

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

1397

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verbolgen is over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars* (ingezonden 14 februari 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 12 maart 2014).

Vraag 1

Hoe reageert u op het bericht dat de GGZ verbolgen is over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars?¹

Antwoord 1

In de GGZ is veel veranderd per 2014. De generalistische basis GGZ is geïntroduceerd en het representatiemodel is afgeschaft. Dit laatste betekent dat zorgaanbieders te maken krijgen met verschillende verzekeraars die, met het oog op goede en doelmatige zorg voor de patiënt, verschillende eisen stellen.

Alle partijen moeten wennen aan de nieuwe situatie, die bovendien nog niet helemaal is uitgekristalliseerd. Op 23 januari jl. heb ik u een onderzoek van Q-Consult naar de contractering in de GGZ toegezonden². Q-Consult heeft de ervaringen van zorgaanbieders uitgevraagd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft datzelfde gedaan onder zorgverzekeraars. Het resultaat daarvan stuur ik u in maart toe, als onderdeel van de marktscan GGZ. Verder zullen de ontwikkelingen rond de generalistische basis GGZ en het hoofdbehandelaarschap gevolgd worden. Zoals aangegeven in mijn brief van 23 januari evalueren partijen gezamenlijk het in- en verkoopproces voor 2014 en gaan zij na wat zij daarvan kunnen leren voor het jaar 2015.

Vraag 2 en 3

Wat zegt het u dat instellingen en zelfstandig psychologen vaak niet kunnen onderhandelen over de contracten, en spreken van een eenzijdige procedure waarbij zij moeten «slikken of stikken»?

¹ GGZ verbolgen over inkoopbeleid verzekeraars, 29 januari 2014, <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/1/Ggz-verbolgen-over-inkoopbeleid-verzekeraars-1452770W/>

² Tweede Kamer, 2013/14, 25 424, nr. 239.

Hoe reageert u op de uitspraak dat «er geen enkel overleg mogelijk is over de voorwaarden. De contractering ging volledig via een programma op internet en de enige mogelijkheid was overal mee akkoord gaan»?

Antwoord 2 en 3

Vanwege het grote aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg is het voor zorgverzekeraars onmogelijk om met elke zorgaanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering veelal digitaal verloopt. Dit kan door zorgaanbieders worden ervaren als dat er geen andere keuze is dan te tekenen bij het kruisje. Uiteraard is het wel van belang dat de zorgverzekeraar goed bereikbaar is voor de zorgaanbieders, dit is ook een aandachtspunt in de «Good contracting practices» van de NZa. Deze «Good contracting practices» worden momenteel geëvalueerd en zullen nog dit voorjaar geactualiseerd worden. Naast de digitale contractering wordt door zorgverzekeraars ook scherp onderhandeld, dit past bij hun rol om onder andere te sturen op betaalbaarheid van zorg en om de beperking van de uitgavengroei zoals die met de sector is overeengekomen, te realiseren. Mocht er sprake zijn van misbruik van machtspositie of aanmerkelijke marktmacht, dan kunnen de Autoriteit Consument en Markt of de NZa hierin optreden op basis van de Mededingingswet of de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Vraag 4

Is het wat u betreft terecht dat aanbieders worden uitgesloten door zorgverzekeraars, terwijl zij wel beschikken over de benodigde kwalificaties? Deelt u de mening dat het niet de taak is van zorgverzekeraars om te oordelen over de kwaliteit, maar dat dit voorbehouden moet zijn aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 4

Zorgverzekeraars contracteren zoveel zorgaanbieders als nodig is om aan de zorgplicht te voldoen, rekening houdend met de wensen en behoeften van hun verzekerden. Het is mede de taak van verzekeraars om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Zorgverzekeraars beoordelen of afspraken over kwaliteit worden nagekomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg.

Vraag 5, 6 en 7

Hoe oordeelt u over de conclusie dat zorgverzekeraars vaak onbegrijpelijke of niet werkbare eisen opleggen aan zorgverleners?

Hoe reageert u op de uitspraak «door de extra eisen zijn psychologen veel tijd kwijt om te voldoen aan alle regels en de benodigde administratie»?

Komt dit volgens u de zorg voor patiënten ten goede?

Denkt u dat het gegeven dat alle zorgverzekeraars verschillende voorwaarden stellen de werkbaarheid ten goede komt? Kunt u per zorgverzekeraar inzichtelijk maken welke aanvullende eisen worden gesteld? Kunt u uw antwoord toelichten? Is hier sprake van willekeur? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 5, 6 en 7

Zorgverzekeraars stellen eisen aan zorgaanbieders met het oog op de kwaliteit en de transparantie van de zorg. Het doel hiervan is betere zorg voor de patiënt. Dat doel onderschrijf ik. Tegelijkertijd zie ik dat het voor zorgaanbieders extra werk oplevert om aan alle verschillende eisen te voldoen. Dat extra werk zou beperkt kunnen worden doordat veldpartijen met elkaar veldnormen opstellen, bijvoorbeeld voor het hoofdbehandelaarschap of voor wat in een verwijsbrief zou moeten staan of voor een uniform screeningsinstrument voor huisartsen. Uiteraard moeten zorgverzekeraars de mogelijkheid behouden zich te onderscheiden van elkaar en moeten zij de kwaliteit kunnen blijven bevorderen, maar professionals en zorgaanbieders kunnen bijdragen aan het beperken van de administratieve lasten door breed gedragen veldnormen op te stellen en te implementeren.

Vraag 8

Wat zegt het u dat de contracten onduidelijk worden genoemd, met een «ondoelmatige hoeveelheid detaillistisch leeswerk aan regels»? Vindt u het acceptabel dat zorgverzekeraars bij vragen pas na lange tijd reageren, en soms zelfs een contactverbod opleggen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

De NZa heeft ten behoeve van het onderhandelingsproces een handreiking geformuleerd (Good contracting practices) waarin de voornaamste knelpunten bij het contracteren met vrije beroepsbeoefenaren in kaart zijn gebracht en aanbieders en zorgverzekeraars aangeven hoe die opgelost kunnen worden. De NZa verwacht dat partijen zich aan de geschetste kaders houden. Indien dat niet gebeurt, kan de NZa optreden door nadere regels te stellen.

Vraag 9

Is het gegeven dat Zorgverzekeraars Nederland stelt dat de verschillende voorwaarden en eisen die gesteld worden door zorgverzekeraars te maken hebben met de invoering van prestatiebekostiging, voor u reden om deze prestatiebekostiging te heroverwegen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, per wanneer?

Antwoord 9

Nee. Met alle veldpartijen is afgesproken dat de prestatiebekostiging de nieuwe wijze van bekostiging is in de GGZ.

Vraag 10

Is het u bekend dat de eisen van de zorgverzekeraars multidisciplinair werken binnen de chronische basis GGZ in de weg staan, omdat zij eisen dat de rol van de arts wordt beperkt? Komt dat volgens u de zorg voor de patiënt ten goede?³

Antwoord 10

In een aantal gevallen eisen verzekeraars dat hoofdbehandelaars een bepaald percentage van de zorg zelf leveren. Dit is bedoeld om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verbeteren en te zorgen dat de patiënt met een beperkt aantal zorgverleners te maken heeft en een vertrouwensrelatie kan opbouwen met zijn zorgverlener.

Vraag 11

Hoe reageert u op de uitspraak dat «de behandeling per patiënt moet worden afgestemd op de verzekeraar zonder hierbij te kijken naar zorginhoudelijke argumenten»?

Antwoord 11

De behandeling moet afgestemd worden op de patiënt. Zorgverzekeraars baseren hun eisen mede op zorginhoudelijke argumenten.

Vraag 12

Hoe reageert u op de uitspraak dat «de GZ psycholoog (binnen de specialistische GGZ) door alle zorgverzekeraars (Achmea uitgezonderd) buitenspel is gezet, evenals de verpleegkundig specialist»?

Antwoord 12

Verzekeraars mogen nadere beperkingen opleggen aan het hoofdbehandelaarschap. Uiteraard moeten zij wel aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De NZa ziet toe op het naleven van de zorgplicht. Ik monitor de ontwikkelingen in het hoofdbehandelaarschap.

Vraag 13

Deelt u de conclusie dat de voorwaarde die zorgverzekeraar VGZ stelt dat de verslavingsarts binnen de specialistische GGZ alleen voor het deelgebied verslavingszorg mag optreden als hoofdbehandelaar vreemd is, omdat

³ Brief onderhands verstrekt

verslavingszorg zich juist kenmerkt door een complexe problematiek en veel comorbiditeit? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 13

Het is aan verzekeraars om, binnen de regelgeving van de NZa, te bepalen welke beroepsgroep hoofdbehandelaar mag zijn voor bepaalde zorg. De regels van de NZa vereisen dat een verslavingsarts geregistreerd is in het profielregister van de KNMG en dus aan de opleidingseisen van de KNMG moet voldoen. Ik monitor de ontwikkelingen in het hoofdbehandelaarschap.

Vraag 14 en 15

Is het u bekend dat de strikte eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap heeft geleid tot een run op psychiaters? Is het waar dat dit stijgende salarissen als gevolg heeft? Kunt u uw antwoord toelichten? Is het waar dat sommige psychiaters worden gecontracteerd in ruil voor een bezoldiging die uitkomt boven de Wet normering topinkomens? Kunt u een overzicht geven van instellingen die psychiaters in dienst hebben met een dergelijk hoge bezoldiging? Is dit wat u betreft een doelmatige besteding van zorggeld?

Antwoord 14 en 15

In mijn brief van 2 juli 2013⁴ heb ik een opsomming gegeven van beroepsgroepen die voor de periode 2014/2015 hoofdbehandelaar kunnen zijn in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Naast psychiaters gaat het om acht andere beroepsgroepen met een BIG-registratie⁵. Er is dus veel keuze. Ik monitor de ontwikkelingen in het hoofdbehandelaarschap. Momenteel is mij geen tekort aan psychiaters bekend. Er zijn in Nederland circa 3.400 psychiaters werkzaam. De psychiatrie is daarmee het grootste medische specialisme.

De Wet normering topinkomens (Wnt) is per 1 januari 2013 in werking getreden. Onderdeel daarvan is dat er moet worden gerapporteerd over niet-topfunctionarissen die in loondienst zijn én meer verdienen dan de Wnt-norm. Eind dit jaar, wanneer alle jaarverslagen over 2013 zijn verwerkt, ontstaat hiervan een beeld.

Vraag 16 en 17

Hoort wat u betreft de patiënt centraal te staan in de zorg? Deelt u de visie dat het er, gezien het voorgaande, alle schijn van heeft dat de praktijk nu is dat de zorgverzekeraar die centrale rol opeist?

Wat gaat u doen om de macht van zorgverzekeraars aan banden te leggen, zodat de patiënt en zijn behandeling weer centraal komen te staan?

Antwoord 16 en 17

De patiënt staat centraal in de zorg. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders doen hun best om zo goed mogelijk bij te dragen aan goede en doelmatige zorg voor de patiënt. Zeker in een nieuwe situatie kan dat spanningen geven. Ik blijf dan ook met alle partijen in overleg om te bezien welke verbeteringen op landelijk niveau nodig en mogelijk zijn. Zo heb ik de afgelopen periode bijeenkomsten georganiseerd voor beroepsbeoefenaren om hun visie op de mededingingsregels in de zorg te geven. Tijdens deze bijeenkomsten is voornamelijk aandacht uitgegaan naar de contractering. Ik stuur u voor de zomer een verslag van deze bijeenkomsten en mijn conclusies daaruit.

⁴ Tweede Kamer, 2012/13, 25 424, nr. 221.

⁵ Voor de generalistische basis GGZ zijn daar voor 2014, met het oog op de overgang van de jeugd GGZ naar gemeenten, later nog twee beroepsgroepen aan toegevoegd.