

Vergaderjaar 2018–2019

32 805

Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg

Nr. 78

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 maart 2019

Bijgaand stuur ik u de resultaten toe van het onderzoek dat de NZa na overleg met de ACM heeft uitgevoerd naar de inkoopmacht van ziekenhuizen bij medische hulpmiddelen¹. Aanleiding voor dit onderzoek is de motie van het lid Aukje de Vries (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 69) van 14 december 2017. In de motie wordt verwezen naar signalen dat de kosten voor hulpmiddelen in Nederland relatief hoog zijn, soms wel tot 30% hoger dan in Duitsland en wordt gesteld dat er een relatief zwakke inkoopmacht is bij ziekenhuizen en een sterke marktmacht vanuit de aanbieders van hulpmiddelen.

De NZa heeft in overleg met de ACM gekozen voor een kwalitatief onderzoek, waarin middels een enquête is getoetst in welke mate inkopers van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra ervaren dat zij inkoopmacht kunnen uitoefenen richting leveranciers van hulpmiddelen. Daarbij wordt inkoopmacht gedefinieerd als «marktmacht aan de inkoopzijde van een markt». Het gaat hierbij om de positie van de organisatie als afnemer ten opzichte van de (toe)leveranciers. Organisaties met (een zekere mate van) inkoopmacht zijn bijvoorbeeld vaak in staat om prijsverlagingen (kortingen), kwaliteitsverhogingen of betere voorwaarden (zoals garanties en betalingstermijnen) bij leveranciers te bedingen die tot een betere prijs-kwaliteitverhouding leiden.

Alle respondenten geven aan in staat (60,5%) dan wel beperkt in staat (39,5%) te zijn om inkoopmacht uit te oefenen. De meest genoemde voordelen van het kunnen uitoefenen van inkoopmacht zijn kostenbesparingen en betere voorwaarden. De mate waarin respondenten inkoopmacht kunnen uitoefenen verschilt per product.

Daarnaast is bijna de helft van de respondenten van mening dat de zorgverzekeraar bij de inkoop in de intramurale setting niet let op de kosten van medische hulpmiddelen. Ook vindt ruim een derde dat artsen

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

sterke banden met fabrikanten hebben en dat er daardoor sprake kan zijn van directe beïnvloeding van de artsen door de leverancier/fabrikant. De hoeveelheid regels en administratieve lasten maken de inkoop soms extra ingewikkeld, blijkens de reactie van respondenten.

De NZa concludeert uit het kwalitatieve onderzoek dat alle partijen bij bijna alle hulpmiddelen inkoopmacht kunnen uitoefenen en ziet daarom geen reden voor nader onderzoek.

Wel signaleert de NZa dat relatief vaak door ziekenhuizen gewezen wordt op het ontbreken van inkoopmacht bij bloedproducten. De autoriteit realiseert zich dat het hier niet gaat om een medisch hulpmiddel en dat deze producten dus feitelijk buiten de reikwijdte van het onderzoek vallen. Bovendien is bij deze kort houdbare bloedproducten geen sprake van een marktsituatie. Omwille van het behoud van een veilige en doelmatige bloedvoorziening is op grond van de Wet inzake bloedvoorziening één Bloedvoorzieningsorganisatie aangewezen voor de uitvoering van wettelijke taken. Een van deze wettelijke taken is het afleveren van kort houdbare bloedproducten aan ziekenhuizen. Deze taak is louter voorbehouden aan de Stichting Sanquin Bloedvoorziening. Daarbij geldt dat de vergoeding voor de aflevering van kort houdbare bloedproducten niet hoger mag zijn dan de gemaakte kosten voor het inzamelen, het bereiden of het afleveren van bloed.

Het is niet zinvol om de prijzen van kort houdbare bloedproducten te vergelijken met de prijzen in het buitenland.² In Nederland worden alle componenten, zoals het werven, inzamelen, screenen, testen, onderzoek, huisvesting en transport, verwerkt in de prijzen. Dit blijkt niet op te gaan voor andere landen.

Ondanks dat het voorbeeld van bloedproducten feitelijk buiten de reikwijdte van het onderzoek valt, leert het wel iets over het ontbreken van inkoopmacht. Het voorbeeld laat goed zien dat transparantie van de prijzen inzicht biedt aan ziekenhuizen in de eigen inkooppositie. De prijs van kort houdbare bloedproducten is in Nederland namelijk bekend. Dat maakt dat ziekenhuizen prijsbewust willen handelen.

Om de transparantie en het bewustzijn van verschillen in prijzen te vergroten, ben ik voornemens om te kijken naar de mogelijkheid voor ziekenhuizen om via een vertrouwde derde partij de prijzen van medische hulpmiddelen die instellingen betalen transparanter te maken en onderling te vergelijken. Dit geeft ziekenhuizen een beter inzicht of men meer of minder betaalt dan een ander voor dezelfde producten. Dit kan ziekenhuizen helpen bij het verder vergroten van hun inkoopmacht. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van dit initiatief.

In reactie op de bevindingen van de NZa dat er sterke banden zijn tussen artsen en de leveranciers en fabrikanten, wil ik opmerken dat sinds 1 januari 2018 de sector van de medische hulpmiddelen te maken heeft met het wettelijk verbod op gunstbetoon in de Wet op de medische hulpmiddelen (artikel 10 h) en strikte uitzonderingen daarop. Dit is een extra instrument om ongewenste beïnvloeding van artsen tegen te gaan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de naleving van dit verbod.

Tot slot ga ik er vanuit dat ook zorgverzekeraars met ziekenhuizen het gesprek aangaan over de kosten van hulpmiddelen. Deze kosten vormen immers een onderdeel van de DBC-prijs. In het hoofdlijnenakkoord

² Kamerstuk 29 447, nr. 29.

medisch-specialistische zorg 2019–2022 (Kamerstuk 29 248, nr. 311) is met partijen zoals zorgverzekeraars en ziekenhuizen afgesproken dat zij zich inzetten voor het verscherpen van de inkoop van (dure) medische technologie en dat zij daartoe de mogelijkheden tot samenwerking in kaart brengen. In die gesprekken kunnen ook afspraken worden gemaakt over de door de ziekenhuizen ervaren administratieve lasten en regeldruk, zoals geconstateerd door de NZa.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins