

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

1490

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *vorderingen voor het overschrijden van het budgetplafond* (ingezonden 16 december 2019).

Antwoord van Staatssecretaris **Blokhuis** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 24 januari 2020) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 1187

Vraag 1

Wat is uw reactie op de hoge vorderingen door zorgverzekeraars waardoor sommige ggz-zorgverleners failliet dreigen te gaan?¹

Antwoord 1

Ik ben geen partij bij casussen met betrekking tot navorderingen door zorgverzekeraars, omdat het gaat om contractafspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars en de uitvoering ervan. Mochten partijen hierover een conflict hebben, kunnen zij zich wenden tot de Onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting Zorgcontractering van het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) of de rechter.

Vraag 2

Welke andere gevallen van ggz-zorgverleners die failliet (dreigen te) gaan door de hoge navorderingen vanwege budgetplafonds zijn bij u bekend?

Antwoord 2

De vraag naar dreigende faillissementen kan ik niet beantwoorden. Er zijn signalen dat er meer ggz-instellingen zijn die financiële druk ervaren (zie KPMG, 2019, Ontwikkelingen binnen de Healthcheck ggz, en de beantwoording van eerdere Kamervragen over Parnassia. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf om tijdig maatregelen te nemen om financiële problemen aan te pakken en hierover in overleg te treden met hun stakeholders. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zorgen over de continuïteit van de zorgaanbieder en de zorg die verleend wordt melden bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa monitort vervolgens of zorgverzekeraars de nodige maatregelen nemen om continuïteit van zorg te borgen. Als het moet komen tot afbouw c.q. verplaatsing van zorg, dan ziet de NZa er samen

¹ Casus onderhands toegestuurd.

met IGJ op toe dat dit proces zorgvuldig verloopt en dat alle belanghebbenden adequaat worden geïnformeerd. Pas op het moment dat de IGJ en NZa desondanks risico's zien voor de kwaliteit en/of continuïteit van de patiëntenzorg wordt dit gemeld bij VWS.

Vraag 3

Tot hoeveel jaar na dato kunnen zorgverzekeraars nog navorderingen sturen?

Antwoord 3

Dat hangt mede af van de afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars gemaakt hebben over de financiële afrekening. In het algemeen (volgens het Burgerlijk Wetboek) is de verjaringstermijn vijf jaar nadat de vordering opeisbaar is geworden.

Vraag 4

Hoe verklaart u dat sommige verzekeraars, zelfs jaren later nog, zorgverleners in de ggz afrekenen op «relatieve overschrijding van het omzetplafond» terwijl andere zorgverzekeraars dat helemaal niet doen en zelfs dit jaar contracten aanbieden zonder zorgkostenplafond in de basis ggz? Is hier niet sprake van willekeur?

Antwoord 4

Zorgverzekeraars en ggz-aanbieders zijn private partijen die contractsvrijheid hebben en hun eigen afwegingen maken bij het maken van afspraken met elkaar (en het uitvoeren daarvan). Verschillen die daaruit voortvloeien zijn geen willekeur, maar het gevolg van keuzes die aanbieders en verzekeraars maken.

Vraag 5

Op basis waarvan worden budgetplafonds in de ggz overeengekomen, aangezien zorgverleners op het moment van het vaststellen van het contract niet kunnen weten welke patiënten met welke zorgzwaarte bij hen aan zullen kloppen?

Antwoord 5

Contractafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders komen tot stand op basis van de historie en onderlinge overeenstemming v.w.b. de (verwachte) groei van het aantal te behandelen patiënten en de ontwikkeling van de bijbehorende zorgvraagzwaarte.

Vraag 6 en 7

Op basis waarvan bepalen zorgverzekeraars de gemiddelde vergoeding per patiënt en waarom wordt deze uniform voor elke patiënt opgelegd, terwijl geen één patiënt gemiddeld is? Zijn er meer verzekeraars die volgens deze systematiek terugbetalingen eisen van zorgverleners? Vindt u die aanpak verantwoord in het kader van goede contracten tussen aanbieders en verzekeraars?

Deelt u de mening dat het onrealistisch is om van zorgverleners in de ggz te vragen een bepaald aantal patiënten voor een bepaald tarief te behandelen en dat er ruimte zou moeten zijn voor zorgverleners om bijvoorbeeld minder patiënten voor een hoger tarief te behandelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6 en 7

Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders contractuele afspraken over omzetplafonds en een gemiddelde prijs per cliënt of behandeltraject om de zorgkosten (en daarmee de premie) betaalbaar te houden. Een afspraak over een gemiddelde prijs per cliënt is doorgaans gebaseerd op de historie van de aanbieder en geeft de aanbieder een prikkel om overbehandeling te voorkomen. Veel zorgverzekeraars hebben daarom in hun contracten met ggz-aanbieders (in onderlinge overeenstemming) een dergelijke bepaling opgenomen.

Het is natuurlijk zo dat geen cliënt gemiddeld is. Bij afspraken over een gemiddelde prijs per cliënt hebben zorgaanbieders de ruimte om de ene cliënt langer en/of intensiever te behandelen dan de andere cliënt. Daarnaast hebben verzekeraars de mogelijkheid om hogere prijzen per cliënt af te

spreken met zorgaanbieders die kunnen laten zien dat zij gemiddeld zwaardere cliënten behandelen dan andere zorgaanbieders. Verzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid om te zorgen dat ook cliënten met hoge zorgkosten de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De «Gespreksleidraad voor wachttijden» van GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en MeerGGZ, die zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpt om goede afspraken te maken over wachttijdbestrijding, bevat dan ook onder meer het advies om aandacht te besteden aan de impact van wijzigingen in de patiëntpopulatie op de gemiddelde prijs. In de monitor contractering ggz 2020 gaat de NZa in op de vraag of zorgaanbieders en zorgverzekeraars de genoemde gespreksleidraad kennen en er gebruik van maken. De eerstvolgende rapportage van de NZa staat gepland voor mei 2020.

Vraag 8

Vindt u het realistisch om van zorgaanbieders te vragen om halverwege het lopend contractjaar aan te geven of een zorgkostenplafond overschreden dreigt te worden terwijl er a) geen zicht is op het eindresultaat van datzelfde jaar en b) binnen de ggz tot 31 december 2019 nog DBC's geopend kunnen worden die nog een vol jaar door kunnen lopen?

Antwoord 8

Als een zorgaanbieder en zorgverzekeraar voor een bepaald jaar een budgetplafond overeen zijn gekomen, dan hebben zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid om tijdig overleg te plegen als dat plafond gedurende het jaar lijkt te gaan worden bereikt. De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar informeren als hij verwacht binnen afzienbare tijd het omzetplafond te bereiken en ook tijdig een goed onderbouwde aanvraag voor bijcontractering indienen. De zorgverzekeraar kan (in het kader van de zorgplicht) vervolgens zorgen dat de zorg toegankelijk blijft door bij te contracteren of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen. Om dit proces te faciliteren hebben ZN en GGZ Nederland enkele jaren geleden de «Uniforme Productie-monitor GGZ» opgesteld. Hiermee kunnen zorgaanbieders op uniforme wijze informatie met verzekeraars delen over de hoeveelheid zorg die zij verlenen en hun prognoses in relatie tot afgesproken budgetplafonds.

Vraag 9

Deelt u de mening dat het onrechtvaardig is dat zorgverzekeraars zorgverleners erop afrekenen als zij zich niet aan deze gemiddelde vergoeding houden, aangezien geen één patiënt gemiddeld is en zij aan het begin van het jaar niet kunnen weten wat voor patiënten zij zullen gaan behandelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Zie mijn antwoord op vraag 6 en 7.

Vraag 10

Wat gaat u doen om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen?

Antwoord 10

Over het proces van bijcontracteren zijn afspraken met de veldpartijen gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord ggz. Het gaat om het volgende: Zorgverzekeraars stellen heldere en reële momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot bijcontractering. Aanbieders onderbouwen verzoeken tot verhoging van omzetplafonds. Ook is afgesproken dat de NZa de uitvoering van deze en andere afspraken m.b.t. het contracteerproces monitort. In de eerste monitor contractering ggz 2019, die ik op 27 mei 2019 aan uw kamer heb verzonden (Kamerstuk 25 424, nr. 462), signaleerde de NZa dat het proces van bijcontractering nog verbeterd kan worden. Zorgverzekeraars kunnen beter communiceren wat de officiële reactietermijnen zijn, welke criteria voor het bijcontracteren gelden en welke gegevens zorgaanbieders moeten aanleveren. Duidelijkheid stelt aanbieders in staat om in één keer de aanvraag goed in te dienen. Dit leidt tot minder administratieve lasten voor beide partijen. Zorgverzekeraars dienen sneller op verzoeken tot bijcontractering te reageren. Ook adviseert de

NZa de zorgverzekeraars het beleid rondom bijcontractering niet pas gedurende het jaar te publiceren, maar tegelijkertijd met het inkoopbeleid. De NZa is een nader onderzoek gestart naar bijcontractering dat naar verwachting in maart 2020 wordt gepubliceerd. Dit onderzoek verschaft inzicht in hoe de bijcontractering in de praktijk verloopt en genereert daarbij ook cijfers (aantal aanvragen en bedragen en de gehonoreerde bijcontractering). Door in maart 2020 de resultaten te publiceren, kunnen partijen de aanbevelingen direct meenemen en nog in 2020 verbeterstappen zetten. De NZa werkt momenteel ook met partijen aan een nieuwe bekostiging voor de ggz. Ik heb uw kamer hierover op 2 juli 2019 uitgebreid geïnformeerd (Kamerstuk 25 424, nr. 478). Een belangrijk voordeel van het model dat de NZa heeft geadviseerd en aan het uitwerken is, is dat hiermee een versnelling van de declaratiestroom kan worden gerealiseerd, waardoor beter gemonitord kan worden hoe de declaraties zich verhouden tot de financiële contractafspraken tussen de inkoper en de zorgaanbieder en of er bijgestuurd moet worden. Zoals eerder aan uw kamer gemeld, neem ik over de invoering van de nieuwe bekostiging voor de ggz voor aankomende zomer een besluit.

Vraag 11

In hoeverre is het door Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland overeengekomen Horizontaal Toezicht hier een oplossing voor?

Antwoord 11

Door het invoeren van Horizontaal Toezicht hebben GGZ-instellingen op een eerder moment zicht op de zorguitgaven van voorgaande jaren. Mogelijke knelpunten bij budgetplafonds lopende een kalenderjaar worden hiermee niet voorkomen, maar zijn na afloop van het jaar wel eerder duidelijk. Daarnaast werken partijen bij Horizontaal Toezicht op basis van gefundeerd vertrouwen, waardoor een knelpunt bij het budgetplafond waarschijnlijk ook eerder wordt gecommuniceerd richting zorgverzekeraar. Vervolgens kunnen de instelling en zorgverzekeraar mogelijke oplossingsrichtingen bespreken.

Vraag 12

Denkt u dat de DBC-systematiek in combinatie met zorgplafonds daadwerkelijk bijdraagt aan het in toom houden van de totale zorgkosten als hierin de totale administratie-, bureaucratie- en overlegkosten in meegenomen zouden worden? Draagt het stelsel als zodanig niet juist bij aan langere wachtlijsten?

Antwoord 12

Budgetplafonds zijn onderdeel van de reguliere wijze van contractering in de zorg. Ze hebben er de afgelopen jaren aan bijgedragen dat de zorgkosten beperkt zijn gestegen. Die beperkte stijging van de zorgkosten wil het kabinet zo houden. Daarom zijn ook hoofdlijnenakkoorden afgesloten, onder meer in de ggz. Patiëntenstops als gevolg van budgetplafonds kunnen wel een oorzaak zijn voor wachttijden en moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Een adequaat proces van bijcontractering en de nieuwe bekostiging in de ggz (zie het antwoord op vraag 10) kunnen ook bijdragen aan het beheersen van dit risico. Het is belangrijk om het proces van bijcontractering te (blijven) verbeteren, zoals eerder vermeld. In het Hoofdlijnenakkoord ggz zijn afspraken gemaakt over standaardisatie van het contracteerproces. Dit om administratieve lasten terug te dringen.
Casus onderhands toegestuurd