

Vergaderjaar 2013–2014

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 94

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juli 2014

Het gaat goed met de zorg in Nederland. De zorg is van hoog niveau, de wachtlijsten zijn voor de meeste behandelingen kort en de betaalbaarheid van de zorg is de afgelopen jaren verbeterd. Er zijn samenwerkingen en ketenzorgcombinaties tot stand gekomen die voorheen nog onbekend en soms ook onmogelijk waren. Samenwerking in de zorg vindt op alle niveaus plaats. Binnen organisaties en tussen organisaties, zodat patiënten betere zorg ontvangen dan zonder deze samenwerking. Deze goede ontwikkelingen zijn voor een groot deel te danken aan de bekwame en gemotiveerde mensen die werken in de zorg.

Dit voorjaar heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een rondgang gemaakt door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Om u een indruk te geven van de bijeenkomsten tijdens de rondgang treft u de verslagen aan in de bijlagen¹. U zult hierin lezen dat de bijeenkomsten informatief pittig en waardevol waren. Onderwerpen waarover ik met de Tweede Kamer spreek op het niveau van de werking van het stelsel kunnen individuele mensen die in de zorg werken rechtstreeks en soms ingrijpend raken.

Op basis van alles wat ik heb gehoord tijdens de ronde ben ik gesterkt in mijn mening dat de mededingingsregels verzekerden en patiënten beschermen tegen prijsopdrijvende afspraken of een onnodige inperking van de keuzemogelijkheden, zonder samenwerking ten gunste van de patiënt te bemoeilijken of onmogelijk te maken. Tegelijkertijd ben ik gesterkt in mijn opvatting dat het ook nog een stuk beter kan en moet.

Veel beroepsbeoefenaren hebben vragen bij de rol van de zorgverzekeraar in het inkoopproces. Er is een behoorlijk onderscheid tussen de verschil-

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

lende beroepsbeoefenaren. Soms heeft dat te maken met hoe lang zij al in dit systeem werken, of relatief nieuw zijn en hun plek nog moeten vinden. Soms heeft het te maken met of de zorg die zij leveren in het collectieve basispakket of in het aanvullende pakket zit. Sommige beroepsbeoefenaren hebben oplossingen gevonden voor hun knelpunten, anderen niet en kunnen van de ervaringen van hun collega's leren. In deze brief zal ik hier nader op ingaan, zoals ik u² en de Tweede Kamer heb toegezegd³.

In het belang van de verzekerde

Tijdens de rondgang meldden zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars dat zij handelen in het belang van de verzekerden en/of de patiënt. De patiëntenvertegenwoordigers die aanwezig waren, gaven tijdens de sessies aan dat zij blij zijn met de rol van de zorgverzekeraars en dat zorgverzekeraars in toenemende mate de dialoog met hen zoeken over de te contracteren zorg.

De zorgverzekeraars zijn in ons zorgstelsel zo gepositioneerd dat zij een prikkel hebben om in het belang te handelen van hun verzekerden, verzekerden kunnen namelijk jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar. Dit betekent dat inkoopvoordelen worden doorgegeven in een scherpe prijs voor de polis, dat kwaliteit inzichtelijk wordt doordat verzekerden inzicht krijgen in welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en dat zorgverzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden door bijvoorbeeld een pluriform aanbod van aanbieders te contracteren, zodat verzekerden terecht kunnen bij een aanbieder of beroepsbeoefenaar die aansluit bij hun levensvisie. Ik heb onlangs een wetsvoorstel ingediend dat het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars meer differentiëren in hun aanbod van naturapolissen en zij bijvoorbeeld ook een naturapolis kunnen aanbieden met uitsluitend gecontracteerde zorg. Hierdoor krijgen verzekerden meer keuze. Verzekerden en patiënten moeten dan wel weten waarvoor zij kiezen. Daarom verhoogt dit wetsvoorstel de transparantie voor verzekerden. Verzekeraars zullen zes weken voorafgaand aan het nieuwe polisjaar het gecontracteerde aanbod bekend moeten maken, zodat verzekerden dit kunnen betrekken bij de keuze voor een polis. Naast transparantie voor verzekerden, verhoogt dit wetsvoorstel ook de transparantie voor zorgaanbieders. Verzekeraars moeten op 1 april van het jaar voorafgaand aan het contractjaar transparant maken wat hun procedure en beleid van zorginkoop zijn. Zo kunnen zorgaanbieders daar beter op inspelen en komen zij in het contracteringsproces minder voor voldongen feiten te staan.

De formele toets of een zorgverzekeraar zijn werk goed doet – zorgplicht – houdt niet in dat de zorgverzekeraar aan elke aanbieder een contract moet aanbieden. De formele toets van de NZa is om te kijken of een zorgverzekeraar voor de aangeboden naturapolissen de benodigde zorg tijdig en binnen een redelijke afstand kan leveren aan zijn verzekerden. Er moet ook voldoende te kiezen zijn. Indien dit het geval is, heeft de zorgverzekeraar zijn zorgplicht goed ingevuld. Een verzekerde dient vóóraf te weten wat hij kan verwachten.

Tekenen bij het kruisje of samen werken aan zorg?

Tijdens de ronde bleek dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een

² T01801.

³ TZ_VWS_2013_244, TZ_VWS_2013_275, TZ_VWS_2013_295, TZ_VWS_2014_55, VAO Eerstelijnszorg van 18 december 2013 (Handelingen II 2013/14, nr. 38, item 9, TK 2013/2014 Aanhangsel Handelingen II 2013/14, nr. 1397 en Kamerstuk 29 689, nr. 510).

positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. Dit was voor veel aanwezigen een nieuw geluid. Veel beroepsbeoefenaren meldden namelijk dat zij zich onvoldoende gehoord voelen bij het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar.

1 - Regiogesprekken over kwaliteit op initiatief van een verzekeraar

- Diverse verzekeraars lieten tijdens de ronde weten met beroepsbeoefenaren om tafel te gaan, ter voorbereiding op het contract.
- Deze verzekeraars organiseren daarvoor tafels in de regio waar over de kwaliteit van specifieke zorg wordt gesproken.
- Aan deze tafels zitten naast aanbieders ook patiëntvertegenwoordigers.
- De waardering van deze bijeenkomsten onder aanbieders is wisselend. Sommigen voelen zich wel gekend en anderen niet.

2 - Doorverwijzing vanwege kwaliteit

- In een kleine plaats bevindt zich één zorgcentrum met een aantal zelfstandige beroepsbeoefenaren, allen werkzaam in dezelfde discipline. Behandelaar A is erg goed in de behandeling van open wonden. Mag behandelaar B doorverwijzen?
- De mededingingsregels beperkt de doorverwijzing niet. Op het moment dat beroepsbeoefenaar B een patiënt krijgt met een open wond, is het toegestaan deze patiënt door te verwijzen naar behandelaar A.
- Uiteraard heeft de patiënt het recht om dit te weigeren.

3 - Kringgesprekken over kwaliteit op initiatief van aanbieders

- Een huisartsenkring liet weten op regionaal niveau te spreken met verzekeraars over de kwaliteit van zorg.
- De volgende zaken werden o.a. besproken: Wat is kwaliteit? Hoe leg je kwaliteit vast? Welke gegevens zijn daarvoor nodig?
- Dergelijke afspraken gaan onnodige registratie tegen, verlagen de kostprijs en geven beroepsbeoefenaar meer behandeltime per patiënt.
- Tijdens de ronde werd gemeld, dat verzekeraars de overlap aan formulieren willen terugdringen.

4 - Pluscontract en topzorg op initiatief van een verzekeraar

- Verzekeraars hebben met diverse beroepsbeoefenaren persoonlijk contact.
- De verzekeraars noemen dit veelal de "plus" contracten. De verzekeraar selecteert beroepsbeoefenaren of medisch specialistische handelingen waarvan zij vindt, dat haar verzekerden extra kwaliteit krijgen.
- In een pluscontract worden afspraken over prijs en kwaliteit vastgelegd.
- In een topzorgcontract worden afspraken over patiënteninformatie, de kwaliteit en snelheid van de behandeling vastgelegd.

5 – Kwaliteitsinformatie delen tussen aanbieders, patiënten en verzekeraar

- Meerdere zorgaanbieders hebben met een verzekeraar een organisatie opgericht om te zorgen dat in de geestelijke gezondheidszorg de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd.
- Hiervoor zijn specifieke protocollen voor screening en behandeling ontwikkeld.
- Een gezamenlijk neergezette organisatie ontwikkelt websites met preventieve informatie en zelfmanagementmodules voor patiënten.
- Deze organisatie verleent zelf geen zorg.

6 - Een keten van kleine plaatselijke aanbieders

- Zelfstandige apothekers en huisartsen hebben een keten gevormd.
- Een keten is een centraal geleide apotheekdienst met eigen filialen, waar de zorgverlener in loondienst werkzaam is en 100% bezig is met patiëntenzorg.
- Er wordt centraal onderhandeld met de verzekeraar over het basiscontract en pluscontracten.
- Dit kan doordat de verschillende vestigingen filialen zijn van één onderneming.

7 - Niet-concurrerende aanbieders maken landelijk afspraken met een verzekeraar

- Aanbieders maken samen afspraken met de verschillende zorgverzekeraars over de prijs en de kwaliteit van zorg.
- Hiervoor is een organisatie opgericht, waarvan aanbieders lid zijn, die geen concurrent zijn, omdat ze werkzaam zijn in verschillende regio's.
- De aanbieders zijn bereid een bepaalde kwaliteitsstandaard te bieden.
- Er zijn geen regels die deze werkwijze verbieden. Ook de mededingingsregels verbieden dit niet, omdat de concurrentie niet wordt beperkt.
- Zie ook de informele zienswijze van de ACM via: <http://goo.gl/s7NWrj>

8 - Concurrerende aanbieders mogen meeliften op afspraken tussen een verzekeraar en andere aanbieders

- Een verzekeraar maakt met een aantal aanbieders afspraken over de kwaliteit en de prijs.
- Andere concurrerende aanbieders willen meeliften; de afspraken gemaakt over prijs en kwaliteit zijn schijnbaar goed.
- Het meeliften van de concurrenten is door de ACM toegestaan, onder de voorwaarde dat de verzekeraar hiermee instemt. De verzekeraar mag instemming weigeren.
- Het instemmingcriterium is belangrijk, omdat een zorgverzekeraar selectief kan contracteren.
- Zie ook de informele zienswijze van de ACM via: <http://goo.gl/s7NWrj>

9 – Tijdelijk mogen concurrenten samenwerken op verzoek inkoper

- Acht kleine aanbieders met een maximum omzet van 1,1 miljoen euro aan 'diensten' (bijv. zittingen, therapie-uren) mogen altijd samenwerken (bagatel).
- Boven deze norm mag het ook als de inkoper geschiktheidseisen stelt, waaraan een aanbieder zelfstandig niet kan voldoen, bijvoorbeeld 24-uurszorg, gegarandeerde continuïteit e.d.
- In die gevallen mag je met net zoveel concurrenten samenwerken voor zover als dat nodig is om aan de eisen te voldoen.
- Meer informatie vindt u in de beleidsregel combinatieovereenkomsten.

10 - Tijdelijk complementair samenwerken voor patiënt op verzoek inkoper

- Complementaire aanbieders kunnen een consortium vormen om samen integrale zorg te leveren.
- Zij zijn complementair en per definitie geen concurrenten van elkaar.
- Het consortium wordt gevormd, omdat de inkoper zorg wil kopen, dat de kleine aanbieder niet zelfstandig kan aanbieden. Er zijn geen regels die deze werkwijze verbieden.
- Meer informatie vindt u in de brief aan de Tweede Kamer (TK 2013-2014, 32620, nr. 110).

11 – Resultaat onderhandelingen overgenomen naar andere aanbieders bij instemming verzekeraar

- Aanbieders binnen bagatelgrenzen mogen samen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit met de verzekeraar.
- De verzekeraar kan de afspraak die hij heeft gemaakt met de aanbieders binnen het bagatel uitbreiden naar andere aanbieders, door de uitkomst voor te leggen aan de andere aanbieders met verwijzing naar de afspraak.
- De andere aanbieders hebben de vrijheid om dit aanbod af te wijzen.

12 - Intermediair tussen verzekeraar en aanbieder

- De intermediair opereert soms onder de naam zorggroep. In dit geval is de intermediair de hoofdaannemer voor de verzekeraar.
- De hoofdaannemer contracteert vervolgens de kleinere zelfstandige aanbieders. Dit kan zowel een keten van zorg zijn als een homogene groep aanbieders. De hoofdaannemer maakt afspraken over tarief en kwaliteit en is aanspreekpunt voor de zorgverzekeraar.

Ik vind de positieve voorbeelden van hoe wel gesproken kan worden over prijs en kwaliteit dermate van belang, dat ik deze in mijn brief nader presenteer. Naast de positieve voorbeelden die tijdens de bijeenkomsten zijn genoemd, heb ik in dit overzicht ook de initiatieven van zorgverzekeraars gepresenteerd en voorbeelden laten uitwerken op basis van gestelde vragen.

De voorbeelden van samenwerking laten zien dat er veel mogelijk is in het zorgstelsel en dat het juist in het belang is van verzekerden en patiënten als er wordt samengewerkt om betere zorg te leveren. De voorbeelden maken duidelijk, dat in het contracteringsproces meer mogelijk is. Het is niet nodig dat elke individuele beroepsbeoefenaar spreekt met een zorgverzekeraar. Het is mogelijk om afspraken die anderen maken te volgen. Het is wel van belang dat niet de prijs alleen leidend is, maar dat de kwaliteit en service als onderdeel daarvan een belangrijke rol speelt. Ik vind het dan ook belangrijk dat deze voorbeelden beter bekend worden in het veld, zodat partijen hier hun voordeel mee kunnen doen. Ik zal deze voorbeelden samen met de verslagen laten verspreiden onder de deelnemers aan de rondgang en onder de belangenorganisaties van de verschillende beroepsbeoefenaren.

Fusies

De rondgang heeft mij gesterkt in het beeld dat steeds meer bestuurders eerst inhoudelijk nadenken over een samenwerking. Tijdens de rondgang noemden de bestuurders van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra het verhogen van de kwaliteit een belangrijke reden om verregaand samen te werken. Soms noemden bestuurders een fusie een sluitstuk op een dergelijke samenwerking.

Het is aan het bestuur van een instelling om na overleg met alle stakeholders te beslissen of zij wil fuseren of dat ze beter zelfstandig kan blijven en bijvoorbeeld samenwerkt met andere organisaties. Om te borgen dat er een brede overweging vooraf gaat aan het besluit te fuseren, waarbij alle stakeholders zijn betrokken, is de zorgspecifieke fusietoets ingevoerd.

Een tweede reden die wel werd genoemd, maar overigens niet de door de organisaties die niet gefuseerd waren of daarover nadachten, was het organiseren van marktmacht. Dat is een defensieve strategie, die niet in het voordeel is van patiënten, cliënten en verzekerden. Daarom is het belangrijk dat de ACM de mogelijk mededingingsbeperkende effecten van fusies ten nadele van patiënten, cliënten en verzekerden nauwgezet toetst en daar een eigenstandige beslissing in neemt op basis van eigen onderzoek. Concentraties die mededingingsbeperkend zijn en dus nadelig uitwerken voor de patiënt, de cliënt of de verzekerde kunnen en moeten worden tegengehouden. Zowel voor de patiënt als voor de zorgverzekeraar is het cruciaal dat er voldoende te kiezen blijft.

Ook al is het aan het bestuur van zorgaanbieders om te beslissen over de vraag of zij willen of zouden moeten fuseren, het is uiteindelijk aan de toezichthouders om dit te toetsen en dit toe te staan. Zij hebben hier samen met de rechter, op basis van de door de wetgever gestelde toetsingskaders, het laatste woord in.

Ten slotte wil ik u laten weten dat markttoezicht en de zorgspecifieke fusietoets onderdeel is van de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg en de NZa die nu gaande is.

Afsluitend

Het mededingingstoezicht staat samenwerking in het belang van de patiënt, cliënt en verzekerde niet in de weg en is dus geen reden om niet samen te werken in de zorg. Dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog niet altijd alle mogelijkheden benutten blijkt uit de bijeenkomsten tijdens de rondgang. Om die reden heb ik de voorbeelden die ik van aanbieders en zorgverzekeraars heb gekregen met u gedeeld in deze brief en worden deze verspreid onder de deelnemers en de belangenorganisaties in de zorg. Ook staan de NZa en de ACM open voor een verdere dialoog met zorgaanbieders, vrije beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers