

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

3460

Vragen van de leden **Van Gerven** en **Leijten** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht Selectiecriteria geven duidelijkheid over deelname aan ketenzorg* (ingezonden 29 juli 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 september 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 3246.

Vraag 1

Kent u het bericht «Selectiecriteria geven duidelijkheid over deelname aan ketenzorg»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2, 3, 4, 5, 6

Welke inspraak hebben de zorgverzekeraars gehad bij het vaststellen van de inclusie- en exclusiecriteria over de deelname aan ketenzorg? Welke criteria hebben de zorgverzekeraars specifiek voorgesteld? Welke criteria hebben de zorgverleners voorgesteld? Zijn er criteria die de zorgverleners graag opgenomen wilden hebben waar de zorgverzekeraars een stokje voor hebben gestoken? Zo ja, welke criteria waren dit?

Welke zin hebben de overlegtafels naar aanleiding van Het Roer Moet Om gehad als er nu, nauwelijks een paar maanden later, alweer allerlei nieuwe en onzinnige regels bijkomen voor de zorgverleners? Ruilen we nu niet de ene administratieve lasten in voor de andere? Kunt u uw antwoord toelichten? Zijn niet net allerlei resultaatvinkjes afgeschaft? Vindt u het dan logisch dat er nu opeens allerlei inclusie- en exclusievinkjes worden geïntroduceerd? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoeveel extra tijd is de zorgverlener kwijt aan zijn of haar administratieve lasten met deze nieuwe manier van werken als het gaat om deelname aan ketenzorg?

Wat heeft deze extra administratie eigenlijk precies voor nut bij de zorginkoop als de zorgverzekeraar (onafhankelijk van de uitkomsten van de criteria) alsnog kan bepalen het ketenzorgprogramma niet in te kopen en extra kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken te maken?

¹ <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=1310916608>

Antwoord 2, 3, 4, 5, 6

Er is geen sprake van nieuwe administratieve lasten. Al enkele jaren worden voor de verschillende eerstelijns ketenzorgprogramma's, gericht op chronisch zieken, in- en exclusiecriteria gehanteerd. Deze in- en exclusiecriteria zijn ontstaan naar aanleiding van grote verscheidenheid in de omvang van de geïnccludeerde populatie tussen zorggroepen. Hierin zijn zorgverzekeraars soms een verschillend beleid gaan voeren. Vanuit zowel de beroepsgroep, brancheorganisaties en zorgverzekeraars ontstond de behoefte om de in- en exclusiecriteria landelijk af te stemmen, zodat deze zorgprogramma's beschikbaar zijn voor die mensen die er baat bij hebben.

De in- en exclusiecriteria dienen verschillende doelen. Allereerst ondersteunt het de huisarts in het gesprek met de patiënt om te bepalen of het ketenzorgprogramma in zijn geval aansluit bij de zorgvraag. Daarnaast ondersteunt het de zorggroep en de zorgverzekeraar bij het maken van inkoopafspraken, omdat het de groep waarover afspraken gemaakt worden afbakt. Als laatste zorgen in- en exclusiecriteria voor eenduidigheid en vergelijkbaarheid van data, bijvoorbeeld bij kwaliteitsindicatoren, effectiviteitsonderzoek en de rechtmatigheid van declaraties.

Anderhalf jaar geleden zijn InEen, de expertgroepen van kaderhuisartsen voor diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD en zorgverzekeraars samen gaan werken aan breed gedragen in- en exclusiecriteria. In gezamenlijkheid zijn zij gekomen tot de in- en exclusiecriteria die er nu liggen. Daarbij is daar waar deze houvast bieden aangesloten bij de actuele medisch-inhoudelijke kwaliteitsstandaarden. Zo is bijvoorbeeld afgesproken dat bij de doelgroep met een verhoogd vasculair risico tussen de 10% en 20%, waarbij de richtlijn een indicatie voor medicamenteuze behandeling geeft, aan te sluiten bij diezelfde richtlijn en deze groep in aanmerking te laten komen voor het ketenzorgprogramma.

Het expliciteren van de inclusie- en exclusiecriteria heeft geen invloed op de administratieve lasten. De onderliggende gegevens maken reeds deel uit van het patiëntendossier en de kwaliteitsregistratie van de zorgketens. De inclusie- en exclusiecriteria dragen vooral bij aan meer duidelijkheid en eenduidigheid. Daar waar zorggroepen te maken hadden met diverse inclusie- en exclusiecriteria per verzekeraar kan mogelijk zelfs een positief effect op de administratieve lasten worden verwacht.

Naast de inclusie- en exclusiecriteria kan de individuele zorgverzekeraar met een aanbieder altijd aanvullende kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken maken. Dit is onderdeel van zijn zorgplicht, om voor verzekerden kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg in te kopen. Des te meer overeenstemming er bestaat tussen partijen over inkoopcriteria, hoe minder zorgverzekeraars geneigd zullen zijn om hierover afzonderlijke afspraken te maken. Met deze ontwikkeling worden inkoopafspraken zo veel mogelijk gestroomlijnd, wat positief uitwerkt op administratieve lasten.

Vraag 7

Wat is uw reactie op de open brandbrief inzake onderhandelingen over Segment 3 regio West-Friesland met zorgverzekeraar VGZ?²

Antwoord 7

Ik vind het spijtig om te horen dat een aantal huisartsen in de regio West-Friesland knelpunten ervaren in de onderhandelingen met zorgverzekeraar VGZ. Ik vind het ook spijtig dat partijen de publiciteit zoeken in plaats van er onderling uit te komen. Afgelopen jaar hebben partijen in het kader van Het Roer Moet Om afspraken gemaakt om onder andere het contracteerproces beter te laten verlopen. Ik ontvang al eerste positieve signalen, bijvoorbeeld dat er meer meerjarencontracten worden afgesloten en dat verzekeraars beter benaderbaar zijn. Het vergt tijd voordat alle afspraken die gemaakt zijn in het kader van Het Roer Moet Om ook beklijven. De verwachting is dat in de contractronde voor 2017 de gevolgen van de afspraken nog zichtbaarder zullen worden. Ik heb begrepen dat er een vervolgoverleg tussen VGZ en de huisartsen in september gepland staat. Ik vind het goed om te horen dat men

² Bijlage onderhands meegestuurd Selectiecriteria geven duidelijkheid over deelname aan ketenzorg <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=1310916608> ... Resultaat-vinkjes afgeschafte nu inclusievinkjes?

met elkaar in gesprek blijft. Het is te prefereren dat partijen proberen er onderling uit te komen. Mocht dat niet lukken dan kunnen partijen sinds kort ook gebruik maken van de zogeheten «Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering». Indien nodig kan geschilbeslechting een eventuele impasse in het contracteerproces doorbreken.

Vraag 8

Wat vindt u ervan dat VGZ segment 3 enkel ziet als bezuinigingsmogelijkheid?

Antwoord 8

Segment 3 in de bekostiging van de huisartsenzorg beoogt juist ruimte te scheppen voor het maken van afspraken over zorgvernieuwing en het belonen van goede uitkomsten van zorg. In het bestuurlijk akkoord eerste lijn is bovenop de reguliere 1% groei ten opzichte van andere sectoren 1,5% extra groei toegekend aan het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor onder andere zorgvernieuwing en substitutie van zorg. Bezuinigingen in de huisartsenzorg is dus ook niet aan de orde.

Vraag 9

Wat vindt u ervan dat uit deze brief blijkt dat het zorgverzekeraar VGZ bij de inkoop van zorg helemaal niet gaat om kwaliteit van zorg maar om het kunnen bezuinigen op de kosten? Hoe kijkt u in het kader van deze constatering aan tegen alle inclusie- en exclusiecriteria die onder andere de zorgverzekeraars willen gaan hanteren bij de ketenzorg? Deelt u de vrees dat de zorgverzekeraars deze inclusie- en exclusiecriteria gaan gebruiken als middel om te bezuinigen in plaats van kwaliteitsverbetering van zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

Zie mijn antwoord op vragen 2, 3, 4, 5, 6, 7 en 8. In- en exclusiecriteria zijn al jaren onderdeel geweest van de inkoopafspraken over ketenzorgprogramma's en zijn noodzakelijk om hierover goede inkoopafspraken te kunnen maken. Gegeven de gezamenlijkheid waarmee partijen de in- en exclusiecriteria voor de ketenzorgprogramma's hebben opgesteld en het doel dat daarmee wordt nagestreefd, deel ik uw vrees niet.

Vraag 10

Wat vindt u ervan dat de huisartsen de onderhandelingen met de zorgverzekeraar nog steeds als schijnonderhandelingen ervaren? Kunt u dit gevoel van de huisartsen begrijpen als u het beschreven proces in de brandbrief leest?

Antwoord 10

Zie mijn antwoord op vraag 7.

Vraag 11

Met welke reden werd het in december 2015 bereikte akkoord tussen de huisartsen en de Manager Inkoop Integrale Zorg regio Noord afgewezen door de raad van bestuur van VGZ? Gebeurt dit vaak?

Antwoord 11

Contractbesprekingen zijn iets tussen zorgaanbieder en -verzekeraars, waar ik mij niet in meng. Het is voor mij niet bekend hoe vaak contractonderhandelingen niet resulteren in een overeenkomst. Wel houd ik de signalen uit het veld en de contractering goed in de gaten.

Vraag 12

Bent u van mening, na het lezen van de brandbrief, dat er sprake is van een gelijkwaardige positie voor huisarts en zorgverzekeraar of is er na alle energie die is gestopt in Het Roer Moet Om nog steeds sprake van het gebruikelijke TROG (Tekenen Rechts Onder Graag)-contract? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Zorgverzekeraars, huisartsen en zorggroepen hebben veel energie gestopt in het traject Het Roer Moet Om om verandering teweeg te brengen. Op het vlak van gelijkwaardigheid, maar bijvoorbeeld ook op het terrein van administratieve lasten. Ik krijg veel positieve berichten van huisartsen over de verbeteringen tot zover. Het zal echter niet overal direct helemaal goed gaan. Het is dan zaak om in goed overleg er onderling toch uit te komen. Daar waar partijen er onderling echt niet uitkomen en van standpunt blijven verschillen, wat natuurlijk altijd kan, is er een onafhankelijke geschilleninstantie opgericht waar het conflict kan worden voorgelegd. Bij brief van 2 juni 2016 heb ik uw Kamer geïnformeerd over deze geschilleninstantie.

Vraag 13

Maakt zorgverzekeraar VGZ in dezen misbruik van haar marktmacht? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 13

Het is niet aan mij om dit te beoordelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg de beschikking over het instrument aanmerkelijke marktmacht. Het is aan de NZa om te bepalen wanneer zij onderzoek noodzakelijk acht. Daarnaast kan de zorgaanbieder stappen naar de eerder genoemde geschilleninstantie.

Vraag 14

Wat is de reactie van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) op de klacht ingediend door de heer R. Schure over deze kwestie? Welke stappen heeft de ACM naar aanleiding van deze klacht gezet? Indien u niet over deze informatie beschikt bent u dan bereid deze informatie op te vragen bij de ACM en de Kamer hierover te informeren?

Antwoord 14

Het is aan de ACM om individuele klachten die bij hen gemeld worden, te behandelen. De ACM heeft, na overleg met de indiener, mij wel bevestigd dat zij een klacht over deze kwestie heeft ontvangen en dat zij, in overleg met de indiener en conform de afspraken in het samenwerkingsprotocol tussen ACM en de NZa, de klacht heeft doorverwezen naar de NZa. De NZa heeft de klacht in behandeling genomen. Zie verder het antwoord op vraag 13.

Vraag 15

Wat vindt u van de verschillende ontwikkelingen die nu al zouden laten zien dat de afspraken gemaakt naar aanleiding van Het Roer Moet Om voor de zorgverzekeraars slechts afspraken voor de show waren maar door de zorgverzekeraars niet serieus worden genomen als het op daadwerkelijk anders handelen aankomt?

Antwoord 15

De zorgverzekeraars hebben net als de huisartsen en de zorggroepen serieus geïnvesteerd in een intensief traject met als doel verandering teweeg te brengen. Daarbij geldt dat een deel van de afspraken pas in deze contractperiode geïmplementeerd en zichtbaar kunnen en zullen worden. Ik krijg daar veel positieve berichten over, maar het zal niet overal direct helemaal goed gaan. Dat is spijtig en houdt mijns inziens in dat het van belang is dat in die regio's waar men nog niet tevreden is in gesprek moet blijven om er samen uit te komen. De gemaakte afspraken in het kader van «Het Roer Moet Om» bieden handvatten om nader tot elkaar te komen. Wanneer partijen er gezamenlijk echt niet uitkomen kunnen zij een beroep doen op de geschillencommissie, die juist hiervoor is opgericht.