Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
730377-133760-Z

Bijlagen
1

Uw brief
25 februari 2015

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 9 april 2015
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over materiële controles door zorgverzekeraars bij huisartsen (2015Z03258).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over materiële controles door zorgverzekeraars bij huisartsen (2015Z03258).

Ons kenmerk
730377-133760-Z

1
Wat is uw oordeel over de situatieschets van huisarts Van het Zandt en de materiële controles die Achmea uitvoert? Vindt u de wijze waarop materiële controles door Achmea worden uitgevoerd te rechtvaardigen, nu Achmea kennelijk controles uitvoert op basis van statistische gegevens, in plaats van vermoeden of concrete aanwijzingen voor fraude?

2
Vindt u het acceptabel dat bij declaraties boven tweemaal de standaarddeviatie dan een mogelijke terugvordering aan de orde is, of dat een detailcontrole volgt, en de betrokken huisarts moet uitleggen waarom hij of zij zoveel afwijkt van de gemiddelde declaraties?

4
Klopt het dat voor een materiële controle een aanleiding moet zijn, en een louter 'hoge' omzet een gelegitimeerde aanleiding tot het uitvoeren van een materiële controle? Zo ja, op basis van welk wetsartikel?

1, 2, en 4

Om de zorg en de zorgverzekeringspremie voor de verzekerden betaalbaar te houden, controleren de NZa en zorgverzekeraars of de door zorgaanbieders gedeclareerde zorg wel verzekerd is conform de Zorgverzekeringswet. Dat is alleen het geval, indien de zorg aan een aantal in de wet- en regelgeving gestelde formele en materiële eisen voldoet. Bij de materiële eisen wordt door de zorgverzekeraar nagegaan of de zorg daadwerkelijk geleverd is (opsporen van spooknota's) en of de geleverde zorg wel redelijkerwijs was aangewezen gezien de medische situatie van de verzekerde (passende zorg/doelmatigheid). In zijn algemeenheid dienen zorgverzekeraars bij het uitvoeren van de controles rekening te houden met de persoonlijke situatie van de zorgaanbieder, vooral als de zorgaanbieder hier een beroep op doet. Communicatie hierover is in dit proces van groot belang. In het aangehaalde geval van huisarts Van het Zandt had dit beter gekund. Zorgverzekeraar Achmea heeft hierover ook contact gehad met de huisarts en aangegeven hierin te kort te zijn geschoten.

Zorgverzekeraar Achmea baseert zijn controles op de praktijkvariatie die zij constateert. Dit is in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de daarop gebaseerde Regeling zorgverzekering (Regeling). Deze regeling schrijft voor dat de zorgverzekeraars hun controles stapsgewijs moeten uitvoeren en slechts in het uiterste geval toegang mogen hebben tot medische informatie.

Conform de Regeling voeren de zorgverzekeraars de controles in voorgeschreven stappen uit: eerst een algemeen onderzoek en daarna in het uiterste geval indien noodzakelijk een detailonderzoek. Als eerste stap in het algemeen onderzoek voeren de zorgverzekeraars een algemene risicoanalyse uit. Op basis daarvan stellen zij een algemeen controle-plan vast en bepalen zij welke controle-instrumenten (waaronder datamining/ statistisch onderzoek) wanneer worden ingezet om vast te stellen of er voldoende zekerheid bestaat dat de zorg waarvoor

een declaratie is ingediend ook Zvw verzekerde zorg is (controledoel). Het gaat daarbij vooral om de vragen of aan de materiële eisen van de Zvw wordt voldaan. Tijdens deze algemene controle worden nog geen medische gegevens ingezien. Onderzoek op basis van statistische gegevens en eventueel andere aanvullende informatie kan inzicht geven in de wijze van praktijkvoering ten opzichte van gelijksoortige zorgaanbieders en kunnen leiden tot een vermoeden van een bijzondere situatie (praktijkvariatie) en een mogelijke onregelmatigheid. Een sterk afwijkend declaratiepatroon kan aanleiding zijn voor de zorgverzekeraar om hier via een detailonderzoek nader naar te kijken. De zorgverzekeraar kan op basis van eigen criteria een selectie maken van zorgaanbieders waarbij hij – na weer een aantal stappen - een detailonderzoek noodzakelijk vindt. Tijdens dit detailonderzoek kunnen onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar medische gegevens worden beoordeeld.

3
Betekent een dergelijk statistisch uitgangspunt voor de controlesystematiek niet dat per definitie altijd 2,5% van de huisartsenpraktijken in de beklaagdenbank zit vanwege 'hun' te hoge omzet?

5
Is het waar dat door Achmea dergelijke materiële controles alleen worden uitgevoerd bij praktijken die het meest declareren, en de hoogste omzet hebben? Worden er ook controles uitgevoerd bij die praktijken die het minst declareren, en de laagste omzet hebben? Zou bij deze laatste groep sprake kunnen zijn van onder behandeling, hetgeen nader onderzoek vergt? Zo neen, waarom niet?

3 en 5
Zoals bij de antwoorden op de vragen 1, 2 en 4 al is aangegeven, staat het de zorgverzekeraar vrij om zelf een norm te kiezen (bijvoorbeeld tweemaal de standaarddeviatie) om op basis van statistisch onderzoek te bepalen welke zorg of zorgaanbieder via een materiële controle in aanmerking komt om eventuele uitschieters in het declaratiepatroon te verklaren. Het kan daarbij gaan om zowel zorgaanbieders met uitschieters omhoog (veel meer declaraties dan het gemiddelde) als uitschieters omlaag (veel minder declaraties dan het gemiddelde) in hun declaratiepatroon.
Overigens is het niet zo dat deze zorgaanbieders meteen in de beklaagdenbank zitten. Wel is het zo, dat hun declaratiepatroon opvalt en de zorgverzekeraar daarom daarover nader uitleg vraagt.

6
Hoe verhouden de materiële controles van Achmea zich tot het beroepsgeheim? Dient niet het beroepsgeheim te worden gerespecteerd, wanneer er alleen maar sprake is van een declaratieafwijking boven tweemaal de standaarddeviatie? Zo neen, kunt u dit toelichten?

8
Dient niet het beroepsgeheim te worden gerespecteerd, dus geen detailcontrole, wanneer er alleen sprake is van een declaratievariantie boven tweemaal de standaarddeviatie, in plaats van concrete aanwijzingen voor fraude? Zo neen, kunt u dit toelichten?

9
Is een detailcontrole met het doorbreken van het beroepsgeheim toegestaan, louter om de statistische afwijking, de variantie, toe te lichten en daarmee de onschuld te bewijzen, ook al is er geen concrete aanwijzing voor of vermoeden van fraude? Wanneer is de inzet van een detailcontrole proportioneel?

6, 8 en 9

Achmea respecteert het beroepsgeheim door het wettelijk kader te volgen.

Met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, het beroepsgeheim en het verschoningsrecht van de zorgaanbieder en de verplichting tot het verrichten van formele en materiële controles door zorg-verzekeraars is een zorgvuldige procedure tot stand gebracht die rekening houdt met alle belangen. De stapsgewijze procedure geschiedt op basis van hoor en wederhoor tussen zorgaanbieder en de onderzoekende zorgverzekeraar. Hij is tot stand gekomen in overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), de Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College bescherming persoonsgegevens (Cbp). De procedure is neergelegd in hoofdstuk 7 van de Regeling en verder uitgewerkt in het Protocol Materiële controle, dat behoort bij de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars. In de Regeling is neergelegd dat zorgverzekeraars ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt/verzekerde bij het indienen van declaraties slechts stapsgewijs controles (eerst een algemene controle en daarna eventueel een detailcontrole) mogen uitvoeren. De zorg-aanbieder is verplicht tot medewerking indien de zorgverzekeraar zich houdt aan de voorgeschreven procedure. Die procedure is voor de zorgaanbieder per stap controleerbaar.
De verplichting in de Zvw en de daarop gebaseerde Regeling bieden de wettelijke grondslag die volgens het Europese verdrag voor de rechten van de mens (EVRM) en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) noodzakelijk is voor de zorg-aanbieder om zijn beroepsgeheim te mogen doorbreken. De Zvw en Regeling bieden voor zorgverzekeraar de noodzakelijke wettelijke grondslag om de medische persoonsgegevens te verwerken in het kader van de door hem uit te voeren formele en materiële controle.

Op basis van controlevoorschriften van de toezichthouder op de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw, de NZa, dient de zorgverzekeraar controles uit te voeren over de gegevens in zijn administratie om de juistheid en volledigheid van de informatie die hij in zijn uitvoeringsverslag opneemt te kunnen borgen. Het Protocol vereveningsonderzoek Zvw van de NZa bevat de nadere voorschriften voor de uitvoering van de controles. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de mate van afwijking van de standaarddeviatie.

Als de zorgverzekeraar na de algemene controle nog onvoldoende zekerheid heeft of er (gezien de statistische afwijking) sprake is van een declaratie waaraan verzekerde zorg ten grondslag ligt, mag hij overgaan tot detailcontrole als aan de eisen als genoemd in artikel 7.8 van de Regeling is voldaan.
Voor detailcontrole staan zorgverzekeraars diverse controle-instrumenten ter beschikking. Deze moeten proportioneel worden ingezet. Dat betekent dat de

zorgverzekeraar eerst het minst ingrijpende middel inzet, bijvoorbeeld het opvragen van persoonsgegevens van verzekerden zonder dat de verzekeraar inzage heeft in de administratie van de zorgaanbieder of het inzien van de administratie van de zorgaanbieder zonder dat de verzekeraar kennis neemt van de diagnosegegevens van zijn verzekerde. Als ultimum remedium mag onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar het medische dossier van zijn verzekerde worden ingezien.

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw; het Cbp ziet toe op de naleving van de Wbp.

7
Heeft Achmea hierover contact gehad met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en beroepsorganisaties? In hoeverre, en op welke wijze, zijn de materiële controles betrokken bij de onderhandelaarsafspraken van 16 juli 2013? Wat is daar destijds over afgesproken?

Nee, Achmea heeft over de invulling van de door haar gehanteerde statistische norm geen contact gehad met de KNMG en de beroepsorganisatie. Zoals is aangegeven in het antwoord op vraag 6 is de KNMG wèl betrokken geweest bij de totstandkoming van de daar beschreven procedure. Over de wijze waarop zorgverzekeraars materiële controles uitvoeren, zijn geen afspraken gemaakt in het 'Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017' van 16 juli 2013.

10
Hoe verhoudt zich dit tot de regelgeving rondom het beroepsgeheim en de privacy van patiënten? (Art. 8, EVRM)

De verplichting tot het verstrekken en verwerken van informatie op persoonsniveau ten behoeve van formele[1] en materiële[2] controle moet aan een aantal eisen op grond van privacywetgeving voldoen. Het gaat hier om persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 16 Wbp. Artikel 16 van de Wbp verbiedt de verwerking van persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid van personen. Artikel 21 Wbp bevat een uitzondering voor hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg en zorgverzekeraars. Tevens vallen deze gegevens onder het medisch beroepsgeheim van de individuele zorgaanbieder[3] respectievelijk de geheimhoudingsplicht van de zorgaanbieder[4].

Omdat het gaat om medische informatie over patiënten moet worden voldaan aan hetgeen vereist is krachtens artikel 8 van het EVRM, artikel 8 van het Handvest van de grondrechten van Europese Unie, evenals aan Richtlijn 95/46/EG van het

[1] Artikel 1, onderdeel t, Regeling zorgverzekering definieert formele controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.
[2] Artikel 1, onderdeel u, Regeling zorgverzekering definieert materiële controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
[3] ex artikel 88 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg juncto artikel 7:457 Burgerlijk Wetboek
[4] ex artikel 7:457 BW

Europees parlement en de Raad van 24 oktober 1995, waarvan de Wbp een uitwerking vormt en artikel 10 Grondwet. Vereist is dat voor elke bij of krachtens wet opgelegde verplichting tot doorbreking van de medische geheimhoudingsplicht de noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit wordt aangetoond.

Artikel 8 van het EVRM bepaalt dat een ieder recht heeft op respect voor zijn privéleven. Een inperking van dat recht moet ingevolge het tweede lid van dat artikel:

- bij de wet zijn voorzien;

In casu is dit het geval, zie artikelen 87 Zvw, 9.2.1 Wet langdurige zorg (Wlz) en 68a Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de daarop gebaseerde regelingen. Die regelingen zijn voor een ieder kenbaar bekendgemaakt in het Staatsblad respectievelijk de Staatscourant;

- een in dat lid genoemd belang dienen;

In casu is dit het geval want het gaat om het economisch welzijn van Nederland, het voorkomen van strafbare feiten en bescherming van de rechten van de mens (i.c. verzekerden).

- en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving, hetgeen inhoudt dat:
    - de inperking voorziet in een dringende maatschappelijke behoefte;

In casu is dit het geval want het gaat om de goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst en van de Zvw, de Wlz of de aanvullende en vrijwillige ziektekostenverzekeringen.

    - de inperking geschikt is om het te dienen belang te realiseren;

In casu is dit het geval want met de formele en materiële controles kan worden nagegaan of aan de wettelijke eisen wordt voldaan en verzekerden hebben gekregen waar zij recht op hebben.

    - en de inperking voldoet aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit;

In casu is dit het geval want de wettelijke procedure is afgesproken met een groot aantal belangenorganisaties en het Cbp, en houdt een stapsgewijze uitvoering in die voldoende waarborgen bevat.

11
Hoe mogen medische gegevens, verkregen door middel van detailcontrole, verwerkt worden door zorgverzekeraars? Hoe lang mogen deze verkregen gegevens worden bewaard? Wie bewaart deze gegevens?

Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars enkel persoonsgegevens mogen verwerken voor zover noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zvw (artikel 8 Wbp jo. artikel 87 Zvw jo. 7.1 Regeling). Hierbij spelen subsidiariteit en proportionaliteit een rol. Persoonsgegevens mogen enkel worden verwerkt voor het doel waarvoor ze zijn verkregen.

Indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, geschiedt dit onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Medische persoonsgegevens worden bewaard in een medisch archief onder zijn verantwoordelijkheid op zorgvuldige wijze bewaard en beheerd. Blijkens de Gedragscode worden gegevens na het beëindigen van de overeenkomst gedurende een periode van maximaal zeven jaar bewaard. Daarbij geldt dat als zorgverzekeraars persoonsgegevens niet meer noodzakelijkerwijs nodig hebben

voor het doel waarvoor zij zijn verkregen, zij die gegevens niet langer mogen bewaren.

12
Is er op dit moment een onafhankelijke instelling die toezicht houdt op de uitvoering van deze bescherming van persoonsgegevens? Zo ja, welke?

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgverzekering en het bij of krachtens de Zvw bepaalde door de zorgverzekeraars. Het Cbp houdt toezicht op de naleving van de Wbp.

13
Wanneer verschijnt de nieuwe goedgekeurde 'Gedragscode materiële controle' van de Zorgverzekeraars? Verschilt deze van de medewerkingsplicht, zoals verwoord door de KNMG?

Er is geen 'Gedragscode materiële controle'. Wel heeft ZN het Protocol materiële controle opgesteld. Dit is onderdeel van de Gedragscode verwerking persoons-gegevens zorgverzekeraars. Nu het goedkeuringsbesluit daarvan is ingetrokken heeft dat automatisch gevolgen voor de goedkeuring van het Protocol. ZN is op dit moment met het Cbp in overleg en zal weer een goedkeuring aanvragen. Over de doorlooptijd daarvan valt op dit moment weinig te zeggen.

14
Past Achmea bij haar materiële controle ook het stappenplan toe met eerst de inzet van lichtere instrumenten?

Ja, dat doet Achmea.

15
Wanneer een zorgverzekeraar via een materiële controle volledig inzicht kan eisen in de gedeclareerde zorg, en daarmee in het medisch dossier kan kijken, waarom is het wetsvoorstel met betrekking tot strengere regels voor handhaving dan nodig?

Het wetsvoorstel[5] is noodzakelijk om de verplichting voor zorgaanbieders om informatie te leveren ten behoeve van formele en materiële controle uit te breiden. De uitbreiding beperkt zich tot twee situaties. Een situatie waarin het tarief in rekening gebracht is aan een verzekerde en die verzekerde aan zijn zorgverzekeraar verzoekt om betaling van dat tarief aan de zorgaanbieder of om een vergoeding van dat tarief (restitutie). En de situatie waarin die verzekerde verantwoording aflegt aan zijn zorgverzekeraar van de besteding van een ontvangen voorschot ter betaling van een tarief. Voorts wordt in dat wetsvoorstel naar aanleiding van uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven in de wet vastgelegd dat diagnose-informatie moet worden verstrekt indien dat noodzakelijk is voor de formele en materiële controle. In de nota naar aanleiding van het verslag over onderhavig wetsvoorstel wordt hier verder op ingegaan.

[5] Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving; Kamerstukken II 2013/14, 33 980; VTOWMG

16
Vindt u het terecht dat de vier grote zorgverzekeraars nog steeds 13 weken voor de duur van terminale begeleiding rekenen, terwijl de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze voor 2015 juist heeft geschrapt?

De onderhavige materiële controle betreft een periode voor 2015, toen de NZa de 13 wekentermijn voor de duur van terminale zorg nog niet had geschrapt. Gelet daarop is het goed voorstelbaar dat de zorgverzekeraars bij hun materiële controle over jaren voor 2015 de termijn van 13 weken als aandachtspunt gebruiken.

17
Vindt u het terecht dat, wanneer iemand langer dan 13 weken terminaal is, de begeleiding van de huisarts als verdacht wordt gezien? Kunt u uw antwoord toelichten?

Met terminale begeleiding wordt gedoeld op zorg die in rekening gebracht kan worden met de NZa-prestatie 'intensieve zorg'. Naast terminale begeleiding kan met 'intensieve zorg' de zorg thuis in rekening worden gebracht aan mensen met een verpleeghuisindicatie. Het gaat om een tarief per visite in de vorm van een Modernisering & Innovatie-verrichting (M&I-verrichting). De M&I-verrichting 'intensieve zorg' is in het verleden tot stand gekomen in onderling overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De omschrijving van terminale zorg binnen intensieve zorg, met inbegrip van de maximale termijn van 13 weken en het maximale aantal van 40 visites, is een definitie die zorgaanbieders en zorg-verzekeraars in het verleden zijn overeengekomen. Gelet op het antwoord op vraag 16 kan ik me voorstellen dat zorgverzekeraars bij huisartsen die onevenredig vaak terminale zorg langer dan 13 weken declareren, hierover in het kader van de materiële controle nadere toelichting bij die betreffende huisartsen vragen. Het is mogelijk dat dergelijke declaraties, waarvan de frequentie aanzienlijk afwijkt van het gemiddelde, goed verklaard kunnen worden. Het is gebruikelijk dat bij (materiële) controle vooral de aandacht uitgaat naar uitschieters en aanzienlijke afwijkingen van het gemiddelde; dan wordt daarvoor een toelichting en verklaring gevraagd aan de betreffende huisarts(en). Ik vind de stelling in de vraagstelling dat elke terminale zorg door huisartsen die langer duurt dan 13 weken als verdacht wordt gezien, dan ook niet terecht.

18
Wat vindt u ervan dat de verzekeraars zelfs verder gaan, door het aantal bezoeken te maximeren op 40? Vindt u het terecht dat een huisarts na 40 bezoeken tegen een stervende patiënt moet zeggen: 'Nu wordt het voor eigen rekening?'

Zoals aangeven bij het antwoord op vraag 17 is de omschrijving van terminale zorg binnen intensieve zorg, met inbegrip van de maximale termijn van 13 weken en het maximale aantal van 40 visites, een definitie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars eerder met elkaar zijn overeengekomen.

Van belang is verder dat artsen altijd een reguliere lange visite kunnen declareren in geval van terminale begeleiding, zowel in het geval ze wel als niet een overeenkomst met de zorgverzekeraars hebben voor 'intensieve zorg'. Er is dus

geen sprake van dat een huisarts tegen een stervende patiënt moet zeggen: 'nu wordt het voor eigen rekening'.

19
Kunt u begrijpen dat de huisarts die een paar tientjes moet terug betalen omdat deze volgens de zorgverzekeraar teveel zorg verleend zou hebben aan terminale patiënten, verbolgen is? Wilt u uw antwoord toelichten?

Zie antwoord op vraag 18.

20
Op welke wijze voeren andere zorgverzekeraars materiële controles uit?

Zorgverzekeraars bepalen zelf hoe zij binnen de geldende wet- en regelgeving de materiële controles uitvoeren. Zij kunnen hier o.a. spiegelinformatie en datamining bij gebruiken.

21
Kunt u de Kamer een overzicht sturen van het aantal materiële controles door alle zorgverzekeraars, en op welke grond tot die controle is besloten?

ZN heeft hier geen overzicht van. Wel maken zorgverzekeraars voorafgaand aan een jaar op hoofdlijnen hun geplande materiele controles kenbaar. De meeste zorgverzekeraars hebben deze geplande materiele controles op hun website gepubliceerd staan.

22
Kunt u de Kamer tevens laten weten wat de verwachte kosten zijn van de materiële kosten, alsmede de geraamde opbrengsten?

ZN heeft geen inzicht in de kosten die gemoeid zijn met het uitvoeren van de materiele controles bij huisartsen. Wel wordt door ZN in het jaarlijkse persbericht bekend gemaakt wat de zorgverzekeraars aan euro's terugvorderen in de huisartsensector. In 2013 hebben de zorgverzekeraars voor € 329 miljoen teruggevorderd door controle (materieel en formeel) achteraf. Hiervan is 2% (€ 6,6 miljoen) door zorgverzekeraars bij huisartsen teruggevorderd.

23
Hoe hoog schatten de zorgverzekeraars het percentage (en of bedrag) dat gemoeid is met onterechte of frauduleuze declaraties in de huisartsenzorg?

Ik verwijs u hiervoor naar het persbericht van ZN en de toelichting hierop[6]. Hierin staat per zorgsoort aangegeven hoeveel zorgverzekeraars daadwerkelijk door controles vooraf hebben afgewezen en hoeveel zij daadwerkelijk hebben teruggevorderd door controles achteraf.

24
Wat zijn de macro-opbrengsten die bij huisartsen bij materiële controles de afgelopen jaren zijn teruggevorderd? Hoe zijn deze opbrengsten verdeeld over de

[6] Persbericht ZN d.d. 15 juli 2014 'Zorgverzekeraars besparen 356 miljoen euro door controles' en de toelichting, en het persbericht van ZN 'Controle en Fraudebeheersing 2013' d.d. 11 juli 2013

zorgverzekeraars? Hoe is het verloop van deze opbrengsten de laatste vijf jaar? In hoeverre is de toezichthouder NZa op de hoogte van deze bedragen? In welke publicaties van de NZa is dit terug te vinden?

Voor wat betreft de macro-opbrengsten die bij huisartsen bij materiële controles door zorgverzekeraars de afgelopen jaren zijn teruggevorderd, verwijs ik u naar de jaarlijkse persberichten hierover van ZN[7]. Gegevens over hoe deze opbrengsten verdeeld zijn over de zorgverzekeraars zijn concurentieel en daarom niet openbaar. Uit deze persberichten is vrijwel geen trend over het verloop van deze opbrengsten te destilleren. De reden hiervan is dat de definitie die gehanteerd wordt in de uitvraag meerdere malen is aangepast.
De NZa is op de hoogte van deze bedragen omdat zij een kopie krijgt van de resultaten van de jaarlijkse uitvraag die ZN bij de zorgverzekeraars doet. De bedragen zijn in het 'Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico' dat de NZa jaarlijks uitbrengt.

25
Vindt u de inzet van (materiële) controle bij huisartsen in verhouding met bijvoorbeeld controles en opsporing van fraude of onterechte declaraties in de medisch specialistische zorg? Zo ja, waarom? Zo neen, waarom niet?

Zorgverzekeraars controleren risicogericht ofwel op basis van de omvang van het risico. De soort sector (bijvoorbeeld de huisartsensector of de medisch specialistische zorg) speelt daarin geen rol. Indien is gebleken dat er binnen de huisartsensector risico's bestaan dan zullen zorgverzekeraars daar op controleren.

26
Is het terecht dat, naast het Macrobeheersingsinstrument (MBI) waarbij bij overschrijding van het voor huisartsenzorg geraamde budget een korting voor alle huisartsen kan plaatsvinden, ook nog een individueel tweede omzetplafond door verzekeraars wordt gecreëerd, waarbij huisartsen gekort kunnen worden op basis van statistische gegevens; in concreto: wanneer declaraties boven tweemaal de standaarddeviatie plaatsvinden - terwijl van fraude geen sprake is?

Het is aan de individuele zorgverzekeraars om voor hun verzekerden zorg in te kopen op basis van prijs, kwaliteit en doelmatigheid. In de inkoopcontracten maken zorgverzekeraars afspraken met de huisartsen hoe zij invulling hieraan geven. Dit zijn privaatrechterlijke overeenkomsten. Dit heeft niets te maken met fraude.

Indien er vervolgens onverhoopt achteraf toch blijkt dat er een overschrijding op het kader huisartsenzorg of het kader multidisciplinaire zorg is, zal ik altijd een beheersinstrument (zoals het mbi) achter de hand moeten hebben om de overschrijding op macro-niveau te redresseren.

27
Worden op een dergelijke wijze niet bezuinigingen die zorgverzekeraars moeten realiseren onterecht afgewenteld op een bepaalde groep huisartsen, omdat

[7] Meest recente persbericht ZN, 'Zorgverzekeraars besparen 356 miljoen euro door controles' d.d. 15-07-2014 en de Toelichting op het persbericht Controle en Fraudebeheersing 2013 d.d. juli 2014

zorgverzekeraars contractuele betalingsverplichtingen niet nakomen? Zo neen, waarom niet?

Voor de huisartsenzorg geldt niet dat zorgverzekeraars moeten bezuinigen, sterker nog in het Bestuurlijk Akkoord eerste lijn is afgesproken dat huisartsen ten opzichte van andere sectoren mogen groeien met 2,5 %. Daarbij ga ik er vanuit dat zorgverzekeraars zich wel aan de contractuele betalingsverplichtingen houden. Echter, als in het contract is opgenomen dat in bepaalde gevallen een bedrag weer moet worden terugbetaald, dan moet de huisarts deze verplichting wel nakomen.

28
Vindt u het ook vreemd dat zorgverzekeraars enerzijds aangeven dat zij niet met individuele huisartsen onderhandelingen kunnen voeren over de zorginkoop, maar dat zij wel individuele huisartsen onderwerpen aan een intensieve materiële controle? Vindt u dat met elkaar in verhouding? Zo ja, waarom? Zo neen, waarom niet?

Zodra er een overeenkomst is gesloten tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder hebben beiden het recht om na te gaan of de andere partij zich aan de afspraken houdt. Hoe de overeenkomst tot stand is gekomen speelt daarbij geen rol. Dat neemt niet weg dat ik het door huisartsen geschetste beeld van het 'tekenen bij het kruisje' serieus neem. Om die reden heb ik in mijn brief van 20 maart 2015 (met kenmerk 738097-134299-CZ) aangegeven dat ik de NZa heb gevraagd om samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) te inventariseren en te toetsen welke inkoopmodellen gebruikt worden bij de inkoop van huisartsenzorg. Ook heb ik in deze brief de sector uitgenodigd om nieuwe vormen en modellen voor zorginkoop aan te dragen die passen binnen de geldende wet- en regelgeving, zodat deze kunnen bijdragen aan een betere machtsbalans tussen zorgverzekeraars en (individuele) aanbieders bij de zorginkoop voor 2016.

29
Klopt het dat verzekeraar VGZ een zwijgclausule in haar huisartsencontract heeft opgenomen, waarmee zij de huisarts verbiedt – op straffe van een som van 1000 euro – met patiënten over het contract met de zorgverzekeraar te spreken? Wat vindt u hiervan? Wat gaat u daaraan doen?

30
Hoe verhoudt deze clausule zich tot de vrijheid van meningsuiting van de huisarts? Vindt u dit ook behoren tot het communicatiebeleid van de zorgverzekeraar waar u geen oordeel over heeft?

31
Hebben meerdere zorgverzekeraars zulke zwijgmodules opgenomen in hun contracten? Wilt u dit uitzoeken als het u niet bekend is? Zo neen, waarom niet?

29, 30 en 31
In artikel 16 van de Algemene Inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraar VGZ staat het volgende: 'Voor berichten aan meerdere verzekerden tegelijk waarbij de merknaam van de Zorgverzekeraar wordt genoemd, behoeft de Zorgaanbieder de schriftelijke goedkeuring van de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgaanbieder in strijd met het voorgaande handelt, is hij een direct opeisbare boete van EUR 1000,00 aan de Zorgverzekeraar verschuldigd. De Zorgverzekeraar kan dan tevens deze overeenkomst beëindigen.'

VGZ heeft mij laten weten dat deze bepaling oorspronkelijk was bedoeld om het merk VGZ te beschermen tegen het ongeoorloofd en niet geautoriseerd gebruiken van de merknaam en het logo voor bijvoorbeeld eigen gewin en commerciële doelstellingen. Deze bepaling is opgenomen in alle contracten die VGZ sluit met zorgaanbieders en niet enkel van toepassing op contracten met huisartsen.

In de afgelopen periode kreeg deze bepaling een andere lading, omdat een aantal huisartsen zich jegens hun patiënten over VGZ had uitgelaten in bijvoorbeeld een brief die in de spreekkamer is uitgereikt. Onder huisartsen was vervolgens onrust en onduidelijkheid ontstaan over de toepassing van de clausule. VGZ heeft aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) nadrukkelijk bevestigd dat zij niet van plan is om de clausule ten aanzien van huisartsen toe te passen. Tevens heeft zij toegezegd de bepaling helderder te formuleren.

Overigens is het mij niet bekend of andere zorgverzekeraars ook een dergelijke bepaling in hun inkoopvoorwaarden hebben opgenomen. Gezien de situatie vind ik dat ook niet noodzakelijk om dit uit te zoeken.

32
Bent u bereid de zorgverzekeraars aan te spreken op hun gedrag bij de inkoop van huisartsenzorg, alsmede de wijze waarop zij materiële controle uitvoeren? Zo neen, waarom niet? Zo ja, kunt u een afschrift aan de Kamer sturen?

Ik vind het belangrijk dat kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in het inkoopproces de aandacht krijgen die zij verdienen. Ik praat met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de vraag of dit het geval is. Naar mijn mening kan het inkoopproces verder verbeterd worden, met name waar het gaat om de wijze waarop de contractonderhandelingen in de praktijk verlopen. Om te borgen dat deze verbeteringen op een goede en snelle manier worden doorgevoerd, zal de NZa met nadere regelgeving opstellen die de planning van het inkoopproces verbeterd en de transparantie rond de inkoopprocedure en het inkoopbeleid vergroot.

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Primair is het dan ook de taak van de NZa om te beoordelen of het gedrag van zorgverzekeraars geoorloofd is. Indien nodig kan de NZa ingrijpen door zorgverzekeraars aan te spreken op hun gedrag of door handhavingsinstrumenten in te zetten.