

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

1195

Vragen van het lid **Klever** (PVV) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat zorgverzekeraars te duur hebben ingekocht* (ingezonden 14 januari 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 februari 2013)

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Verzekeraars kochten zorg 2012 te duur in»?¹

Antwoord 1

De kop van het artikel belooft weinig goeds. Bij lezing van het artikel kreeg ik een beter beeld. Er worden in de kop en het artikel echter voorbarige conclusies getrokken. Er is namelijk nog geen goed beeld over wat er in 2012 feitelijk is gebeurd. Er kan dus niet gesteld worden dat «de zorg te duur is ingekocht».

Daarnaast wordt er een ongenueanceerd beeld geschetst. Het lijkt erop alsof verzekeraars slechte afspraken hebben gemaakt die de zorg duurder maken, zonder dat dit iets oplevert. Dat is echter niet zo. Het gaat hier om afspraken die individuele verzekeraars maken met ziekenhuizen. Verzekeraars en aanbieders hebben in 2012 nieuwe vormen van contractering ingezet, zoals lumpsummen en aanneemsommen. Dergelijke afspraken zijn juist mede gemaakt met het oog op kostenbeheersing. Iedere verzekeraar heeft daar, met betrokken ziekenhuizen, eigen keuzen gemaakt. Dat is de verantwoordelijkheid van veldpartijen.

Mij gaat het om de zorg die de cliënt krijgt en of deze (kwalitatief) voldoende is. Daarbij is voor mij kostenbeheersing op macro-niveau van belang. Deze afspraken die verzekeraars hebben gemaakt met ziekenhuizen, hebben geen gevolg voor de inhoud en omvang van de geleverde zorg. Ik ben verheugd dat verzekeraars het hoofdlijnenakkoord zoals dat met hen en de aanbieders van medisch-specialistische zorg is gesloten, serieus hebben genomen.

¹ Zorgvisie.nl, 11 januari 2013

Vraag 2

Wat vindt u van afspraken waarbij ziekenhuizen geld mogen houden van zorgverzekeraars als ze minder produceren dan het overeengekomen plafond?

Antwoord 2

Het is het beleid en de verantwoordelijkheid van individuele verzekeraars hoe zij zorg inkopen en welke afspraken zij al dan niet maken. Het maken van lumpsumafspraken of aanneemsommen is de beslissing van een verzekeraar en ziekenhuis gezamenlijk. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben beide een financieel risico genomen gelet op het feit dat de jaarlijkse zorgvraag niet geheel voorspelbaar is.

Het is ook mogelijk dat verzekeraars die een lumpsum hebben afgesproken achteraf »de zorg in 2012 te goedkoop inkochten«. Oftewel dat er meer zorg wordt geleverd dan waarop de lumpsumafpraak is gebaseerd. Voor hetzelfde geld behalen verzekeraars die een lumpsumafpraak hebben gemaakt, dus een voordeel. Een verzekeraar maakt individueel keuzes.

Ik heb er dus geen moeite mee dat ziekenhuizen, die het hiervoor genoemde risico op »te goedkope zorg« hebben genomen, geld mogen houden als dat onderdeel van de afspraak met de zorgverzekeraar is.

Vraag 3

Hoe verklaart u dat er minder patiënten naar het ziekenhuis zijn gegaan in 2012?

Antwoord 3

Dergelijke geluiden heb ik ook gehoord van individuele ziekenhuizen en verzekeraars. Maar er is tot nu toe nog geen goed totaaloverzicht beschikbaar van de aantallen patiënten die in 2012 naar het ziekenhuis zijn gegaan en of dit een landelijk beeld is. Het is dus nog niet zeker dat er daadwerkelijk minder zorg is geleverd dan in een vorig jaar of dan waarvan is uitgegaan bij de contractering.

Ik hoop een dergelijk overzicht te krijgen, maar dat zal nog wel enige tijd duren. Ik kan hierop nu dus geen antwoord geven.

Vraag 4

Bent u bekend met signalen dat patiënten geweerd worden in bepaalde ziekenhuizen?

Antwoord 4

Nee, dat is mij niet bekend.

Vraag 5

Deelt u de mening dat uitsluitend geleverde zorg gedeclareerd en vergoed mag worden, en dat ziekenhuizen niet moeten worden beloond voor niet-geleverde zorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Ja, alleen geleverde zorg mag betaald worden. Er mag ook geen declaratie worden gedaan als er geen zorg is geleverd. Binnen de systematiek van lumpsummen en aanneemsommen wordt de afspraak tussen de desbetreffende partijen gemaakt dat naarmate er meer of minder zorg wordt geleverd, de tarieven van de geleverde prestaties zodanig worden bijgesteld dat er uiteindelijk niet meer en niet minder dan het totaal van de lumpsum of aanneemsom wordt betaald voor geleverde en gedeclareerde zorg. Over de afgesproken en gedeclareerde prijzen per product heb ik, tenzij er maximumtarieven door de NZa zijn vastgesteld, echter geen oordeel.

Vraag 6

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het onderzoek van de expertcommissie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar mogelijk financieel misbruik door zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Antwoord 6

De expertcommissie is nog bezig met haar onderzoek. Dit heb ik aangegeven in mijn brief van 3 december 2012 (TK vergaderjaar 2012–2013, 29 248 nr. 246). Bij de beantwoording van de vragen over de begroting 2013 in eerste termijn (BPZ/ADV-3146506) heb ik aangegeven dat ik verwacht u voor 1 april een eindrapportage te kunnen toezenden.