zij hebben naar aanleiding hiervan enkel vragen en opmerkingen.

Genoemde leden lezen dat er grote onrust heerst onder met name logopedisten en fysiotherapeuten over de zorginkoop door zorgverzekeraars. Brancheverenigingen constateren zelfs dat er fysiotherapeuten overwegen te stoppen vanwege de contractering met de zorgverzekeraars. Zij ervaren de onderhandelingen als «slikken of stikken» of «tekenen bij het kruisje». Daar maken genoemde leden zich zorgen over. Eerder stelden deze leden Kamervragen over deze kwestie¹. Toen antwoordde de minister dat zorgverzekeraars de volledige vrijheid hebben om deze zorgverleners onder druk te zetten. Wel heeft de NZa ten behoeve van het onderhandelingsproces een handreiking geformuleerd (Good Contracting Practices) waarin de voornaamste knelpunten in kaart zijn gebracht en aanbieders en zorgverzekeraars aangeven hoe die opgelost kunnen worden. De minister schreef in de beantwoording van genoemde Kamervragen dat indien dat niet gebeurt, de NZa kan optreden door nadere regels te stellen. De leden van de SP-fractie vonden dit een zwakke reactie op grote problemen die zorgverleners ervaren. Maar wat zij nog meer zorgen baart is dat de NZa haar opstelling nog verder afzwakt in de monitor Zorginkoop 2014 door te stellen dat de NZa sterk hecht aan de vrijheid van contractering en zich in principe niet mengt in het individuele contracteerproces. De NZa vindt het uiteindelijk aan de rechter om de redelijkheid en billijkheid van de inkoopvoorwaarden en het inkoopproces van zorgverzekeraars te toetsen. Want zo stelt de NZa «zolang het handelen van de zorgverzekeraar de zorgplicht niet in gevaar brengt en ten goede komt aan de consument, is het niet aan de NZa om in te grijpen in het proces». Hiermee laat de NZa de zorgverleners in de ogen van de SP-fractie aan hun lot over. Bovendien stellen deze leden vraagttekens of dit wel ten goede komt van de patiënt. Zij vragen de minister of zij dat oordeel deelt. Daarnaast vragen zij hoe zij de opstelling van de NZa moet rijmen met de beantwoording van de minister van genoemde Kamervragen.

Ook vanuit de GGZ komen relatief veel signalen van onvrede met het contracteerproces. De leden van de SP-fractie hebben ook over deze kwestie eerder Kamervragen gesteld². In de antwoorden op die vragen stelde de minister dat de Autoriteit Consument en Markt of de NZa mocht er sprake zijn van misbruik van de machtspositie of aanmerkelijke marktmacht hierin kan optreden op basis van de Mededingingswet of de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Genoemde leden vragen de minister of dit volgens haar aan de hand is. Deze leden constateren dat de klachten vanuit de GGZ maar ook die van logopedisten en fysiotherapeuten hier direct mee samenhangen. Het is een gegeven dat zorgverzekeraars zorgverleners een contract aanbieden waarbij van onderhandelen geen enkele sprake is. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij

¹ Aanhangsel van de Handelingen, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, nr. 504.

² Aanhangsel van de Handelingen, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, nr. 1397

het oordeel deelt dat dit een directe gevolg is van het enorme markt-aandeel van enkele grote zorgverzekeraars. In de hiervoor genoemde Kamervragen over het bericht dat de sector GGZ verbolgen is over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars stelden deze leden ook aan de orde dat de vele verschillende contractvoorwaarden die worden opgelegd door verschillende zorgverzekeraars voor veel administratieve lasten zorgen. De minister stelde in het antwoord dat zorgverzekeraars de mogelijkheid moeten behouden zich te onderscheiden waarmee de minister de zorgverleners in de ogen van de SP-fractie in de steek liet. Deze leden vragen de minister of zij hierbij blijft gezien het gegeven dat de NZa nu ook deze problemen bij de contractering constateert. Genoemde leden vragen of zij van mening blijft dat audit-trajecten een toegevoegde waarde zijn terwijl zorgverleners deze als overbodig, tijdsverslindend, bureaucratisch ervaren en van mening zijn dat deze van geen enkele toegevoegde waarde zijn.

De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij van mening is dat kwaliteit van de zorg een rol speelt bij de inkoop van de zorg. Het is de minister die dit altijd als een lonkend einddoel neerzet. Maar dat einddoel lijkt ook gezien de conclusie van de NZa dat «financiële aspecten ook voor 2014 nog dominant zijn in de zorginkoop» nog zover weg dat vraagtekens of dat ooit bereikt gaat worden gerechtvaardigd zijn. Genoemde leden geloven hier niet in en stellen voor dat de minister dit doel loslaat en kwaliteit voortaan overlaat aan de beroepsgroepen onderling en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De NZa stelt dat zij het belangrijk vindt dat artikel 13 Zvw wordt uitgelegd dat het de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Hiermee neemt de NZa een zeer politiek gekleurde positie in en lijkt de NZa een ideologisch orgaan van de minister te worden. De leden van de SP-fractie zetten hier vraagtekens bij. Zij vragen de minister of zij van mening is dat de NZa zich van dergelijke politieke oordelen moet onthouden en zich in de toekomst op moet stellen als een neutrale toezichthouder. Maar de NZa gaat nog verder, zij stelt in het rapport Zorginkoop 2014 dat «de rechter in een aantal recente zaken heeft aangegeven dat lagere vergoedingen dan 75% tot 80% een hinderpaal vormen om zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder te betrekken en daarom niet zijn toegestaan. Dit wijkt af van de visie van de NZa, volgens welke een vergoeding voor niet gecontracteerde zorg boven nul euro/nul procent is toegestaan». De leden van de SP-fractie vragen zich naar aanleiding van deze passage af sinds wanneer de NZa zich het recht toeëigend zich een oordeel aan te meten over uitspraken van de rechter. Daarmee komt de neutrale positie die de NZa als controlerend orgaan zou moeten innemen in het geding. Genoemde leden zijn van mening dat dit zeer onwenselijk is.

Deze leden vragen de minister voorts of zij per zorgverzekeraar een overzicht kan verstrekken hoeveel verzekerden voor 2014 kozen voor een budgetpolis of selectieve polis. Als laatste vragen zij hoe de minister reageert op de constatering van de NZa dat de afschaffing van de ex-post risicoverevening het voor kleine zorgverzekeraars lastig maken om een verzekerdenpopulatie met hoge risico's te compenseren met lagere risico's. Eerder bagatelliseerde de minister dat probleem. Genoemde leden vragen de minister of zij bij die opstelling blijft gezien deze constatering van de NZa.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de monitor en beleidsbrief Zorginkoop van de Nederlandse Zorgautoriteit. Genoemde leden zijn van mening dat de NZa op deelonderwerpen zoals de ongelijkwaardige positie tussen zorgverzekeraars en eerstelijnsaanbieders, de sanering in de paramedische zorg en het niet-inkopen op kwaliteit de

vinger op de zere plek legt. De NZa beperkt zich echter tot deze waarneming en komt nauwelijks met concrete vervolgacties. Deze leden missen dat de Nederlandse Zorgautoriteit «haar tanden laat zien» en overgaat tot het opleggen van een aanwijzing ex artikel 32 Wet marktordeining gezondheidszorg. Wat is de opvatting van de minister hierover? Daarnaast valt het deze leden ook op, dat de NZa haar discretionaire ruimte te beperkt invult. Zij vinden het harde en herkenbare conclusies van de NZa dat de zorgverzekeraars niet-financiële aspecten zoals kwaliteit, innovatie en service nauwelijks in onderhandelingen laten meespelen. De NZa verbindt hieraan de kwalificatie «van ondergeschikt belang». Deze leden willen graag weten of dit in overeenstemming is met de Good Contracting Practices. Hoe verhoudt zich dit tot de regierol van de zorgverzekeraar als het gaat om de borging van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid? Rechtvaardigt de constatering van de NZa niet de conclusie dat de zorgverzekeraar onvoldoende de regierol op kwaliteit invult, omdat zij nauwelijks inkoopt op kwaliteit? Wat gaat de minister hieraan doen?

Wat is de mening van de minister over de stelling van organisaties van kleinere zorgaanbieders dat zorgverzekeraars teveel marktmacht hebben. Is de minister van mening dat zorgverzekeraars grote en kleine spelers in de markt gelijk behandelen en criteria van gelijke waarde hanteren bij de zorginkoop.

Aanbiedingsbrief Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa geeft aan dat bij de uitkomsten van onderhandelingen wel regionale verschillen zichtbaar zijn. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat die regionale verschillen zijn en welke verschillen tussen regio's kunnen worden waargenomen.

De NZa beklaagt zich meerdere malen dat de rechter bepaald heeft dat de betreffende zorgverzekeraar minimaal 75 tot 80% moest vergoeden van de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder. Deze leden verzoeken de minister een overzicht te verstrekken van de rechtszaken vanaf 2007 die over artikel 13 Zorgverzekeringswet en het hinderpaalcriterium zijn gevoerd. Daarnaast zouden zij graag in dat overzicht willen zien wat de uitspraak van de rechter was. Ook willen zij graag de vraag beantwoordt zien of de procedure tot de hoogste rechter is gevoerd.

De NZa geeft aan dat als zorgaanbieders verkoopmacht krijgen, dit nadelig kan zijn voor de publieke belangen in de zorg. De leden van de CDA-fractie wil graag van de minister weten hoe zij met dit aspect rekening houdt met het oog op de verdergaande concentratie van de zorg. De NZa heeft de Good Contracting Practices (GCP's) voor eerstelijns zorgaanbieders uit 2010 in 2013 geëvalueerd. Zij komt met een aangepaste versie. De leden van de CDA-fractie zouden graag de nieuwe versie willen ontvangen met daarin ook een uitleg welke bepalingen gewijzigd zijn en welke reden daarvoor was.

De leden van de CDA-fractie verbazen zich erover dat de geconstateerde knelpunten voor de NZa niet aanleiding is om de status van de GCP's aan te passen. De leden van de CDA-fractie vinden de constatering dat financiële belangen leidend zijn in de contractering, tekenen bij het kruisje, schering en inslag is en de ongelijkwaardige positie in de eerstelijns erg stevig. De leden van de CDA-fractie kunnen zich indenken dat de NZa de status van de GCP's verandert, totdat de geconstateerde knelpunten in het contracteerproces opgelost zijn. De NZa zou komende periode de GCP's bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zo nodig kunnen afdwingen. Dit voorkomt ook onnodige juridisering van het inkoopproces en het verlies van premiegeld aan gevoerde rechtszaken. Graag een reactie van de minister op dit punt.

De leden van het CDA-fractie zijn het niet eens met de NZa dat het uiteindelijk aan de rechter is om de redelijkheid en billijkheid van de

inkoopvoorwaarden en het inkoopproces van zorgverzekeraars te toetsen. Genoemde leden kunnen deze redenering volgen als het gaat om enkele a-specifieke individuele zaken. Op het moment dat in de praktijk blijkt dat in een bepaalde sector over de hele linie de redelijkheid en billijkheid ontbreekt, dan heeft de Nederlandse zorgautoriteit vanuit haar ordenende rol wel een taak. Hoe kijkt de minister tegen deze constatering aan? Daarnaast willen deze leden van de minister weten hoe zij ervoor gaat zorgen dat bij de inkooprol van zorgverzekeraars inhoud en kwaliteit naast prijs leidend wordt.

In hoeverre is de minister het eens met de stelling dat de polisvoorwaarden en de hoogte van de restitutie (mede) bepalende factoren zijn in het onderhandelingsproces tussen aanbieder en verzekeraar?

Monitor zorginkoop

Zorgverzekeraars zetten vraagtekens bij het indexeringsbeleid. De NZa geeft aan dat zij in de loop van 2014 met een nader standpunt komen. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer dit standpunt komt. Hoe kijkt de minister aan tegen de constatering van de zorgverzekeraars dat de indexatie te ruimhartig is? Deelt zij dit standpunt?

Zorgverzekeraars geven aan dat met name de volumeontwikkelingen onvoorspelbaar zijn en dat het nieuwe bekostigingssysteem (DOT) het inzicht in de werkelijke kosten en prijzen van zorgproducten nog enigszins belemmert. Deze leden willen graag van de minister weten wat zij gaat doen om deze terecht geconstateerde problemen te verhelpen.

Zorgverzekeraars geven aan dat in de mondzorg nog vrijwel geen zorginkoop op inhoud plaatsvindt. Er is te weinig zicht op kwaliteit, richtlijnen en praktijkverschillen. De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat de NZa of de minister gaat doen om deze tekortkomingen te (laten) verhelpen.

De NZa constateert dat het preferentiebeleid vrijwel ongewijzigd blijft. De minister heeft echter ook twee verkenners opdracht gegeven om knelpunten in de farmacie te onderzoeken. Dit heeft tot stevige conclusies over het preferentiebeleid geleid. Hoe zorgt de minister ervoor dat de zorgverzekeraars ook tegemoetkomen aan de knelpunten in het preferentiebeleid?

De NZa constateert dat zorgverzekeraars vaak nog onvoldoende toegerust zijn op een inkoop op grote schaal, doordat zij werken met tamelijk kleine en gescheiden inkoopafdelingen met weinig medische adviseurs. Welke mening heeft de minister over de inrichting van de inkoopafdeling van zorgverzekeraars? De leden van de CDA-fractie horen ook graag van de minister of een goede inkoop wel mogelijk is als de inkoopafdelingen onvoldoende toegerust zijn? Is een goede inkoop mogelijk als bovendien onvoldoende op niet-financiële aspecten wordt ingekocht?

Graag willen genoemde leden weten op welke wijze de NZa concreet haar toezichtsrol invult of de zorgverzekeraars zich houden aan het landelijk kwaliteitskader, de richtlijnen en veldnormen en de afspraken in de bestuurlijk akkoorden. Waarop wel en waarop niet?

De differentiatie in contractvoorwaarden van zorgverzekeraars leidt tot onnodige transactiekosten en coördinatieproblemen voor zorgaanbieders. Dit geldt niet alleen voor zorgverzekeraars onderling maar ook bij verschillen in contracten van één zorgverzekeraar. De leden van de CDA-fractie vragen dit probleem mee te nemen in de uitvoering van de motie Bruins Slot en Van der Staaij (33 750-XVI, nr. 29). Graag een reactie van de minister op dit punt.

Genoemde leden willen van de minister weten of zij wil garanderen dat de contractvoorwaarden van alle zorgverzekeraars op dit moment voldoen aan de eisen van het Burgerlijk Wetboek, de Zorgverzekeringswet en de Wmg.

De NZa ontvangt signalen van nieuwe zorgaanbieders dat soms hoge en contraproductieve eisen worden gesteld. Wat is de opvatting van de minister hierover?

De NZa bevestigt de signalen dat de zorgverzekeraars soms tot 25% onder het maximumtarief van de NZa voor logopedie blijven. De leden van het CDA-fractie willen graag van de minister weten waarom de NZa het noodzakelijk vond om de tarieven van de logopedie te verhogen.

Genoemde leden leven namelijk in de veronderstelling dat tariefverhoging noodzakelijk was om goede kwalitatieve zorg te blijven verlenen.

Wat vindt de minister ervan dat sommige verzekeraars in hun contracten ook tarieven vastleggen voor zorg die niet onder de dekking van de verzekering valt?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Inleiding

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Monitor Zorginkoop 2014 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze leden stellen met tevredenheid vast dat de zorginkoop volgens de NZa over het algemeen goed werkt, omdat zorgverzekeraars meer en selectief inkopen voor een steeds betere prijs. Voor de verzekerde betekent dat uiteindelijk zorg voor een lagere premie. Zij beschouwen dit als een positief signaal dat het nieuwe zorgstelsel steeds beter begint te werken. De leden van de D66-fractie maken zich echter wel grote zorgen over de vaststelling dat bij de zorginkoop het criterium kwaliteit nog steeds een ondergeschikte rol speelt. Zij zetten tevens vraagtekens bij de eenduidige conclusie van de NZa dat de zorgplicht wordt nageleefd. Deze leden hebben daarom nog enkele aanvullende vragen en opmerkingen.

Contracteerproces

De leden van de D66-fractie constateren dat zorgaanbieders met betrekking tot het contracteerproces de volgende punten aan de kaak stellen: een gebrekkige communicatie door zorgverzekeraars, weinig transparantie van het proces van contractering, onzekerheid over de bestuurlijke beleidscyclus, de korte reactietermijn om te reageren op een contractvoorstel en onvoldoende informatie over contracten voor consumenten. Deze leden vragen welke maatregelen de minister gaat nemen om het contracteerproces op deze punten in de toekomst beter te laten verlopen? Genoomde leden hebben van uit het veld ook het signaal gekregen dat de zorginkoop op dit moment veel administratieve lasten met zich meebrengt. Deze leden vragen de minister of zij dit herkent en of zij wil onderzoeken hoe deze lasten beperkt kunnen worden.

De leden van de D66-fractie constateren dat om de zorgaanbieders en verzekeraars te ondersteunen bij het inrichten van het contracteerproces het document «Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren» (GCP's) is gepubliceerd. Deze leden stellen vast dat er bij een deel van de zorgaanbieders onvrede is over het contracteerproces, maar dat de GCP's niet bij alle aanbieders bekend zijn. Deze leden vragen hoe de minister de bekendheid gaat vergroten.

Zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars

De leden van de D66-fractie stellen vast dat er bij de logopedisten en fysiotherapeuten veel gewerkt wordt met standaardcontracten en dat er weinig mogelijkheid wordt geboden om het contractaanbod te wijzigen. Dit leidt tot een gevoel van »slikken-of-stikken« of »tekenen bij het kruisje«. De hier aan het woord zijnde leden zouden juist graag zien dat verzekeraars en zorgaanbieders wel degelijk onderhandelen en dat daarbij

kwaliteit een prominente rol speelt. Deze leden vragen wat het oordeel van de minister over deze gang van zaken is, of zij de zorgverzekeraars wil aanspreken op hun verantwoordelijkheid om ook te contracteren op basis van kwaliteit en of zij het inzichtelijk maken van kwaliteit verder wil aanjagen. Deze leden vragen ook of de minister nader kan duiden bij hoeveel kleine zorgaanbieders sprake is van deze wijze van «onderhandelen».

De leden van de D66-fractie constateren dat volgens de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de financiële aspecten ook voor 2014 nog dominant zijn in de zorginkoop. Zij stellen met grote zorg vast dat afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie nauwelijks van de grond komen. Genoemde leden vragen of de minister een nader onderzoek wil laten doen naar de achterliggende oorzaken hiervan. Deze leden lezen in de monitor zorginkoop dat de hoofdlijnenakkoorden door de zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt benoemd als een van de oorzaken van de focus op prijs ten koste van kwaliteit. De leden van de D66-fractie benadrukken dat de minister een van de ondertekenaars is van deze akkoorden en vragen haar daarom welke rol zij hier voor zichzelf ziet om de inkoop op kwaliteit een impuls te geven. Is zij bereid om het hoofdlijnenakkoord aan te vullen met afspraken over de inkoop op kwaliteit? De leden van de D66-fractie constateren dat patiënten momenteel onvoldoende zicht hebben op de gebruikte indicatoren in het inkoopbeleid. Deze leden horen graag van de minister welke acties zij wil inzetten om dit te verbeteren.

Genoemde leden stellen vast dat de zorgverzekeraars via informatiebijeenkomsten, websites, e-mailcontacten en telefonische helpdesks het inkoopbeleid aan zorgaanbieders toelichten. Zij constateren echter dat de telefonische helpdeskfuncties uit kostenoverwegingen door de zorgverzekeraars worden beperkt. Genoemde leden vinden dit onwenselijk en vragen of de minister er bij de zorgverzekeraars op wil aandringen dat zij de helpdeskfuncties overeind houden.

De leden van de D66-fractie constateren dat zorgverzekeraars soms in tijdsnood komen bij het contracteren van grote zorgaanbieders, wanneer die weigeren te onderhandelen met het oog op de verplichting om voor 19 november te contracteren. Enkele zorgverzekeraars zien dit probleem graag opgelost door zorgaanbieders de verplichting te geven om voor een bepaalde datum een offerte te laten opleveren. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de minister of zij dit wettelijk wil vastleggen.

De leden van de D66-fractie constateren dat volgens de NZa de zorgplicht niet in gevaar is, zolang de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg niet in het geding is. Deze leden vragen de minister hoe dit zich verhoudt tot de overschrijding van de treeknormen bij 6 specialismen zoals blijkt uit de Marktscan Medisch Specialistische Zorg. Deze leden vragen in het kader van de zorgplicht ook, waarom de NZa marktscan Zorginkoop 2014 niets vermeldt over de patiëntenstop transgenderzorg in het VUmc. Deze leden achten de zorgplicht al sinds januari 2014 in het geding en roepen de minister op om de NZa hier zo snel mogelijk over te laten oordelen. Deze leden vragen de minister ook of zij de NZa wil vragen om bij de volgende Monitor Zorginkoop de transgenderzorg expliciet mee te nemen.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het belangrijk is dat (kleine) innovatieve zorgaanbieders toegang houden tot een contract met een zorgverzekeraar. Deze leden constateren dat de NZa signalen heeft ontvangen over hoge eisen voor deze aanbieders voor het verkrijgen van een contract. Genoemde leden vragen of de minister hier wil voorzien in een nadere knelpuntenanalyse. Deze leden vragen in dit kader ook in hoeverre er wordt gewerkt met minimale omzeteisen en of de minister de inzet hiervan toelaatbaar acht met het oog op de mogelijke barrières die dit opwerpt voor nieuwe kleine innovatieve zorgaanbieders.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat zorgverzekeraars een rol hebben bij het opsporen van dubieuze declaraties en fraude in de zorginkoop. Genoemde leden constateren met tevredenheid dat veel zorgverzekeraars hier steeds meer aandacht aan besteden, maar zij zien ook dat een aantal verzekeraars nog steeds een onvoldoende scoort op verschillende controlewerkzaamheden. Deze leden vragen in hoeverre de minister stimuleert dat best practices zoals datamining en spiegelinformatie op dit punt worden verspreid.

De leden van de D66-fractie constateren dat er volgens de NZa een trend is waar te nemen dat een toenemend aantal kleine zorgverleners geen contract wil tekenen uit onvrede met de tarieven en aanvullende eisen. Deze aanbieders denken dat ze met de huidige restitutie en/of 60/80% van het marktconforme tarief uit kunnen komen. Genoemde leden vragen of de minister de mening deelt dat dat een onwenselijke ontwikkeling is, omdat dit tot gevolg kan hebben dat zorgaanbieders zorg van een lagere kwaliteit of doelmatigheid leveren dan wenselijk wordt geacht. Bovendien heeft de verplichting tot het vergoeden van niet gecontracteerde zorg tot gevolg dat de premies onwenselijk hoog blijven. Deze leden zouden het daarom wenselijk vinden dat artikel 13 Zvw wordt aangepast en vragen de minister daarom wat de stand van zaken is van het voorstel «Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben», waarin dit wordt beoogd.

De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa verwacht dat de uitgaven-groei in 2014 daadwerkelijk onder de afgesproken groeiruimte blijft. Deze leden vernemen graag of de minister al kan aangeven wat hierover de eerste signalen zijn. Deze leden stellen ook vast dat de NZa zich beraadt op het indexeringsbeleid. Zij vragen de minister wat daarvan de stand van zaken is.

(Deel-) marktontwikkelingen

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de huisartsenzorg wacht op de nieuwe bekostiging van 2015 en vragen de minister daarom hoe het staat met de onderhandelingen met het veld over de uitwerking van het nieuwe bekostigingssysteem? Deze leden constateren ook dat er twijfels zijn bij het onderscheidend vermogen van de innovatie module die nu vrijwel standaard wordt gebruikt. Genoemde leden vragen hoe daarop wordt geanticipeerd in het nieuwe systeem.

De leden van de D66-fractie constateren dat de GGZ sector een grote dynamiek in de zorginkoop voor 2014 kende door de invoering van de Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ. Genoemde leden roepen de minister in dat kader in herinnering dat de introductie van de Basis GGZ moet leiden tot een verschuiving van tenminste 20% van de patiënten vanuit de Gespecialiseerde GGZ naar de Basis GGZ. Zij vragen de minister wat daarvan de eerste resultaten zijn?

De leden van de D66-fractie constateren dat er een kostenonderzoek wordt uitgevoerd in de mondzorg, ten einde in 2014 de herijkte tarieven vast te stellen. Genoemde leden vragen of dit kostenonderzoek inmiddels is afgerond en wanneer de herijkte tarieven worden vastgesteld. Deze leden zijn nog steeds van mening dat het jammer is dat het experiment met de vrije tarieven in de mondzorg zo snel is afgeblazen. Zij zijn van mening dat de tariefregulering op zorgvuldige wijze losgelaten kan worden ten gunste van de patiënt. Deze leden vragen de minister of zij over een jaar opnieuw wil kijken of een nieuw experiment kan worden gestart. De leden van de D66-fractie denken wel dat er nog verbetering mogelijk is op het zicht op de kwaliteit en richtlijnen van de mondzorg. Zij vragen de minister hoe zij de mondzorgaanbieders hiertoe wil aanmoedigen.

Bij de inkoop van ketenzorg constateren de leden van de D66-fractie dat zorgverzekeraars een informatieachterstand hebben ten opzichte van zorggroepen en andere eerstelijnszorgorganisaties. Deze leden achten dat niet wenselijk voor een effectieve zorginkoop en vragen de minister of zij de zorgverzekeraars wil aanmoedigen hun informatieachterstand in te halen.

De leden van de D66-fractie stellen met tevredenheid vast dat de inkoop van de zorgverzekeraars uiteindelijk leidt tot lagere premies voor goede zorg. De NZa stelt naar aanleiding van deze constatering de vraag in hoeverre tariefregulering op alle markten waar die nu wordt toegepast nog wenselijk is. De vraag of tariefregulering nog nodig is kan beantwoord worden met de meetlat die de NZa daarvoor heeft ontwikkeld. Deze leden vragen welke markten er allemaal langs deze meetlat zullen worden gelegd en wat de minister vindt van het idee van loslaten van de tariefregulering op bepaalde markten.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met kritische interesse kennisgenomen van de Monitor en beleidsbrief Zorginkoop. Zij lezen dat de NZa bij de marktscans en monitors let op marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Genoemde leden constateren echter dat de NZa met name de betaalbaarheid van de zorg benadrukt, en de kwaliteit van zorg onderwaardeert en amper meeweegt bij het trekken van de conclusies. Dat maakt de beleidsmatige conclusies van de NZa dat de zorginkoop werkt en de zorgplicht is geborgd volgens deze leden te eenzijdig. Ook de voorgestelde maatregelen, zoals de wijziging van artikel 13 Zvw, komen daarmee in een volstrekt ander licht te staan. De leden van de SGP-fractie horen graag van de minister of deze eenzijdige insteek wordt bepaald door, zoals de NZa zelf noemt, de «bevoegdheden van de NZa die het perspectief bepalen». Kan de minister dat perspectief nader duiden? Kan daaruit volgens de minister worden verklaard dat de NZa een strikt economische benadering kiest van de zorginkoop, en daardoor andere publieke belangen onvoldoende meeweegt? Had de NZa volgens de minister in het rapport niet meer moeten benadrukken dat de conclusies werden getrokken vanuit dit perspectief?

Op basis van de bevindingen in de monitor zorginkoop stelt de NZa dat de huidige zorginkoopmarkt ten goede komt aan de consument door een scherpe premie te rekenen en daarvoor goede kwaliteit van zorg in te kopen. Is dat niet te optimistisch, zeker gelet op het feit dat de monitor beschrijft dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voornamelijk afspraken maken over financiële aspecten en afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie in mindere mate of niet aan de orde komen? Deelt de minister de mening dat dit onmisbare elementen zijn voor goede zorginkoop, en dat het voor patiënten juist belangrijk is dat de kwaliteit en service van zorg goed is en dat er bij de zorginkoop aandacht is voor het voorkomen van verergering van klachten? Deelt de minister daarom de conclusie dat de zorginkoop goed werkt, of plaatst zij daar net als deze leden kanttekeningen bij?

De NZa baseert haar conclusie op het gegeven dat de verzekeraars voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen en dat zij daarbij hun zorgplicht niet uit het oog verliezen. Hoe beoordeelt de minister in dit verband dat de transparantie van zorginkoop beperkt is en dat de kwaliteitscriteria die gehanteerd worden bij de zorginkoop, over de controle daarop en over de gevolgen bij het eventueel niet nakomen van de afspraken er vaak niet is? Hoe beoordeelt de minister dat de inkoopbeleidskaders van de verschillende verzekeraars die wel vindbaar zijn op de openbare websites, nauwelijks met elkaar te vergelijken zijn door verschillen in opbouw en gebruikte terminologie? Hoe kijkt de minister er

tegenaan om verzekeraars wettelijk te verplichten openbaarheid en transparantie te betrachten over de zorginkoopcriteria, waarmee bevorderd wordt dat verzekeraars meer op kwaliteit gaan inkopen en waarmee bovendien geregeld wordt dat zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie hebben in de onderhandelingen?

Uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013 blijkt dat zorgverzekeraars de behaalde voordelen hebben doorgegeven via de nominale premie, zo stelt de NZa. Uit diezelfde marktscan blijkt echter ook dat overstappers mensen zijn die naar verwachting weinig zorgkosten hebben. Het zijn de wat jongere verzekerden die zich gemakkelijk bewegen op het internet en weinig afhankelijk zijn van een aanvullende verzekering. Zou het volgens de minister zo kunnen zijn dat de voordelen van scherpere zorginkoop met name aan consumenten ten goede komen (de NZa bewaakt het algemeen consumentenbelang), maar in mindere mate aan verzekerde patiënten die zorg nodig hebben gehad? Vindt de minister dat met de leden van de SGP-fractie onwenselijk, omdat daarmee de situatie zich kan voordoen dat het zorgstelsel zich in toenemende mate richt op kostenreductie en niet op een goede kwaliteit/prijsverhouding? Ziet de minister mogelijkheden om de NZa meer gericht te laten zijn op het belang van patiënten?

De leden van de SGP-fractie lezen dat veel zorgaanbieders ontevreden zijn over de contractering door zorgverzekeraars en dat de klachten vooral gericht zijn op het verschil in onderhandelingsmacht en het gebrek aan mogelijkheden om daadwerkelijk te onderhandelen met de zorgverzekeraar, op administratieve lasten door differentiatie van contractvoorwaarden, op het niet krijgen van een contract en op de voorwaarden van contracten. Kan de minister toelichten waarom de NZa deze gegronde klachten van zorgaanbieders feitelijk naast zich neerlegt door te stellen dat «enige» inkoopmacht goed is voor de verzekerde? Kan de minister haar analyse geven rond de klachten van aanbieders over zorgverzekeraars? De leden van de SGP-fractie vragen de minister hoe zij de door haar voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw ziet in het licht van het feit dat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan omzet voordat zij een contract krijgen aangeboden. Betekent dat geen te grote drempel voor nieuwe toetreders?

De leden van de SGP-fractie vragen de minister naar haar analyse hoe het komt dat verzekeraars onvoldoende scoren op het controleren van verdenkingen van dubieuze declaraties en fraude.

Het contracteerproces

De NZa geeft aan sterk te hechten aan de vrijheid van contracteren en zich in principe niet te mengen in het individuele contracteerproces. Is er echter, gezien het aantal klachten van zorgaanbieders over het contracteerproces en de manier waarop zorgverzekeraars hun inkooprol vervullen, aanleiding om de NZa een grotere rol te geven in het beoordelen of verzekeraars redelijk en billijk handelen in het contracteerproces? Hoe kijkt de minister er tegenaan om goed contracting practices in de wet vast te leggen, zodat de NZa niet alleen het strikt economische mededingingskader in ogenschouw gaat nemen, maar ook wat maatschappelijk als redelijk en billijk wordt gezien bij onderhandelingen? Bovendien maakt het wettelijk verankeren hiervan het mogelijk dit te laten toetsen door de NZa of de civiele rechter.

De leden van de SGP-fractie vragen de minister hoe zij reageert op de kritiek van zorgaanbieders over de manier waarop de zorgverzekeraar zich opstelt, zowel als het gaat om de inhoud, als in de bejegening tijdens de contracteerperiode. De NZa geeft aan dat zij zich vaak niet gehoord voelen door de zorgverzekeraars wanneer zij hun klachten met de verzekeraar willen bespreken. Wat gaat de minister doen om hier verandering in aan te brengen?

De leden van de SGP-fractie vragen de minister te reageren op de veelgehoorde klacht van zorgaanbieders dat de differentiatie in de contractvoorwaarden voor onnodige transactiekosten en coördinatieproblemen zorgt. Waarom reageert de NZa zo laconiek op dit reële probleem, door te stellen dat er altijd sprake zal blijven van «enige» transactie- en coördinatiekosten? Wat gaat de minister doen om de transactie- en coördinatiekosten te verminderen? Welke rol ziet zij hierin weggelegd voor de NZa? Welke rol ziet zij hierin weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut?

Contractvoorwaarden

Kan de minister de logica ervan toelichten dat de declaratie van niet-verzekerde zorg ook via de verzekeraar moet lopen?

Reactietermijn

De leden van de SGP-fractie vragen de minister hoe zij het vindt dat zorgaanbieders en hun vertegenwoordigers vinden dat zij te weinig tijd hebben om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen aan de verzekeraar. Ook vragen zij te reageren op de kritiek dat verzekeraars geen gehoor geven aan verzoeken tot uitstel van de termijn.

II. Reactie van de minister

Rol van zorginkoop in het stelsel

In haar monitor Zorginkoop concludeert de NZa dat de zorginkoop goed werkt. Verzekeraars kopen voldoende zorg in voor hun verzekerden, de zorginkoop vindt selectief plaats en zorgverzekeraars verliezen daarbij hun zorgplicht niet uit het oog. Daarbij merkt de NZa op dat niet-financiële aspecten van zorginkoop, zoals kwaliteit, innovatie en service in de huidige onderhandelingen een minder belangrijke rol spelen. De leden van alle fracties stellen vragen bij deze constatering en vragen hoe kan worden geborgd dat bij de inkoop van zorg niet alleen de prijs maar ook kwaliteit en innovatie voldoende worden meegenomen. Ik geef daarom een gebundelde reactie op deze vragen alvorens ik inga op de overige vragen van de leden.

Met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet marktordening Gezondheidszorg (Wmg) is het zorgstelsel in 2006 ingrijpend hervormd. De kern van het stelsel is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun best doen om de patiënt en verzekerde zo goed mogelijk van de nodige zorg voorzien. Het idee achter de hervormingen was dat hiermee de gebruiker (patiënt, cliënt, verzekerde) centraal werd gesteld en de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) het beste bereikt zouden kunnen worden. De private uitvoering gaat gepaard met sterke publieke randvoorwaarden (bijvoorbeeld acceptatieplicht, zorgplicht, toezicht). In dit stelsel zijn, naast die van zorgverlening, twee markten van belang: de verzekeringsmarkt (waar de consument een zorgverzekering kiest) en de zorginkoopmarkt (waar de zorgverzekeraar de zorg inkoopt). Verzekerden kunnen kiezen tussen diverse polissen van zorgverzekeraars. De keuze voor een zorgverzekering wordt mede bepaald door het resultaat van de zorginkoop. Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven. De zorgverzekeraars bepalen welke criteria zij hanteren bij de beslissing met welke zorgaanbieders zij wel of geen contract afsluiten. Een zorgverzekeraar dient zich daarbij te houden aan de zorgplicht. Voor zorg in natura is de zorgverzekeraar verplicht om zoveel zorg te contrac-

teren, dat zijn verzekerden die op deze zorg zijn aangewezen, binnen redelijke termijn en afstand deze zorg kunnen ontvangen (zorgplicht). Daarnaast zal de zorgverzekeraar zich ervan vergewissen dat de zorg die hij heeft ingekocht en geleverd zal worden van goede kwaliteit is. De zorgverzekeraar zal bij de inkoop van zorg dan ook de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol moeten laten spelen en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen. Het is aan de zorgverzekeraar om voor de verschillende zorgvormen vooraf aan het inkoopproces duidelijk te definiëren wat hij verstaat onder kwalitatieve, tijdige en bereikbare zorg. Ik hecht er aan hier te benadrukken dat het bij de zorginkoop gaat om privaatrechtelijke afspraken tussen twee private partijen die in de sfeer liggen van de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Uiteraard dienen partijen zich hierbij te houden aan de regels van het Burgerlijk Wetboek en is het aan de rechter om bijvoorbeeld de redelijkheid en billijkheid van het contracteerproces en de uitkomst daarvan te beoordelen. Dit is geen taak van de NZa. De NZa ziet vanwege haar taak om het stelsel te laten werken en het algemeen consumentenbelang te borgen, met deze monitor toe op het functioneren van de zorginkoop. Het stelsel daagt zorgaanbieders uit om zich te onderscheiden door goede kwaliteit tegen een goede prijs te leveren en zich te onderscheiden door in te spelen op de eisen van de tijd en de wensen van de patiënt. Daarmee houden we de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit. Een zorgverzekeraar zal doorgaans bereid zijn in te gaan op een kwalitatief onderscheidend aanbod dat aansluit op de vraag. Immers, de zorgverzekeraar moet op zijn beurt weer rekening houden met de mogelijkheid dat verzekerden stemmen met de voeten en overstappen naar een andere verzekeraar. In reactie op een opmerking van de leden van de PvdA-fractie merk ik op dat ik net als de NZa van mening ben dat er bij de zorginkoop ruimte is voor verbetering ten aanzien van de aspecten kwaliteit en service, maar dat het te ver voert om te zeggen dat de zorginkoop voor deze aspecten niet werkt. Het is van belang om ons te realiseren dat van 2006 er zo goed als geen openbare informatie was over de kwaliteit van zorg, noch voor patiënten, noch voor zorgverzekeraars. Het systeem gaf daar ook geen aanleiding toe want verzekerden konden niet kiezen. De opbouw van deze kwaliteit transparantie is eigenlijk pas sinds het nieuwe systeem begonnen.

Overige vragen van de leden VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de afwijzingen van zorgaanbieders inmiddels voldoende onderbouwd worden.

Het contracteerproces is een privaatrechtelijke aangelegenheid is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ik heb daarom geen inzicht in hoeverre afwijzingen worden onderbouwd door zorgverzekeraars. Ik ben wel bekend met klachten van aanbieders over het onvoldoende onderbouwen van een afwijzing voor een contract. De oorzaken waarom er geen contract tot stand komt, kunnen divers zijn. Het kan zijn dat de aanbieder niet voldoet aan de inkoopvoorwaarden en/of kwaliteitseisen of dat de zorgverzekeraar reeds voldoende zorg heeft ingekocht. Ook kan het zijn dat het geen toegevoegde waarde heeft een bepaalde aanbieder te contracteren omdat deze zich onvoldoende onderscheidt van andere aanbieders.

Verder vragen deze leden of ik inzicht kan geven in de prijsstelling van niet gecontracteerde zorgverleners ten opzichte van de gecontracteerde zorgverleners.

Ik heb geen inzicht in de prijsstelling van niet-gecontracteerde zorgverleners ten opzichte van de gecontracteerde zorgverleners.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke maatregelen de NZa voor zich ziet om de gebrekkige transparantie weg te nemen en wijzen in dit verband op de goede ervaringen die Zweden kent met een systeem van kwaliteitsindicatoren. Deelt de minister de opvatting dat een dergelijk systeem een uitstekende basis biedt voor een beter inzicht in kwaliteit en wat zijn de barrières voor de invoering van een dergelijk systeem? Wie zou daarbij de regie moeten nemen?

Het systeem van kwaliteitsregistratie in het Zweedse model is slechts één van de elementen van het gezondheidszorgbeleid in Zweden. Zweden kent daarnaast ook maatregelen om de zorgkosten te beheersen. Dat geldt ook voor het beleid in Nederland. In Zweden ligt daarnaast de nadruk vooral op spiegelinformatie. Ook in Nederland wordt steeds meer gewerkt met spiegelinformatie zoals bijvoorbeeld bij huisartsen. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de zorgvrager.

Ik deel de opvatting van deze leden dat een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg een goede basis is om kwaliteit een grotere rol bij de zorginkoop te laten spelen. Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. De verplichte publicatie van de sterftecijfers is hiervan een goed voorbeeld.

In reactie op de vraag wie de regie zou moeten nemen merk ik op dat ten aanzien van het Zorginstituut de overheid de regie heeft genomen. Ten aanzien van de vele initiatieven zijn het vaak de veldpartijen die conform de afspraken in de HLA acties ontwikkelen. Dit gebeurt gezamenlijk onder regie van de bestuurlijke overleggen in het kader van de HLA.

De leden van de PvdA-fractie vrezen dat, wanneer de variabele kwaliteit ontbreekt en een verzekerde alleen op basis van prijs een oordeel kan vellen, er een race-to-the-bottom ontstaat waarin zorgaanbieders die de goedkoopste, maar niet perse de beste zorg, gecontracteerd hebben, er voordelig uitkomen. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de NZa het risico inschat van een «race to the bottom» en wat zo'n race voor consequenties zou kunnen hebben voor de zorg in Nederland.

Bij de contractering is geen sprake van het ontbreken van de variabele kwaliteit. In het hoofdlijnakkoord is onder andere de afspraak gemaakt dat selectiever ingekocht gaat worden. Daarbij is afgesproken dat er wordt gecontracteerd op basis van kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. De NZa constateert in haar monitor dat de selectieve zorginkoop een voorzichtige groei doormaakt. Bijvoorbeeld bij borstkankeroperaties waarbij zorgverzekeraars deze zorg alleen nog inkopen bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep. Ook worden regelmatig aanvullende eisen gesteld aan zorgverleners (bijvoorbeeld fysiotherapeuten) om in aanmerking te komen voor extra vergoeding. Ik deel deze vrees voor een race to the bottom dan ook niet. Ik verwacht, mede op basis van de oprichting van het Zorginstituut en het commitment van het veld in de HLA, dat kwaliteit steeds zwaarder bij de inkoop zal meewegen.

Ten aanzien van artikel 13 vragen de leden van de PvdA-fractie hoe ik de balans zie tussen enerzijds de mate waarin de kwaliteit van zorg inzichtelijk is en anderzijds de mogelijkheid van zorgverzekeraars om geen vergoeding uit te keren voor niet gecontracteerde zorg. Voorts vragen zij of het inzicht in de geleverde kwaliteit inmiddels van dien aard is dat overgegaan kan worden tot aanpassing van artikel 13.

Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is work in progress. Het systeem is momenteel in ontwikkeling en het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit

van zorg te realiseren. Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en draagvlak over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd. Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. Ik zie dat verzekeraars hierin stappen zetten. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop» van het advies- en onderzoeksbureau Significant dat ik eind 2012 naar de Tweede Kamer stuurde. Vanuit het kabinet wordt transparantie van kwaliteit gestimuleerd via het Zorginstituut Nederland. Het transparant maken van kwaliteit is een continue aandachtspunt omdat dit bij uitstek een dynamisch proces is, dat onder invloed staat van de vooruitgang in kennis en wetenschap. Ik ben dan ook van mening dat dit een wijziging van art 13 Zvw niet in de weg te staat. De kern van de gedachte achter de Zorgverzekeringswet is dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven, indien (natura)zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracten sluiten met zorgaanbieders die niet alleen een goede prijs, maar ook een goede kwaliteit leveren en daar hun verzekerden naar toe kunnen sturen. Door de wijziging van art 13 zijn zorgverzekeraars niet langer verplicht tot een vergoeding over te gaan voor niet-gecontracteerde zorg aan naturaverzekerden en hebben de zorgverzekeraars betere sturingsmogelijkheden dan wel mogelijkheden om selectief in te kunnen kopen voor naturaverzekerden.

De NZa deelt deze lijn en geeft in haar rapport Monitor Zorginkoop aan dat de verschillen tussen de zorgpakketten en de premies op die manier toe nemen en dat dan niet alle verzekerden hoeven mee te betalen voor zorg geleverd door zorgaanbieders die een lagere kwaliteit of minder doelmatige zorg leveren.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik sta tegenover de prikkel dat zorgverzekeraars hoge risico's weren door voor deze groepen minder goede of te weinig zorg in te kopen en of ik het bestaan ervan erken en aanwijzingen heb dat dit effect ook daadwerkelijk optreedt.

De centrale vraag hier is hoe ik tegenover risicoselectie via de zorginkoop sta. Het weren van verzekerden met hoge (gezondheids)risico's via de zorginkoop is in strijd met de acceptatieplicht en de zorgplicht van de verzekeraar. De NZa geeft in de Monitor aan dat er een theoretische mogelijkheid is dat een zorgverzekeraar via de zorginkoop probeert verzekerden met lage gezondheidsrisico's te selecteren en hoge gezondheidsrisico's te weren. De NZa heeft een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars³. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars zich in 2012 en 2013 hielden aan de acceptatieplicht. De NZa geeft tevens aan dat zij tot op heden geen signalen heeft ontvangen die er op wijzen dat er risicoselectie in de praktijk plaatsvindt die in strijd is met de wet. Indien een verzekeraar verzekerden met hoge gezondheidsrisico's in zijn portefeuille heeft, geldt voor de verzekeraar een zorgplicht, waardoor deze verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars via de risicoverevening (gedeeltelijk) gecompenseerd worden. Tegelijkertijd erken ik dat er mogelijk prikkels kunnen zijn voor indirecte risicoselectie. Zoals ik al eerder heb aangegeven en recent heb bevestigd in het dertigledendebat van 17 april jl. over de risicoselectie, ben ik continu alert op signalen die hierop wijzen. Ik heb tijdens dit debat ook aangegeven dat ik de NZa zal vragen in haar marktscan ook meer aandacht te besteden aan indirecte risicoselectie.

³ NZa, «Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars», Verdiepend onderzoek NZa, april 2014.

In aanvulling op eventuele risicoselectie vragen deze leden welke wijzigingen ik in het ex-ante risicovereveningssysteem voor mij zie. Elk jaar worden reële opties voor de verbetering van het ex ante risico-vereveningsmodel onderzocht. Zo heb ik tijdens het hiervoor genoemde dertigledendebat aangegeven dat ik het idee laat onderzoeken om ouderen en chronisch zieken een hogere compensatie te geven binnen de risicoverevening. Het model is de afgelopen jaren steeds met stappen verbeterd. Hierdoor wordt het gelijke speelveld voor verzekeraars steeds beter geborgd en prikkels tot risicoselectie verkleind of weggenomen. Het opnemen van extra klassen in het vereveningsmodel verkleint de prikkel tot risicoselectie. Het is echter niet mogelijk om exact aan te geven in welke mate dit het geval zal zijn. Ik zal, zoals ieder jaar, in juni aan de Tweede Kamer een brief sturen met daarin de aanpassingen die ik voor het model 2015 ga doorvoeren.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie wanneer zij een reactie krijgen op de signalen dat niet altijd voldoende zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars bij, met name, kleinere zorgaanbieders.

Tijdens het algemeen overleg Zorgverzekeringswet eind vorig jaar is de inkoop van zorg door zorgverzekeraars aan de orde geweest. Ik merk op dat uit de monitor niet blijkt dat zorgverzekeraars te weinig zorg inkopen om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen of dat de diversiteit (groot/klein) terugloopt. Het aantal ZBC's in Nederland neemt immers al jaren gestaag toe. Wel blijkt uit de monitor dat er regelmatig klachten van aanbieders komen die geen contract van de zorgverzekeraar krijgen. De NZa merkt op dat deze trend zich waarschijnlijk zal doorzetten. Ik sluit mij aan bij de constatering van de NZa dat het zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders vrij staat om te bepalen met wie en onder welke voorwaarden zij een contract willen aangaan. De zorgverzekeraar is hierin gebonden aan de zorgplicht. De zorgverzekeraar dient binnen de contracteervrijheid genoeg zorg te contracteren voor verzekerden. De NZa ziet hierop toe. Transparantie is ook in dit proces cruciaal, zorgverzekeraars hebben afgesproken te werken conform Good Contracting Practices.

Vragen leden SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen of ik het oordeel van deze leden deel dat de NZa de zorgverleners aan hun lot overlaat en dat dit niet ten goede komt aan de patiënt.

Ik deel dit oordeel niet. De gezondheidszorg moet zo worden georganiseerd en geleverd, dat de patiënt goede zorg krijgt en de kosten voor de verzekerden betaalbaar blijven. Daarvoor heb je een instantie nodig die zorg inkoopt. In een aantal landen doet de overheid dat, in een aantal andere landen – waaronder Nederland – doet de zorgverzekeraar dat. Verzekeraars zijn met elkaar in concurrentie om de zorg zo goed mogelijk te (laten) leveren tegen een zo laag mogelijke premie. Zonder deze prikkels zou de patiënt te veel betalen en zouden de prikkels van aanbieders om het beter te willen doen ontbreken.

Het inkoopproces doet zijn werk zolang het voordeel wat hier door de zorgverzekeraar wordt bereikt aan de gebruiker wordt doorgegeven, bijvoorbeeld in de vorm van betere kwaliteit of lagere premies. Er is contracteervrijheid en daarmee ook geen verplichting voor zorgverzekeraars met elke individuele zorgaanbieder tot compromissen te komen over de contractvoorwaarden. Logisch, de zorgverzekeraar koopt niet meer in dan hij nodig heeft om aan zijn de zorgplicht voor zijn verzekerden te voldoen. Daarnaast staat het zorgaanbieders vrij om zelf te besluiten om wel of niet akkoord te gaan met het voorgelegde contract. Indien dat er toe leidt dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd, voldoet de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht. Het is de taak van de NZa erop toe te zien dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht naleeft.

Kortom, uiteindelijk staat het belang van de patiënt / verzekerde voorop en niet de bescherming van de individuele zorgaanbieder. Mocht er echter eventuele marktmacht worden aangewend ten nadele van de patiënt of verzekerde, dan kan de Autoriteit Consument en Markt (ACM) op basis van de Mededingingswet optreden tegen misbruik van de economische machtspositie. De NZa kan partijen met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen met het oog op de bescherming van het algemeen consumentenbelang (dus niet het belang van een individuele verzekerde). De NZa heeft de mogelijkheid om op te treden door nadere regels te stellen op basis van art 45 van de WMG⁴ als sprake is van algemene, structurele (markt-)belemmeringen ten aanzien van de concurrentie en/of inzichtelijkheid van de markt. De NZa heeft hiervoor richting zorgverzekeraars echter nog geen noodzaak gezien.

Tevens vragen deze leden hoe zij de opstelling van de NZa moeten rijmen met de antwoorden op Kamervragen over «tekenen bij het kruisje».

Ik merk hierbij op dat het contracteerproces een privaatrechtelijke aangelegenheid is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa heeft hier in principe geen rol, tenzij er sprake is van een situatie van aanmerkelijke marktmacht of indien de zorgplicht in het geding. Wel zijn door de NZa Good Contracting Practices (GCP's) gepubliceerd die zorgverzekeraars en zorgaanbieders ondersteunen bij het contracteerproces. Indien een zorgaanbieder het niet eens is met het contracteerproces kan hij dit signaleren bij de NZa en is de gang naar de civiele rechter de aangewezen route. Een zorgverzekeraar kan niet geheel willekeurig bepalen met welke zorgaanbieders hij een zorgcontract sluit en met welke niet. De Burgerlijk Wetboekjurisprudentie over de pré-contractuele fase staat daaraan in de weg. Zodra partijen bij een overeenkomst met elkaar in contact treden met het oog op een mogelijk te sluiten overeenkomst, moeten zij handelen conform maatstaven van redelijkheid en billijkheid en in hun opstelling mede rekening houden met de belangen van de wederpartij. De eisen die aan zorgverzekeraars worden gesteld, gaan echter nog verder dan dat. Uit de rechtspraak van de civiele rechter blijkt dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn en dat de aangelegde normen bovendien niet onredelijk mogen zijn. Verder ben ik tijdens de rondgang van dit voorjaar over mededinging en samenwerking in de zorg (die ik heb aangekondigd in mijn kamerbrief van 20 december 2013) gewezen op allerlei voorbeelden van beroepsbeoefenaren die op slimme wijze met het inkoopproces om gaan. Deze goede voorbeelden vind ik van groot belang omdat juist deze beroepsbeoefenaren hun positieve ervaringen kunnen delen met collega's waardoor ook zij zich beter kunnen positioneren bij de zorginkoop. Deze voorbeelden zal ik opnemen in de door mij toegezegde brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg.

Deze leden vragen of er volgens de minister sprake is van misbruik van de machtspositie of aanmerkelijke marktmacht? Ook vragen zij of ik het oordeel deel, dat het feit dat er niet onderhandeld wordt, het directe gevolg is van het enorme marktaandeel van enkele grote verzekeraars. Ik heb hiervoor al aangegeven dat selectief inkopen door zorgverzekeraars gewenst is zolang het voordeel ten goede komt aan de gebruiker. Daar drijft ons systeem op. Over het selectief contracteren zijn nadere afspraken gemaakt met de zorgaanbieders en patiënten in de HLA.

⁴ At 45 WMG: De zorgautoriteit kan, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten, de bevordering van de concurrentie of de tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van de bij de algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg als bedoeld in artikel 56a, eerste lid, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten.

Het is aan de NZa en ACM om op de eerlijke verhoudingen toezicht te houden en zo nodig handhavend op te treden. Daar is op dit moment geen aanleiding toe geweest.

De wijze waarop zorgverzekeraars het inkoopproces vormgeven is vooral het gevolg van het zeer grote aantal zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars afspraken moeten maken. Overigens wordt in de Good Contracting Practices verwezen naar een visiedocument van de ACM⁵ waaruit naar voren is gekomen dat voor zover klachten van de vrije beroepsbeoefenaren terug te voeren zijn op te lage prijzen die zij voor hun diensten vergoed krijgen, dit volgens ACM voor een groot deel te verklaren valt uit het feit dat de zorgaanbieders tot voor kort geen sterke partij aan de vraagkant gewend waren en daardoor vooral moeten wennen aan het proces van onderhandelingen. In dat proces kunnen beroepsbeoefenaren veel leren van de best practices, bijvoorbeeld hoe de onderhandelingen veel meer op basis van kwaliteit hebben plaatsgevonden. Er zijn daarbij echter geen aanwijzingen voor onwenselijke economische effecten, of in het verlengde daarvan van mededingingsrechtelijke problemen ten nadele van de patiënt of de verzekerde, aldus ACM.

Voorts vragen deze leden of ik van mening blijf dat zorgverzekeraars de mogelijkheid moeten behouden zich te onderscheiden gezien de administratieve lasten die de verschillende contractvoorwaarden met zich meebrengen.

Zoals ik in mijn inleiding heb aangegeven zie ik de zorginkoop als een belangrijke peiler in ons stelsel. Door middel van zorginkoop kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt. Dat betekent ook dat zij verschillende eisen kunnen stellen met het oog op goede en doelmatige zorg. Zonder deze prikkel zal het systeem niet aanzetten tot betere kwaliteit en betaalbaarheid.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of ik van mening ben dat audit-trajecten van toegevoegde waarde zijn, terwijl zorgverleners die toegevoegde waarde niet zien. Zij plaatsen deze vraag in de context van de vele verschillende contractvoorwaarden van verschillende verzekeraars en de administratieve lasten die daar het gevolg van zijn.

Ik weet niet precies op welke audit-trajecten de leden van de SP-fractie doelen. In zijn algemeenheid zijn audit-trajecten die leiden tot verbetering van werkprocessen of van de verantwoording nuttig. Zij vergen uiteraard een tijdsinvestering van medewerkers, maar kunnen uiteindelijk betere en meer doelmatige zorg en meer transparantie opleveren.

In dit verband is de creatie van zorgstandaarden en veldnormen door veldpartijen van belang. Als er onder medische professionals consensus is over richtlijnen en zorgstandaarden, kan dat de inkoopgesprekken vereenvoudigen. Duidelijke richtlijnen en zorgstandaarden scheppen bovendien ook helderheid voor aanbieders en verbeteren mogelijkheden voor controle op gepast gebruik door zorgverzekeraars. In het kader van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ gaan partijen aan de slag met de ontwikkeling van zorgstandaarden. Partijen stellen daarbij hun eigen prioriteiten. Ook zorgverleners zijn daarbij gericht op het verlenen van goede en doelmatige zorg. Door mee te werken aan zorgstandaarden kunnen zij de zorg verder verbeteren en de complexiteit beperken.

De leden van de SP-fractie vragen of ik van mening ben dat kwaliteit van de zorg een rol speelt bij de inkoop van de zorg. Genoemde leden geloven hier niet in en stellen voor om dit doel los te laten en kwaliteit voortaan

⁵ NMa, «Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars», Visiedocument NMa, december 2009.

over te laten aan de beroepsgroepen onderling en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Anders dan de genoemde leden vind ik niet dat kwaliteit niet langer onderdeel van zorginkoop zou moeten zijn. Integendeel. Zoals ik hiervoor in een reactie op de leden van de PvdA-fractie aangaf, zie ik juist ruimte voor verbetering ten aanzien van de rol van kwaliteit bij de inkoop van zorg. Daarvoor is het nodig dat de kwaliteit van zorg en de inkoop daarvan door zorgverzekeraars transparant is, zodat de patiënt en verzekerde ook inzicht daarin heeft en voor zichzelf de juiste keuzes kan maken. Wat goede zorg is en hoe kan worden vastgesteld wat goede zorg is, blijft een zaak van de gezamenlijke partijen. Daarom is in het toetsingskader van het Zorginstituut Nederland ook beschreven dat een kwaliteitsstandaard of een meetinstrument tripartiete (zorgverlener, patiënt en zorgverzekeraar) moet worden aangeboden.

Ten aanzien van artikel 13 vinden de leden van de SP-fractie dat de NZa met haar opmerking dat zij het belangrijk vindt dat de verzekeraar vrij moet kunnen zijn om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen, een politiek gekleurde positie inneemt. Zij vragen mij of ik van mening ben dat de NZa zich van dergelijke politieke oordelen moet onthouden en zich in de toekomst op moet stellen als een neutrale toezichthouder.

De NZa is marktmeester in de zorg. Zij heeft de wettelijke taak om goed werkende zorgmarkten te maken en te handhaven. Daarbij staat het algemene consumentenbelang centraal. In de hoedanigheid als marktmeester kan de NZa commentaar leveren op alle ontwikkelingen die raken aan de uitvoering van deze taak.

Deze leden vragen of ik per zorgverzekeraar een overzicht kan verstrekken hoeveel verzekerden voor 2014 kozen voor een budgetpolis of een selectieve polis.

Nee, dit overzicht heb ik niet.

Tot slot vragen leden van de SP naar een reactie op het punt dat de afschaffing van de ex post compensaties het voor kleine zorgverzekeraars lastig kan maken om een verzekerdenpopulatie met hoge risico's te compenseren met lagere risico's.

In de praktijk zijn er verschillen in de samenstelling van verzekerdenportefeuilles. Voor een gezond financieel resultaat is het niet noodzakelijk dat er sprake is van een evenwichtige balans tussen hoge en lage risico's. De (ex ante-) risicoverevening is er immers op gericht om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te creëren, door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun portefeuille. Verzekeraars met veel hoge risico's worden via het (ex ante-) risicovereveningsmodel gecompenseerd. Het maakt daarbij niet uit of het een grote of kleine zorgverzekeraar betreft. Mochten er echter onverhoopt groepen verzekerden bestaan waar zorgverzekeraars onvoldoende voor worden gecompenseerd, dan zal ik dergelijke signalen serieus nemen en hier onderzoek naar laten uitvoeren. En vanzelfsprekend zal ik de afbouw van de ex post compensaties bezien in het licht van de kwaliteit van de ex ante risicovereveningsmodel. Zoals afgelopen jaren ook gebruikelijk is, informeer ik uw kamer in september 2014 over de kwaliteit van het ex ante model van 2015 en de inzet van de ex post compensatie voor 2015. En daarbij besteed ik ook aandacht aan de positie van de kleine verzekeraars. Ook in de recent aan u toegestuurde meerjarige kwantitatieve analyse is gekeken naar de positie van kleine verzekeraars.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de NZa zich beperkt tot waarneming als het gaat om zorginkoop en missen dat de NZa haar tanden laat zien en overgaat tot opleggen van een aanwijzing ex art 32 Wmg. Zij vragen wat mijn opvatting hierover is.

De bevoegdheid van de NZa om aanwijzingen te geven is gebaseerd op de artikelen 76 tot en met 78a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In deze artikelen staat limitatief opgesomd ter handhaving van welke artikelen de NZa deze bevoegdheid mag gebruiken. Artikel 32 van de Wmg behoort hier niet toe. De NZa is dus niet bevoegd om «de aanwijzing» als handhavinginstrument in te zetten. Met behulp van deze monitor brengt de NZa in beeld waar verbetermogelijkheden liggen en ik ga ervan uit dat partijen zich hier rekenschap van geven.

Deze leden vragen mijn mening over de stelling van organisaties van kleinere zorgaanbieders dat zorgverzekeraars teveel marktmacht hebben. Marktmacht mag niet ingezet worden ten nadele van de patiënt of verzekerde. Dat geldt voor alle spelers in het veld. In het zorgstelsel dienen zorgverzekeraars in het belang van de verzekerde in te kopen. Ik ben dan ook van mening dat wanneer een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden een betere prijs-kwaliteitverhouding kan afspreken, dit ook wenselijk is. Voor kleine zorgaanbieders is er volop ruimte om zich sterker te positioneren in relatie met de zorgverzekeraar. Zo mogen onder de bagatel-regeling bijvoorbeeld maximaal acht ondernemingen (met een maximale gezamenlijke jaaromzet van 1,2 miljoen euro) als één onderhandelingspartij naar de zorgverzekeraar optreden. Ook zijn er, in de eerste lijn, grotere verbanden van niet-concurrerende (en zelfs concurrerende aanbieders) mogelijk zolang patiënten en zorgverzekeraars hiermee instemmen. Bijvoorbeeld het PACT in de apothekersbranche. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, ben ik tijdens de rondgang over mededinging en samenwerking in de zorg gewezen op allerlei voorbeelden van beroepsbeoefenaren die op slimme wijze met het inkoopproces om gaan en zal ik deze voorbeelden opnemen in de door mij toegezegde brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg.

Deze leden vragen verder of ik van mening ben dat zorgverzekeraars grote en kleine spelers in de markt gelijk behandelen.

Ik merk hierbij op dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden begrensd door wettelijke bepalingen uit het overeenkomstenrecht, de Mededingingswet en enkele andere wettelijke bepalingen, zoals uit de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg. Ten algemene geldt dat deze regels voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders gelijk zijn en voor een ieder van toepassing zijn. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen grote of kleine zorgverzekeraars of zorgaanbieders, ze worden allen gelijk behandeld. Hierdoor heeft een ieder dezelfde kansen. Er zijn echter uitzonderingen op deze situatie: indien er sprake is van misbruik van een economische machtspositie of aanmerkelijke marktmacht ten nadele van de patiënt of verzekerde heeft de ACM respectievelijk de NZa middelen om specifieke maatregelen op te leggen. Vanuit het verbintenissenrecht geldt echter dat zorgverzekeraars vrij zijn om overeenkomsten af te sluiten met de zorgaanbieders die zij willen om kwalitatief goede zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Zij hoeven daarbij niet alle zorgaanbieders dezelfde omzet of winst te garanderen.

Overigens blijkt uit de gestage groei van het aantal ZBC's dat er divers (qua omvang) wordt gecontracteerd.

Tevens vragen deze leden naar de regionale verschillen in de uitkomsten van onderhandelingen en welke verschillen tussen regio's worden waargenomen.

De NZa heeft geen gegevens over regionale verschillen. Zowel in de interviews met zorgverzekeraars, als in de enquête die onder zorgaanbieders is gehouden, is niet gevraagd naar regionale verschillen.

De leden van de CDA-fractie vragen mij om een overzicht van de rechtszaken die vanaf 2007 over artikel 13 en het hinderpaalcriterium zijn gevoerd en daarbij tevens aan te geven wat de uitspraak van de rechter was en of de procedure tot de hoogste rechter is gevoerd.

Bij mij zijn de uitspraken in de volgende zaken bekend. Er zijn vier⁶ zaken gevoerd, waarbij de uitspraak van de rechter (al dan niet in Hoger Beroep) was dat de zorgverzekeraar een te laag vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg hanteerde. De zorgverzekeraars in deze zaken zouden zijn verplicht om een vergoedingspercentage van 75–80% te hanteren bij de betreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder, omdat er anders sprake was van een feitelijke hinderpaal. In één van deze zaken (Momentum – CZ), is verzekeraar CZ in cassatie bij de Hoge Raad gegaan. De uitspraak wordt in de zomer verwacht. Een vijfde zaak is gevoerd door Crisiscare jegens Achmea, in dit geval heeft de rechter geoordeeld dat Achmea een vergoedingspercentage van 60% mag blijven hanteren bij de betreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder, omdat de hoogte van deze vergoeding in deze zaak niet is beoordeeld als een feitelijke hinderpaal.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie hoe ik – met het oog op verdergaande concentratie van de zorg – rekening hou met het aspect dat verkoopmacht van zorgaanbieders nadelig kan zijn voor de publieke belangen in de zorg.

Ik betwijfel of er sprake is in Nederland van verdergaande concentratie van zorg. In Nederland hebben we bijna 90 ziekenhuizen, 8 UMC's en bijna 300 ZBC's. Mocht marktmacht worden ingezet ten nadele van de patiënt of verzekerde kan dat leiden tot een hogere prijs en een afnemende prikkel voor kwaliteit en innovatie. Dit komt de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) niet ten goede en is dus nadelig voor de patiënt en verzekerde. De Mededingingswet en Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevatten instrumenten om de nadelige effecten van fusies in de zorg (en de daaruit voortvloeiende marktmacht) te voorkomen, dan wel te bestraffen. Zo is de zorgspecifieke fusietoets van de NZa een procedurele waarborg en kan de NZa ingrijpen in geval van aanmerkelijke marktmacht van zorgaanbieders (AMM). Op basis van de Mededingingswet houdt de ACM toezicht op concentraties in de zorg. In de door mij toegezegde brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg zal ik nader ingaan op de effectiviteit van de fusiecontrole van de ACM.

Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie de nieuwe versie van de Good Contracting Practices met daarin een uitleg welke bepalingen zijn gewijzigd en met welke reden.

De nieuwe versie van de Good Contracting Practices voor zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren is door de NZa gepubliceerd op hun website (www.nza.nl).

⁶ Addiction Care – Zorgverzekeraar CZ (zaaknummer 241748 / KG ZA 11–597, zaaknummer hoger beroep HD 200.103.349), Momentum -Zorgverzekeraar CZ (zaaknummer C/02/259832 / KG ZA 13–79, zaaknummer hoger beroep HD 200.115.398/01), Opvoedpoli – Zorgverzekeraar CZ (zaaknummer C/02/263434 / KG ZA 13–248), Crisiscare – Zorgverzekeraar VGZ (zaaknummer C/05/249809 / KG ZA 13–490).

Ten opzichte van de vorige editie van de Good Contracting Practices zijn er vier Good Contracting Practices aan de lijst toegevoegd, namelijk:

- Communiceer tijdens het contracteerproces expliciet welke zorg gecontracteerd wordt en leg dit duidelijk vast (nr. 1).
- De zorgverzekeraar spant zich in om tijdens de periode waarin de contracten gesloten worden voldoende beschikbaar te zijn voor vragen en opmerkingen (nr. 3).
- Om de duidelijkheid van de contracten te vergroten kan er worden gewerkt met opleggers, waarop kort wordt aangegeven waarin het aangeboden contract verschilt met vorige jaren (nr. 13).
- Stem het tijdspad van het contracteerproces zodanig af dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen (nr. 15).

Daarnaast vragen deze leden mijn reactie op het idee om de NZa de Good Contracting Practices te laten afdwingen totdat de knelpunten in het contracteerproces zijn opgelost?

De «Good Contracting Practices» is een handreiking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa,) bedoeld om ondersteuning te bieden bij het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren. De Good Contracting Practices moeten eraan bijdragen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen. Samen met de NZa vind ik het een goede ontwikkeling dat (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders steeds vaker direct met zorgverzekeraars in gesprek gaan over het verloop van het contracteerproces. Ik vind het een goede zaak dat sectoren dit zelf oppakken en hierover in gezamenlijkheid afspraken maken. Ik ben dan ook niet voornemens de good contracting practices in de wet vast te leggen. Ik hecht zeer aan grotere transparantie en ben van mening dat de Good Contracting Practices, afgesproken tussen partijen zelf, hieraan zullen bijdragen.

De leden van de CDA-fractie vragen verder hoe ik aankijk tegen de rol van de NZa als het gaat om het toetsen van de redelijkheid en billijkheid van de inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is het contracteerproces een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en heeft de NZa hier in principe geen rol. Indien een zorgaanbieder het niet eens is met het contracteerproces is de gang naar de civiele rechter de aangewezen route. Zorgaanbieders kunnen wel signalen aan de NZa afgeven over de naleving van de GCP, maar uitsluitend de rechter kan de redelijkheid en billijkheid van het contracteerproces en de uitkomst daarvan beoordelen. Voor uitleg waar zorgverzekeraars zich aan moeten houden tijdens het contracteerproces, verwijs ik naar mijn antwoord op de eerdere vraag van de SP-fractie hierover.

Deze leden vragen tevens in hoeverre ik het eens ben met de stelling dat de polisvoorwaarden en de hoogte van de restitutie (mede) bepalende factoren zijn in het onderhandelingsproces tussen aanbieder en zorgverzekeraar?

Ik ben bekend met de wens van zorgaanbieders dat zij vooraf of tijdens het onderhandelingsproces inzicht willen hebben in de polisvoorwaarden en de hoogte van de restitutievergoeding indien er geen contract tot stand komt. Zorgaanbieders zouden op die manier deze informatie mee kunnen wegen bij het besluit om wel of geen contract te sluiten. Het bekend maken van deze informatie zou daarmee nadelig kunnen zijn voor de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars. Indien een zorgaanbieder vooraf weet dat het vergoedingspercentage bijvoorbeeld 80% is, zou de aanbieder kunnen overwegen geen contract te sluiten omdat het

vergoedingspercentage toereikend is. Dan worden er dus ook geen kwalitatieve afspraken gemaakt. Ook de hoeveelheid contracten zou invloed kunnen hebben op de hoogte van het vergoedingspercentage.

Deze leden en de leden van de D66-fractie vragen wanneer de NZa met een nader standpunt over het indexeringsbeleid komt.

De NZa verwacht rond de zomer met een nader standpunt over het indexeringsbeleid te komen. Daarbij zal de NZa ingaan op de vraag in hoeverre ontwikkelingen in de doelmatigheid van aanbieders meegenomen moeten worden bij het jaarlijks aanpassen van de tarieven.

Verder vragen deze leden hoe ik aankijk tegen de constatering van zorgverzekeraars dat de indexatie te ruimhartig is en of ik dit standpunt deel.

Ik heb met werkgevers in het VWS-beleidsterrein een convenant afgesloten over de indexering van budgetten en tarieven uit hoofde van de arbeidskostenontwikkeling (het ova-convenant). De kritiek van de kant van zorgverzekeraars bevreemdt mij daarom.

De indexering is gebaseerd op het volgen van de marktgemiddelde ontwikkeling. Dat is gebeurd om te voorkomen dat de zorg op een gegeven moment niet meer in staat zou zijn om voldoende mensen op de arbeidsmarkt aan te trekken en te behouden. Dat zou het voorzieningenniveau (in kwaliteit en in kwantiteit) van de zorg kunnen aantasten. Met het oog daarop is in het convenant een rekenregel afgesproken. Mijn standpunt is dat het indexeringbeleid niet te ruimhartig is, maar overeenkomstig de gemaakte afspraken: marktgemiddeld.

In het regeerakkoord zijn nadere kabinetsvoornemens geformuleerd voor dat indexeringsbeleid, namelijk om het te richten op een meer gelijke behandeling tussen de verschillende onderdelen van de collectieve sector. Dat voornemen is meegenomen in het overleg over het zorgakkoord dat vorig voorjaar is afgesloten. In dit overleg zijn afspraken gemaakt die tot een soberder groei van de kosten van de zorg leiden.

Overigens wordt de mate waarin de tariefindexering doorwerkt in de daadwerkelijke prijzen mede bepaald door zorgverzekeraars zelf. Het merendeel van de tarieven in de cure zijn immers vrij onderhandelbaar. De overige tarieven, zowel in de cure als in de care, zijn merendeels maximumtarieven, dat wil zeggen dat die een bovengrens aangeven. Zorgverzekeraars hebben dan de vrijheid om in hun onderhandelingen met zorgaanbieders een lagere prijs overeen te komen.

Deze leden vragen wat ik ga doen om de door zorgverzekeraars geconstateerde knelpunten met betrekking tot de volumeontwikkeling en DOT te verhelpen.

De afgelopen jaren is de bekostigingssystematiek stapsgewijs steeds verder verbeterd. Met de invoering van de DBC's is het inzicht in kosten en volumes sterk verbeterd ten opzichte van de voorafgaande budgetsystematiek. De invoering van DOT was een noodzakelijke verbetering om de upcoding een halt toe te roepen en per 2015 wordt de stap gezet naar integrale tarieven. In het hoofdlijnenakkoord zijn daarnaast concrete afspraken gemaakt over de uitgaven in de medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars zijn gehouden om hierop te sturen in hun zorginkoop. Verzekeraars worden hier steeds professioneler in, maar er is ruimte voor verbetering.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie wat de NZa of ik gaan doen om de tekortkomingen bij de mondzorg te verhelpen.

Het stopzetten van de vrije tarieven mondzorg heeft dit traject bemoeilijkt. Desondanks zie ik bemoedigende vooruitgang. Met het traject Zichtbare Mondzorg heb ik een aanzet heb gegeven tot het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de mondzorg. Daarmee vond de mondzorg

aansluiting bij het bredere traject Zichtbare Zorg, gericht op het bevorderen van de transparantie in de zorg. Samen met de CDA-fractie ben ik van mening dat de kwaliteit van de mondzorg beter inzichtelijk moet worden. Dat geldt niet alleen ten behoeve van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars, maar ook ten behoeve van de patiënt. Ook zijn inzichtelijke en heldere protocollen en richtlijnen noodzakelijk voor toezicht en handhaving en dit komt uiteindelijk ook de beroepsgroep zelf ten goede. Daarom verheugt het mij dat de mondzorgsector op initiatief van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) door is gegaan met de kwaliteitsontwikkeling na beëindiging van het traject Zichtbare Zorg. Dit heeft geleid tot het instellen van een sectorbrede werkgroep (Stuurgroep Kwaliteitsinformatie Mondzorg) welke tot doel heeft om een systeem voor kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Daarnaast en in samenhang daarmee heeft het veld tevens het initiatief genomen om een onafhankelijk instituut op te richten om de ontwikkeling van klinische richtlijnen voor de mondzorg te initiëren en te coördineren. Het streven is ernaar dat dit instituut nog dit jaar van start gaat. Al met al ben ik tevreden over de wijze waarop het veld invulling geeft aan de dringende behoefte aan inzichtelijke kwaliteitsinformatie.

Tevens vragen deze leden hoe ik ervoor zorg dat de zorgverzekeraars tegemoetkomen aan de knelpunten in het preferentiebeleid farmacie. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 8 april 2014 over de uitkomsten van het Bestuurlijk overleg farmacie (Kamerstuk 29 477, nr. 284) heb ik aangegeven hoe zorgverzekeraars tegemoet komen aan de knelpunten met betrekking tot het preferentiebeleid. Het gaat hier om het hanteren van een checklist en concrete randvoorwaarden bij het toepassen van het preferentiebeleid. Zoals het aanwijzen van preferente geneesmiddelen voor langere periode (bijv. 2 jaar), het ruim voor de ingangsdatum aanwijzen van preferente geneesmiddelen, het hanteren van duidelijke consequenties/boetes voor fabrikanten die nalatig zijn, het ook weer middelen laten uitstromen uit het preferentiebeleid, en dit tijdig communiceren. Als randvoorwaarden gelden hierbij: snelle toewijzing van andere producten, wanneer er problemen met beschikbaarheid zijn en goede informatie voor patiënten. Wat goede informatie voor de patiënt betreft is in het Bestuurlijk overleg farmacie afgesproken om met behulp van een FAQ-lijst en vermelding op de daar genoemde websites, eenduidige en gelijklopende (basis)informatie te geven. Daarnaast wordt de Handleiding Vervanging van de KNMP herzien om er een breed gedragen document van te maken dat leidend is bij het aanwijzen van mogelijke preferente geneesmiddelen. Korthedshalve verwijs ik verder naar de inhoud van de bovengenoemde brief aan de Tweede Kamer.

De leden van de CDA-fractie vragen naar mijn mening over de inrichting van de inkoopafdelingen van zorgverzekeraars. Is een goede inkoop wel mogelijk als deze afdelingen onvoldoende zijn toegerust, zo vragen deze leden zich af.

Een professionele inkooporganisatie is van belang voor een goede zorginkoop. In 2012 constateerde de NZa dat zorgverzekeraars vaak nog onvoldoende toegerust zijn op een inkoop op grotere schaal omdat zij werken met tamelijk kleine en gescheiden inkoopafdelingen. Ik ben dan ook verheugd dat uit de gesprekken van de NZa met zorgverzekeraars blijkt dat een aantal zorgverzekeraars bezig is met interne reorganisatie van het inkoopproces en dat er een professionaliseringsslag gemaakt wordt. Ik heb er vertrouwen in dat deze beweging een vervolg krijgt.

Ook vragen deze leden naar de invulling van de toezichtsrol door de NZa, waarop wel en geen toezicht wordt gehouden.

De NZa heeft geen wettelijke bevoegdheid om toe te zien op nakoming door de zorgverzekeraars van bestuurlijke afspraken, richtlijnen, veldaf-

spraken of een kwaliteitskader. Het betreft hier privaatrechterlijke afspraken tussen veldpartijen die weliswaar het contracteergedrag kunnen beïnvloeden, maar die in de sfeer liggen van de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa mengt zich hier niet in; uitsluitend de rechter kan de redelijkheid en billijkheid van de het contracteerproces en de uitkomst daarvan beoordelen. De NZa ziet wel toe op het naleven van de zorgplicht door de zorgverzekeraar.

Deze leden vragen of ik de transactiekosten, veroorzaakt door differentiatie in contractvoorwaarden van zorgverzekeraars kan meenemen bij de motie Bruins Slot en Van der Staaij over regeldruk.

Op dit moment ben ik in gesprek met de partijen verenigd in de Agenda voor de zorg om te komen tot een aanpak ter vermindering van regeldruk. ZN is hier ook bij aangesloten. Het is de bedoeling dat uw Kamer hier zo spoedig mogelijk, nog voor de zomer over wordt geïnformeerd. Hiermee wordt dan ook nadere uitvoering gegeven aan de motie Bruins Slot en Van der Staaij.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts af of ik kan garanderen dat de contractvoorwaarden van alle zorgverzekeraars voldoen aan de eisen van het BW, de Zvw en de Wmg?

De NZa ziet als marktmeester toe op naleving van de Zvw en Wmg. De contractvoorwaarden betreffen afspraken tussen private partijen en moeten als zodanig voldoen aan de vereisten van het BW. Als zorgaanbieders van mening zijn dat de afspraken niet aan deze vereisten voldoen, kunnen zij dit bij de civiele rechter aanhangig maken.

Deze leden vragen mijn opvatting over de signalen van nieuwe zorgaanbieders dat soms hoge en contraproductieve eisen worden gesteld.

Het behoort tot de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars welke eisen zij stellen aan nieuwe zorgaanbieders. Het feit dat zij daaraan soms hoge eisen stellen beoordeel ik vanuit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid als positief.

Ook vragen deze leden waarom de NZa het noodzakelijk vond om de tarieven voor logopedie te verhogen.

De NZa heeft in 2011 een kostenonderzoek uitgevoerd naar de logopedische zorg. Op grond van dit onderzoek heeft de NZa geconcludeerd dat de tarieven met ca 30% verhoogd dienden te worden. Daarbij gold de overweging dat de tarieven sinds een langdurige periode (1984) niet meer waren herijkt en de gehanteerde rekennorm zich niet meer verhiel met de gangbare logopedische praktijkvoering. De tariefaanpassing is vervolgens in drie tranches over de jaren 2012, 2013 en 2014 gerealiseerd.

Tot slot vragen deze leden mijn mening over het feit dat zorgverzekeraars in hun contracten ook tarieven vastleggen voor zorg die niet onder de dekking van de verzekering valt.

Verzekeraars voeren naast de Zorgverzekeringswet ook nog vrijwillige en aanvullende verzekeringen uit. Een aantal zorgprestaties valt zowel onder de Zorgverzekeringswet als onder de vrijwillige c.q. aanvullende verzekering. Zo zijn de eerste bezoeken bij de fysiotherapeut niet verzekerd op basis van de Zorgverzekeringswet, maar vaak wel op basis van de aanvullende verzekering. In dat licht is het niet vreemd dat verzekeraars voor al hun verzekeringsproducten afspraken maken in het contract met zorgaanbieders.

Daarnaast geldt dat ook op grond van de Wmg sprake is van tariefregulering, ook voor tarieven die niet onder de dekking van de zorgverzekering geldt.

De leden van de D66-fractie vragen welke maatregelen ik ga nemen om het contracteerproces beter te laten verlopen en of ik wettelijk wil vastleggen dat zorgaanbieders voor een bepaalde datum een offerte moeten opleveren.

Ten aanzien van de transparantie verwijs ik naar wat ik daarover hiervoor in reactie op de leden van PvdA en CDA heb aangegeven. Een ander belangrijk punt dat door de NZa wordt genoemd is de timing. De NZa constateert dat de zorginkoop voor 2014 significant is vervroegd ten opzichte van voorgaande jaren. In alle zorgmarkten zijn de zorgverzekeraars eerder begonnen met de onderhandelingen en het aanbieden van contracten. Dit wordt door zowel aanbieders als verzekeraars positief ervaren. Met de wijziging van artikel 13 krijgen zorgverzekeraars een forse prikkel om uiterlijk zes weken voorafgaand aan het nieuwe polisjaar bekend te maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben. Dit zet druk op zorgverzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Hiermee wordt de transparantie voor de verzekerde vergroot. Voor de verzekerde is dan namelijk zes weken voorafgaand het nieuwe polisjaar bekend welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Dit kan hij dan mee laten wegen bij de keuze voor een zorgverzekering.

Omdat aanbieders aangaven dat vaak de korte reactietermijn voor hen een struikelblok is tijdens de contractering, is aan de Good Contracting Practices toegevoegd dat zorgverzekeraars het tijdpad van het contracteerproces zodanig afstemmen dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen. Ik vind het positief dat partijen dergelijke afspraken in gezamenlijkheid maken.

Deze leden vragen voorts hoe ik de bekendheid van de Good Contracting Practices ga vergroten.

De Good Contracting Practices zijn tot stand gekomen in onderling overleg tussen zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) vrije beroepsbeoefenaren. De brancheorganisaties zijn hierbij betrokken. Voor de vergroting van de bekendheid van de Good Contracting Practices zie ik een belangrijke rol voor de brancheorganisaties weggelegd. Zij kunnen hun leden faciliteren door hen te wijzen op dit document dat bij de NZa op de website staat, bijeenkomsten hierover organiseren en best practices onder de aandacht van hun leden te brengen.

Deze leden vragen of ik het signaal herken dat zorginkoop veel administratieve lasten meebrengt en of ik wil onderzoeken hoe deze lasten beperkt kunnen worden.

Ik onderken dat zorginkoop administratieve lasten met zich meebrengt. Tegelijkertijd vind ik dat deze zo laag mogelijk gehouden moeten worden en ik zie hiervoor een belangrijke rol weggelegd voor de contractpartijen zelf. Daarnaast zie ik ook een rol voor het Zorginstituut Nederland waar het gaat om de registratie van standaarden en meetinstrumenten. Tot slot werk ik met de Agenda van de Zorg aan een dereguleringstraject waarover ik u voor de zomer meer informatie doe toekomen.

De leden van de D66-fractie vragen naar mijn oordeel over de klachten van fysiotherapeuten en logopedisten (tekenen bij het kruisje) en vragen of ik zorgverzekeraars wil aanspreken op hun verantwoordelijkheid om ook te contracteren op basis van kwaliteit.

Vanwege de relatief grote omvang van het aantal paramedici (zoals fysiotherapeuten en logopedisten) en beroepsbeoefenaren is het voor

zorgverzekeraars erg lastig om met elke aanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering veelal digitaal verloopt. De vrijgevestigde en/of kleine aanbieders krijgen doorgaans een standaard contract aangeboden. Dit kan door zorgaanbieders worden ervaren als dat er geen andere keuze is dan te tekenen bij het kruisje. Zorgverzekeraars geven aan dat de kosten van het onderhandelen met duizenden zorgaanbieders anders veel te hoog zou zijn. Graag verwijs ik hier expliciet naar de eerder genoemde rondgang over mededinging en samenwerking in de zorg, waar allerlei voorbeelden van beroepsbeoefenaren die op slimme wijze met het inkoopproces om gaan zijn genoemd. Zoals aangegeven, zal ik deze voorbeelden opnemen in de door mij toegezegde brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg. Hier ligt ook een belangrijke taak bij de beroepsverenigingen om best practices te verspreiden.

In reactie op de vraag of ik nader kan duiden bij hoeveel kleine zorgaanbieders sprake is van deze wijze van onderhandelen kan ik dan ook geen exacte aantallen geven. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.

Van de NZa heb ik vernomen dat selectieve zorginkoop toeneemt.

Sommige zorgverzekeraars hanteren een systeem waarin zorgaanbieders bovenop het basiscontract in aanmerking komen voor extra opties (plus modules etc.) als zij voldoen aan specifieke eisen van de zorgverzekeraar. Denk daarbij aan eisen wat betreft doelmatigheid (zoals terughoudend doorverwijzen), kwaliteit (voldoen aan protocollen), service (gebruik van e-health) en samenwerking met andere zorgaanbieders of ondersteunende beroepen. Ik beschouw dit als stappen in de goede richting.

Contracteren op basis van kwaliteit, differentiatie in prijzen en selectieve inkoop is mogelijk indien voldoende inzicht is in de kwaliteit en praktijkverschillen. Deze leden vragen dan ook hoe ik het inzichtelijk maken van kwaliteit verder wil aanjagen. Ik verwijs naar gelijksoortige vragen van leden van de PvdA en anderen. Daarnaast kom ik voor de zomer met een stappenplan transparantie van kwaliteit.

Voorts vragen deze leden welke acties ik wil inzetten om het zicht van patiënten op de gebruikte indicatoren bij het inkoopbeleid te verbeteren.

Ook hiervoor verwijs ik naar gelijksoortige vragen van de leden van de PvdA-fractie en anderen en het toegezegde stappenplan transparantie van kwaliteit.

De leden van de D66-fractie vragen of ik er bij zorgverzekeraars op wil aandringen dat zij de telefonische helpdeskfunctie overeind willen houden.

Het is aan zorgverzekeraars zelf om te beslissen op welke wijze zij hun inkoopbeleid aan zorgaanbieders toelichten maar in de Good Contracting Practices is wel afgesproken dat zij dat actief zullen doen.

Ten aanzien van de zorgplicht vragen deze leden hoe de constatering van de NZa dat de zorgplicht niet in gevaar is zolang de kwaliteit en toegankelijkheid niet in het geding is, zich verhoudt tot de overschrijding van de treeknormen bij zes specialismen.

Het gegeven dat enkele specialismen niet voldoen aan de treeknorm hoeft niet te betekenen dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht. Indien de treeknorm voor een specialisme wordt overschreden wil dat zeggen dat het gemiddelde voor dat specialisme weliswaar boven de treeknorm ligt maar dat er ook ziekenhuizen of ZBC's zijn waar men binnen de treeknorm terecht kan. Hoewel dit kan betekenen dat de verzekerde iets verder weg moet, voldoet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht door bijvoorbeeld wachttijdbemiddeling de verzekerde naar een ziekenhuis of ZBC door te verwijzen waar de verzekerde wel snel terecht kan.

Deze leden vragen waarom de marktscan Zorginkoop 2014 niets meldt over de patiëntenstop transgenderzorg in het Vumc en doen een oproep om de Nza hier zo snel mogelijk over te laten oordelen en om bij de volgende Monitor Zorginkoop de transgenderzorg expliciet mee te nemen.

De informatie die de NZa heeft verzameld voor het opstellen van de monitor Zorginkoop 2014, is afgesloten voordat het VUmc op 18 december 2013 had besloten de wachtlijst voor nieuwe patiënten voor transgenderzorg te sluiten. Om die reden heeft de NZa dit niet in deze monitor vermeld. Voorts wijs ik erop dat de Nza, nadat bekend werd dat het VUmc de wachtlijst voor nieuwe patiënten had gesloten en partijen elkaar in een houtgreep hielden, een onderzoek naar deze casus is gestart. Met mijn brieven van 11 maart (Kamerstuk 32 299, nr. 25) en 14 mei (Kamerstuk 32 299, nr. 26) heb ik u geïnformeerd over de bevindingen van de NZa en de vervolgstappen die de NZa gaat ondernemen. De NZa onderzoekt daarbij zowel de vraag of er sprake is van een aanmerkelijke marktmacht van VUmc, als de vraag of zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht. Overigens zijn over de transgenderzorg inmiddels afspraken gemaakt voor de korte en langere termijn en is de patiëntenstop opgeheven.

Deze leden vragen of ik wil voorzien in een knelpuntenanalyse met betrekking tot de signalen over hoge eisen voor innovatieve zorgaanbieders voor het verkrijgen van een contract.

In mijn reactie op een vraag van de leden van de CDA-fractie over nieuwe aanbieders ben ik hier reeds op in gegaan. Vanuit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid beoordeel ik het als positief dat zorgverzekeraars soms hoge eisen stellen aan nieuwe of innovatieve zorgaanbieders. Cruciaal is dat zij toegevoegde waarde hebben voor de patiënt.

Voorts vragen deze leden in hoeverre er wordt gewerkt met minimale omzeteisen en of ik de inzet hiervan toelaatbaar acht.

De mate waarin met minimale omzeteisen wordt gewerkt is mij niet bekend. Ik kan mij wel voorstellen dat zorgverzekeraars minimale volumevereisten hanteren voor bepaalde vormen van zorg. Het werkt immers kwaliteitsverhogend indien (bijvoorbeeld complexe) verrichtingen vaker worden uitgevoerd.

De leden van de D66-fractie vragen verder in hoeverre ik stimuleer dat best practices zoals datamining en spiegelinformatie worden verspreid zodat zorgverzekeraars beter kunnen controleren op fraude.

Ik ben van mening dat zorgverzekeraars primair aan zet zijn om dit zelf op te pakken. Ik merk hierbij op dat zorgverzekeraars op brancheniveau zich inzetten om de controle op gepast gebruik, oneigenlijk gebruik en misbruik te intensiveren, te verbeteren en zichtbaar te maken.

Ik wijs in dit verband op het programma Zinnige Zorg Zuinige Rekening van Zorgverzekeraars Nederland. Met dit programma wordt onder andere een plan opgesteld met onder andere als doel om continue zichtbaar te maken wat zorgverzekeraars doen en bereiken bij controles en fraudebeheersing.

Deze leden vragen of ik de opvatting deel dat het een onwenselijke ontwikkeling is, dat een toenemend aantal kleine aanbieders van een contract af zou zien omdat een restitutievergoeding van 60–80% van het marktconforme tarief toereikend is.

De kern van de gedachte achter de Zorgverzekeringswet is dat de zorg betaalbaar en van een hoge kwaliteit kan blijven, indien (natura)zorgverzekeraars zoveel mogelijk contracten sluiten met zorgaanbieders die een goede prijs/kwaliteit verhouding leveren en daar hun verzekerden naar toe kunnen sturen. Ik deel de opvatting, dat het een onwenselijke ontwikkeling

is dat zorgaanbieders van een contract af zouden zien omdat een restitutievergoeding van 60–80% toereikend zou zijn. Dit roept de vraag op of zorgverzekeraars voldoende efficiënt hebben ingekocht. Een dergelijke ontwikkeling toont tevens de noodzaak aan van de wijziging van art 13 Zvw, waardoor zorgverzekeraars de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zelf kunnen bepalen en ook kunnen bepalen dat er geen vergoeding wordt verstrekt.

Deze leden vragen of ik al kan aangeven wat de eerste signalen zijn met betrekking tot de uitgavengroei 2014.

Op dit moment beschikt VWS nog niet over realisatiecijfers 2014. Wel heb ik van de NZa begin 2014 een brief ontvangen over de voorlopige contracteringscijfers 2014 voor de medische specialistische zorg en de GGZ. Deze brief van de NZa stuur ik bijgevoegd⁷ mee. Korthedshalve verwijs ik u naar de inhoud van deze brief. Op basis van de voorlopige cijfers in de brief van de NZa kunnen nog geen conclusies worden getrokken over de uitgavenontwikkeling tussen 2013 en 2014. Zodra ik de vervolgrapportage van de NZa heb ontvangen, stuur ik deze naar uw Kamer.

De leden van de D66-fractie hebben een aantal vragen bij de deelmarkt-ontwikkelingen. Zo vragen zij naar de stand van zaken met betrekking tot de onderhandelingen met het veld over de uitwerking van het nieuwe bekostigingssysteem.

Het laatste bestuurlijk overleg over de uitwerking van het nieuwe bekostigingssysteem heeft plaatsgevonden op 31 maart jl. Inmiddels heeft u van mij een voorhangbrief met mijn voornemens voor de inrichting van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015 ontvangen.

Ook vragen deze leden hoe in het nieuwe systeem geanticipeerd wordt op de twijfels die er zijn bij het onderscheidend vermogen van de innovatie module?

In het nieuwe bekostigingssysteem is ruimte voor afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over zorgvernieuwing. De invulling van die module is vrij, te bepalen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in onderling overleg. Dat biedt ruimte voor onderscheidend vermogen, in te vullen door partijen zelf. Overigens is het zo dat de module modernisatie & innovatie op dit moment ook wordt ingezet voor verschillende zorgvernieuwingen, die ook per zorgverzekeraar verschillen.

Met betrekking tot de GGZ-sector vragen deze leden wat de eerste resultaten zijn voor de verschuiving van tenminste 20% van de patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de Basis GGZ.

De monitor generalistische basis GGZ zal inzicht geven in de verschuiving van deze patiëntenstromen. U ontvangt de eerste resultaten in de vorm van een quick scan zo mogelijk vóór het zomerreces. Kort na het zomerreces ontvangt u een meer compleet beeld.

Ten aanzien van de mondzorg vragen deze leden of het kostenonderzoek inmiddels is afgerond en wanneer de herijkte tarieven worden vastgesteld.

De NZa streeft ernaar om het kostenonderzoek nog voor de zomer af te ronden en de herijkte tarieven per 1 januari 2015 in te voeren. Op de vraag of ik over een jaar opnieuw wil kijken of een experiment kan worden gestart met de vrije tarieven in de mondzorg merk ik op dat het experiment na veel maatschappelijke onrust op aandringen van uw Kamer is beëindigd. Er was in de sector veel energie in dit traject gestoken en ik

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

merk dat veel tandartsen het onbegrijpelijk vinden dat dit traject zo snel, op basis van gegevens over zo'n korte periode, is teruggedraaid. Zoals u weet deel ik dit oordeel. Ik ben dan ook niet voornemens een nieuw experiment te starten. Voor het antwoord op de vraag wat ik wil doen om de mondzorgaanbieders aan te moedigen tot een verbetering van het zicht op de kwaliteit en richtlijnen in de mondzorg verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie hierover, dat het streven erop gericht is om het instituut Mondzorg nog dit jaar van start te laten gaan.

Bij de inkoop van ketenzorg constateren de leden van de D66-fractie dat zorgverzekeraars een informatieachterstand hebben en vragen of ik de zorgverzekeraars wil aanmoedigen deze informatieachterstand in te halen. Ik ben van mening dat het onderdeel is van de zorginkoop door zorgverzekeraars, dat zij er zorg voor dragen dat ze over voldoende gegevens beschikken om de inkoop goed te kunnen doen. Ik zal hen daartoe aanmoedigen in het bestuurlijk overleg eerste lijn. Overigens is het zo dat de informatieachterstand die in de monitor zorginkoop 2014 wordt genoemd, samenhangt met de vraag destijds van verzekeraars om delen van de ketenzorg onder tariefregulering te brengen. Inmiddels hebben zorgverzekeraars in het bestuurlijk overleg eerste lijn aangegeven voorstander te zijn van het continueren van vrije tarieven voor de ketenzorg. In het kader van de uitwerking van de nieuwe bekostiging wordt ook gesproken over nadere regels rond de registratie van gegevens in de ketenzorg door zorgaanbieders.

Tot slot vragen deze leden welke markten langs de meetlat voor tariefregulering worden gelegd en wat de minister van het idee vindt om tariefregulering op bepaalde markten toe te passen.

In opdracht van het ministerie van VWS is Andersson Elffers Felix (AEF) onlangs gestart met de evaluatie van de werking van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze evaluatie heeft onder meer het doel om in beeld te brengen wat de effecten van tarief- en prestatieregulering zijn op het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij zal ook worden onderzocht of tarief- en prestatieregulering voor sommige segmenten het meest effectieve instrument is. Het lijkt mij niet verstandig om vooruit te lopen op de resultaten van dit onderzoek. Ik zal de Kamer nadat de resultaten van dit onderzoek zijn verschenen, informeren over mijn voornemen ten aanzien van tarief- en prestatieregulering op de verschillende zorgmarkten. Naar verwachting kan ik het definitieve rapport in het najaar aan uw Kamer toesturen.

Vragen leden SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie constateren dat de NZa met name de betaalbaarheid van de zorg benadrukt en vragen of de bevoegdheden van de NZa dit perspectief bepalen. Tevens vragen zij of de NZa niet meer had moeten benadrukken dat de conclusies in het rapport vanuit dit perspectief worden getrokken.

In reactie op deze vragen merk ik op dat het zorgstelsel erop is gericht om de gebruiker meer centraal te stellen en de publieke belangen van een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg te borgen. Regulering schrijft voor dat de zorgverzekeraars een zorg- en acceptatieplicht hebben, en dat zij de zorgverzekeringspremie niet mogen differentiëren. De wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraars wordt in artikel 11 van de Zvw zo vormgegeven dat de verzekerden recht hebben op de verzekerde zorg. Deze wettelijke omschrijving bepaalt het perspectief van waaruit de NZa haar toezichthoudende taak beziet: kopen zorgverzekeraars voldoende zorg in zodat de verzekerden de zorg kunnen krijgen waarop zij recht hebben? In de monitor geeft de NZa een stand van zaken. Andere

thema's rond de werking van het zorgstelsel komen in de thans voorliggende monitor niet aan bod. Deze vinden hun plek in andere activiteiten van de NZa, zoals de marktscan «Zorgverzekeringsmarkt» (2013) en de monitor «Toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt» (2012). Zowel in de monitor als in de begeleidende beleidsbrief schetst de NZa, naar mijn mening in voldoende mate, dat zij de conclusies in de monitor vanuit dit perspectief trekt.

Deze leden vragen hoe ik aankijk tegen het gegeven dat de transparantie van zorginkoop beperkt is en dat de kwaliteitscriteria die gehanteerd worden bij zorginkoop en de controle daarop en over de gevolgen bij het eventueel niet nakomen van de afspraken er vaak niet is?

Hiervoor heb ik al aangegeven dat inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg essentieel is voor het functioneren van het stelsel en ik verwijs u naar die delen van de beantwoording van gelijksoortige vragen van collega's.

Ook vragen de leden van de SGP-fractie mijn oordeel over de constatering dat de inkoopbeleidskaders van de zorgverzekeraars nauwelijks vergelijkbaar zijn en hoe ik aankijk tegen een wettelijke verplichting voor verzekeraars tot openheid en transparantie over de zorginkoopcriteria. De inkoopbeleidskaders behoren tot de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars en geven hen daarmee de mogelijkheid zich te onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt. Ik vind het dan ook positief dat deze inkoopkaders onderling verschillen.

Zowel voor zorgaanbieders als voor verzekerden is transparantie in de contractering van belang. Ik ben van mening dat verzekeraars hier transparant over moeten zijn, zodat zorgaanbieders vooraf beter weten waar zij aan toe zijn en zodat verzekerden dit ook mee kunnen laten wegen in een keuze voor een verzekeraar. De wettelijke verplichting uit het BW over het contracteerproces omvat volgens de rechter reeds de verplichting voor zorgverzekeraars om transparant te zijn. Uit de rechtspraak van de civiele rechter blijkt namelijk dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn. Daarnaast zijn in de Good Contracting Practises ook afspraken over transparantie opgenomen. Deze afspraken gaan over communicatie en informatievoorziening tijdens het contracteren. Transparantie is cruciaal in dit systeem. Als er verbetering mogelijk is, zal ik daar serieus naar kijken.

De leden van de SGP-fractie vragen of een scherpere zorginkoop met name aan consumenten ten goede komt en minder aan verzekerde patiënten en of ik het onwenselijk vind dat daardoor het zorgstelsel zich in toenemende mate op kostenreductie richt.

Een scherpere zorginkoop leidt tot lagere premies, en daarvan profiteren alle verzekerden, zowel de gebruikers van zorg als de niet-gebruikers van zorg. In reactie op de vraag of ik het onwenselijk vind dat daarmee het zorgstelsel zich in toenemende mate richt op kostenreductie en niet op een goede prijs/kwaliteitverhouding, merk ik op dat een scherpe zorginkoop niet betekent dat de kwaliteit van de zorg laag is. Integendeel, bij goede zorginkoop gaan een goede kwaliteit van de zorg, een groot behandelvolume en een lage prijs samen. Toenemende focus op inkoop van kwaliteit is dan ook belangrijk. Daarom zijn ook afspraken gemaakt in de HLA.

Deze leden vragen of ik mogelijkheden zie om de NZa meer gericht te laten zijn op het belang van patiënten.

In het debat over de zorgsector klinkt regelmatig de wens om meer vrijheden te introduceren om de patiënt en verzekerde beter centraal te kunnen stellen (minder voorschrijven hoe) en anderzijds om de randvoorwaarden beter te bewaken (meer toezicht op wat). Deze beweging is in het veld al waarneembaar. Het past ook in de visie van de NZa om hiervoor

zoveel mogelijk ruimte te bieden en eventuele belemmeringen ongedaan te maken. Tijdens de evaluatie van de Wmg zal ik ook aandacht besteden aan de vraag of het wettelijk kader voldoende ruimte laat voor deze meer op de patiënt en verzekerde gerichte benadering.

Deze leden vragen verder of ik mijn analyse kan geven rond de klachten van aanbieders over zorgverzekeraars.

Ik kan mij vinden in de analyse van de ACM dat het voor sommige aanbieders wennen is om in het inkoopproces met een sterke partij te worden geconfronteerd. Een groot deel van de ontevredenheid van zorgaanbieders heeft betrekking op de inhoud (bijvoorbeeld de tarieven) van de door zorgverzekeraars aangeboden contracten. Daarnaast bestaat er onvrede over de wijze waarop het contracteerproces verloopt. Het is wat dat laatste betreft ook een kwestie van meer vertrouwen opbouwen en ervaring opdoen. De Good Contracting Practices spelen daar een belangrijke rol bij. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat partijen steeds beter in staat zullen zijn hun rol in het inkoopproces goed op te pakken. Daar waar zorgaanbieders van mening zijn dat de opstelling van de zorgverzekeraar de grenzen van redelijkheid en billijkheid overschrijdt, staat altijd de weg naar de civiele rechter open. Ik verwijs voorts naar antwoorden op gelijksoortige vragen van andere leden in dit VSO.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe ik de voorgestelde wijziging van artikel 13 zie in het licht van het feit dat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan omzet voordat zij een contract krijgen aangeboden. En of dat geen te grote drempel voor nieuwe toetreders betekent, zo vragen deze leden.

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag van het wetsvoorstel waarin de wijziging van artikel 13 is opgenomen, naar voren heb gebracht, staat uiteindelijk het belang van de verzekerde patiënten voorop en niet de bescherming van zorgaanbieders. Vanuit de wens om de transactiekosten te beperken lijkt het plausibel te veronderstellen dat zorgverzekeraars eerder geneigd zijn zorg in te kopen bij enkele grotere aanbieders dan bij vele kleine. Maar transactiekosten is zeker niet de enige overweging die hierbij een rol speelt. Bij het hanteren van een minimum omzetgrens speelt ook het kwaliteitsaspect een rol. Ook is het voor zorgverzekeraars zeer onwenselijk om afhankelijk te zijn of te worden van enkele grote aanbieders. Zorgverzekeraars zullen ook hechten aan diversiteit in hun inkoop om daarmee verzekerden te trekken. Gezien de gestage groei van het aantal ZBC's is er geen aanleiding om te denken dat zorgverzekeraars alleen bij grote aanbieders inkopen.

Deze leden vragen hoe het komt dat verzekeraars onvoldoende scoren op het controleren van verdenkingen van dubieuze declaraties en fraude.

Zorgverzekeraars raken steeds meer doordrongen van het feit dat het controleren van de rechtmatigheid van declaraties een belangrijk onderdeel is van hun taak. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn zorgverzekeraars bezig om hun nieuwe rol in het zorgverzekeringsstelsel goed vorm te geven. Het controleren van dubieuze declaraties en het doen van onderzoek naar fraude wordt steeds belangrijker voor zorgverzekeraars, mede onder druk van de NZa die het toezicht op de zorgverzekeraars heeft verscherpt. Daarnaast neemt ook de maatschappelijk druk op zorgverzekeraars toe: collectieve middelen mogen alleen maar worden aangewend ter compensatie van zorgkosten die aan alle voorschriften in wet- en regelgeving voldoen. Alhoewel nog niet voldoende, constateer ik dat de zorgverzekeraars deze signalen ter harte nemen: hun investeringen en aandacht voor bestrijding van onrechtmatige en frauduleuze declaraties nemen toe.

Ook de leden van de SGP-fractie vragen of de NZa geen grotere rol moet krijgen bij de beoordeling of verzekeraars redelijk en billijk handelen. Tevens vragen zij hoe ik aankijk tegen het in de wet vastleggen van de Good Contracting Practices.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven vind ik het een goede zaak dat sectoren dit zelf oppakken en hierover in gezamenlijkheid afspraken maken. Het is uiteindelijk aan de civiele rechter om het contracteerbeleid te toetsen aan de in de precontractuele fase geldende maatstaven van redelijkheid en billijkheid. De Good Contracting Practices kunnen in deze civiele procedures een rol spelen bij de beoordeling van wat redelijk en billijk is.

Deze leden vragen hoe ik reageer op de kritiek van zorgaanbieders over de manier waarop de zorgverzekeraar zich opstelt en wat ik ga doen om hier verandering in te brengen.

Hiervoor heb ik al opgemerkt dat het contracteerproces een privaatrechtelijke aangelegenheid is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Vanuit dat oogpunt vind ik het dan ook een goede ontwikkeling dat deze partijen steeds vaker met elkaar het gesprek aangaan over het verloop van het contracteerproces. De Good Contracting Practices zijn daarbij niet alleen behulpzaam maar ook een teken dat er gesproken wordt over verbetering van het inkoopproces. Ook de best practices zijn belangrijk. Zij laten zien dat er methodes zijn waarop op een bevredigende manier het inkoopproces verloopt. In mijn rondgang door Nederland over dit onderwerp heb ik daarvan verschillend voorbeelden gehoord. Ik stuur u voor de zomer hierover een brief.

Ten aanzien van de transactiekosten vragen de leden van de SGP-fractie waarom de NZa zo laconiek reageert op de klachten van zorgaanbieders hierover en wat ik ga doen om deze kosten te verminderen. Tevens vragen zij welke rol hier voor NZa en Kwaliteitsinstituut is weggelegd. Tevens vragen zij waarom de NZa klachten over administratieve lasten naast zich neerlegt door te stellen dat «enige» inkoopmacht goed is voor de verzekerde.

De NZa geeft aan dat enige transactie- en coördinatiekosten onvermijdelijk zijn maar doet tegelijk suggesties voor verbeteringen met betrekking tot de

coördinatie daarvan bij sommige zorgverzekeraars. Ik deel de conclusie van de NZa dat deze kosten onvermijdelijk zijn bij zorginkoop processen. Ik ben echter ook van mening dat de transactiekosten zo laag mogelijk moeten worden gehouden. In eerste instantie is hier een belangrijke rol weggelegd voor de contractpartijen zelf, de zorgverzekeraars in samenwerking met de zorgaanbieders. Daarnaast worden in het register van het Zorginstituut Nederland kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten opgenomen, die tripartiete door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties worden aangeboden. De veronderstelling daarbij is dat de geregistreerde standaarden en meetinstrumenten voor voldoende transparantie zorgen voor betrokken partijen. Het register van het Zorginstituut kan daarmee de zorgaanbieder helpen om zich te verweren tegen onnodige uitvraag van gegevens door de zorgverzekeraars. Aandachtspunt voor het Zorginstituut bij het register is het voorkomen dat overbodige standaarden en meetinstrumenten worden opgenomen in het register. De NZa ziet er vervolgens als toezichthouder op transparantie op toe dat de relevante informatie ook beschikbaar en transparant is voor de betreffende partijen. Door het gebruik van deze transparante informatie kunnen de transactiekosten zo beperkt mogelijk blijven. Tot slot werk ik samen met de Agenda voor de Zorg, waarin alle partijen uit de zorg zijn verenigd aan een dereguleringstraject. Ik zal u voor de zomer nader informeren.

Deze leden vragen of ik de logica ervan kan toelichten dat de declaratie van niet verzekerde zorg ook via de zorgverzekeraar moet lopen?
Hiertoe is geen noodzaak. Ik kan me echter voorstellen dat dit in bepaalde situaties voorkomt. Bijvoorbeeld in het geval van fysiotherapie, waarbij de eerste behandelingen niet vergoed worden door de zorgverzekeringswet. Of indien het afhankelijk van de vraag of een behandeling noodzakelijk is dan wel om cosmetische redenen wordt uitgevoerd of er sprake is van wel/niet verzekerde zorg. In dergelijke gevallen kan het zinvol zijn om deze declaraties via de zorgverzekeraar te laten lopen zodat deze kan beoordelen of er al dan niet sprake is van vergoeding.

Tot slot vragen deze leden hoe ik het vind dat zorgaanbieders te weinig tijd hebben om het contractvoorstel te bestuderen en vragen te stellen aan de verzekeraar. Ook vragen zij om een reactie op de kritiek dat verzekeraars geen gehoor geven aan verzoeken tot uitstel van de termijn.
Ik acht een goed lopend contracteerproces van belang voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar en uiteindelijk ook voor de verzekerde patiënt. Daarom heeft de NZa het initiatief genomen om Good Contracting Practices op te stellen. Hierin is onder andere opgenomen dat de zorgverzekeraar het tijdpad van de contractering zodanig afstemt dat zorgaanbieders een redelijke termijn hebben om het contractvoorstel te bestuderen. Ik vind het een goede zaak dat steeds vaker marktpartijen het initiatief voor het opstellen van spelregels rond de contractering nemen.